Fondé en 1873. — N° 1 LE NUMÉRO : 50 Centimes 5 JANVIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
C. H. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies		40 fr.
Etudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies		40 fr.
Etudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

1935

Et son

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

(Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Odéon 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 18 décembre, (Thèses vétérinaires). — M. CARVOUNARIS : Hippophagie en vue de son introduction en Grèce. — M. FELDMANN : Le riz et ses dérivés dans l'alimentation des animaux domestiques.

19 décembre. — M. AUTIGNAC : Tétanie d'herbage des bovidés.

3 janvier. — M. GAUFFRE. Contribution à l'étude de certains larmoiements chroniques.

9 janvier. — M. LACROIX. Les arthrites aiguës suppurées du genou chez l'enfant et leur traitement.

Académie nationale de médecine de Madrid. — A l'occasion de son deuxième centenaire l'Académie de médecine de Madrid a nommé membres d'honneur MM. J.-L. Faure, Marcel Labbé et Jules Comby (de Paris).

Assemblée générale constitutive. — L'Assemblée générale constitutive de médecine et travail aura lieu le jeudi 10 janvier 1935, à 20 h. 30, au Palais de la Mutualité, rue Saint-Victor.

Un plan de travail a été conçu. Il sera présenté aux assistants. Ce plan sera envoyé sur demande adressée au secrétaire de médecine et travail : Docteur Chebat, 2, rue Dautancourt Paris (XVIIe).

Avis de concours. — On demande pour la Maison de cure et de repos de Ham (Somme), un médecin phtisiologue ou un étudiant préparant sa thèse ayant été assistant ou externe dans un service de tuberculeux.

Traitement : 18.000 francs par an, logé, blanchi, nourri.

Adresser les demandes à la Société des Maisons de cure, 148, boulevard Haussmann, Paris (téléphone . Carnot 23-77).

Hôpital Laënnec (42, rue de Sèvres.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 13 janvier 1935. Elle aura pour sujet : Diagnostic d'une orchite aiguë.

Cours d'hygiène sociale. — La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race, par M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. Le cours aura lieu à la Faculté de médecine, salle de thèses n° 2, à 17 heures, du 11 janvier au 8 avril 1935.

La première leçon sera faite le vendredi 11 janvier 1935, à 17 heures, sous la présidence de M. Victor Basch, professeur honoraire à la Sorbonne.

Le cours est public et gratuit. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

La conférence du Professeur Sénateur Pende à la Sorbonne. — Organisée par le Comité France-Italie, a eu lieu, le 14 décembre 1934, à l'amphithéâtre Descartes de la Sorbonne, une conférence du Professeur sénateur Nicolas Pende, directeur de la Clinique médicale générale et de l'Institut d'orthogénèse à l'Université de Gênes.

Le Professeur Pende est universellement connu comme un grand, très grand maître de l'endocrinologie et des études sur la croissance et la constitution individuelle et il a le grand mérite d'avoir appliqué cette nouvelle et féconde science à la médecine préventive et à la correction des anomalies du développement et de la personnalité physique individuelle. C'est pour cette raison que la salle Descartes était remplie par l'élite de l'intellectualité parisienne, voire même internationale.

Y assistaient S. E. l'Ambassadeur d'Italie avec Madame l'Ambassadrice et les autres autorités italiennes au complet. Le Docteur Dartigues présidait la séance comme président de l'Union médicale latine. Il a présenté le Professeur Pende avec des mots très flatteurs à l'auditoire illustrant la personnalité scientifique du savant italien.

Le Professeur Pende a traité magistralement les deux points intéressants de son thème, c'est à savoir le contrôle de la croissance physique et psychique des jeunes sujets comme le pivot de la formation nationale du futur citoyen et le contrôle de l'âge mûr, et, surtout, de l'âge critique du commencement de la sénescence, c'est-à-dire la phase présénile de la vie comme le pivot pour retarder la vieillesse et prolonger la période productive et reproductive de l'existence. Le contrôle de la croissance conduit aux corrections et aux traitements de toutes les déviations anatomiques et fonctionnelles des organes héréditaires ou acquises, lesquelles, négligées, conduisent à une mauvaise formation et constitution de l'être adulte et prédisposent à toutes les maladies. Avec les moyens modernes, avec ce que Pende appelle orthogénèse on peut obtenir de réelles transformations des jeunes sujets irréguliers est dyshormoniques et prédisposés en sujets équilibrés, sains et vraiment forts et durables et éviter ce qui, de nos jours, arrive très souvent, à savoir la création d'hommes fragmentaires, ainsi que le Professeur Pende s'exprime, des hommes forts de muscles et pauvres de cerveau, ou riches d'intelligence et de culture et pauvres de sentiments et de forces physiques.

Non moins intéressant, pour l'amélioration de l'individu, est le contrôle de l'âge de déclinaison et déformation entre 40 et 50 ans afin de saisir, à une époque juste, les premières altérations involutives des organes et prévenir les maladies de la sénilité qui commencent plusieurs années d'avance et qui peuvent être prévenues de telle façon que le médecin arrive, ainsi, à prolonger, autant qu'il est possible, la vitalité organique et retarder la vieillesse.

Le Professeur Pende a exposé, à ce propos, une magnifique doctrine synthétique des premières altérations qui précèdent la vraie sénilité : la doctrine des trois stases du mouvement vital. C'est-à-dire la vieillesse s'établit lentement quand ont lieu insidieusement trois ordres de ralentissement du courant vital : le ralentissement ou stase de produits toxiques ou déchets

des échanges cellulaires dans le système lacunaire, le ralentissement de la circulation du sang, la stase digestive et intestinale des matériaux destinés à être éliminés avec microbisme intestinal exagéré secondaire.

Et, selon l'opinion du Professeur Pende, ces trois stases du mouvement vital sont la conséquence du déséquilibre fonctionnel du grand système régulateur glandulaire et nerveux végétatif, lequel système présente à l'âge critique des phénomènes d'insuffisance de certaines glandes et de certains territoires du système nerveux végétatif et des phénomènes d'exagération fonctionnelle d'autres glandes et d'autres territoires du grand sympathique.

Le traitement qui est dirigé contre la stase toxique lacunaire, la stase circulatoire, la stase intestinale et biliaire, l'insuffisance de certaines glandes et le déséquilibre du système nerveux végétatif est le vrai traitement de choix pour prolonger les deux bonheurs plus vrais et plus physiologiques qui soient donnés à la nature humaine, le bonheur de créer avec le travail et le bonheur de procréer et concourir à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine.

La magnifique conférence du Professeur Pende a été longuement applaudie par le brillant auditoire.

XVe Salon des médecins et du Corps médical. — Le XVe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 27 janvier au 3 février, à la Galerie « Beaux Arts », 140, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique.

Cette année, une *Section d'art photographique* sera ouverte aux confrères qui ne manient le pinceau ni l'ébauchoir. D'autre part le Salon apportera sa contribution à l'œuvre de secours pour les « Femmes et enfants de médecins » sous la forme d'une tombola offerte par les exposants.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement à nos expositions, répondent cette année à l'appel de la convocation qu'ils vont recevoir, avant le 1er janvier, date de la clôture des inscriptions.

Pour tous renseignements et nouvelles adhésions, écrire au secrétaire organisateur : P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris XVe.

BIBLIOGRAPHIE

Les Desaxés, roman, par Marcel HAMON. *Bibliothèque du Hérisson S. F. E. L. T.*, Edgar Malfère, 12, rue Hautefeuille, Paris, 1934, 15 francs.

Marcel Hamon est un maître écrivain et un psychologue virtuose. On connaît de lui la *Rose noire*, le *Signe de Saturne*, le *Pérol*, les *Fantômes*, *La nuit de midi* et la première édition des *Désaxés*. Je ne louerai jamais trop son style, la pureté de sa langue. Bien rares sont les écrivains du temps présent qui lui peuvent être comparés.

Quant à sa psychologie, je ne suis pas en état de la juger ; la mienne est trop simpliste, ma culture trop fruste pour que je la puisse goûter complètement. Sans doute puis-je certifier que les romans de M. Hamon planent dans les nues, comparés aux élucubrations des Bourget, des Bordeaux et de tant d'autres ; mais ce n'est là qu'un bien piètre éloge.

D'ailleurs je dois l'avouer, je n'aime pas le roman ou pour parler plus exactement je n'en n'aime qu'un environ sur cinq cents ; celui-là je l'aime bien, mais ce n'est jamais un roman à intentions psychologiques, philosophiques, sociologiques, etc., etc. etc. Pour tous les autres, je ne puis me retenir de penser : Mon Dieu ! que de temps gâché et par celui qui écrit et par ceux qui le lisent.

C'est dire que je me sens mal à l'aise avec les personnages de notre confrère que j'ai peine à apparenter à ceux que j'ai rencontrés pendant et après la guerre. Appréciation toute personnelle, bien entendu, qui ne retiendra pas de nombreux admirateurs de donner à Hamon le titre qu'il mérite de jeune Balzac moderne. De fait il est presque aussi... quel mot trouver ? disons sévère, sinon que le Balzac des grands chefs-d'œuvre (Le Père Goriot, Eugénie Grandet...) du moins que le Balzac des autres œuvres.

Quand à ceux de nos jeunes confrères qui désirent connaître non l'après-guerre (1) mais la guerre — qu'ils n'ont pas faite, qu'ils lisent donc, sinon tous les souvenirs — car ils sont très longs — du moins un chapitre quelconque des souvenirs que Voivenel publie dans l'*Archer*.

C'est prenant et simple... comme la vérité.

G. ESPÉ DE METZ.

Un matricule ? Non ! un homme, par Jean SOUVENANCE. Préface de Georges PIOCH. Editions de la L. I. C. P., rue Joubert, 30, Paris, 1934' 10 francs.

Le jeune et charmant Jean Souvenance met son délicieux talent au service d'une cause vieille sinon autant que l'existence du monde, du moins autant que celle des armées : l'*objection de conscience*.

Quoi qu'en pensent certains, il ne m'en coûte nullement de dire mon opinion sur cette doctrine que les circonstances tendent à éloigner du premier plan, où elle tentait de se glisser.

(1) Toute guerre est suivie de crise. La plus grande guerre ne pouvait qu'être suivie d'une crise s'étendant à toutes les nations qui y ont participé et, par répercussion, au monde entier. Un point douloureux : nous avons été dépouillés de la victoire ; un autre encore plus douloureux et dangereux : ceux qui se sont exposés n'ont pas été récompensés et la canaille s'est gavée.


PILULES DU Dr. DEBOUZY
OPOTHERAPIE BILIAIRE INTÉGRALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0.gr 30 d'extrait de bile totale
environ 3.gr de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34, RUE SEDAINE _ PARIS

Cette opinion tient en deux mots : il est naturel que tout homme se refuse à agir contre sa conscience et il est naturel que la collectivité exécute ceux dont le refus, la privant d'un secours, augmente les moyens de l'ennemi.

Remarquons en passant que la croisade de mandarins qui ne risquent rien a ou aura pour résultat d'envoyer en prison ou au peloton d'exécution de pauvres diables, dont le cœur est tout générosité, mais qui ne savent pas très bien ce dont il s'agit et qui se laissent griser par les acclamations de ceux qui, sans danger pour eux-mêmes, les poussent.

Constatation à laquelle il convient d'ajouter cette restriction importante, c'est que vienne de façon *apparente* le péril de guerre, la plupart de ces pauvres diables seront parmi les plus empressés à courir aux armes, parmi les plus enragés à crier : « A Berlin ».

« On n'entrave pas indéfiniment la civilisation, s'écrie le héros de Jean Souvenance ; le glaive et le goupillon tomberont un jour des mains qui les étreignent... »

Savoire...

Les objecteurs de conscience me paraissent beaucoup plus desservir que servir la civilisation. Et, beaucoup moins spiritualiste, j'en suis convaincu, que l'ami Jean Souvenance, qu'il me laisse lui dire que je préère cent mille fois la morale du Christ à celle du dieu Wotan et à celles de Saint-Hitler ou de Saint-Lénine en faveur desquelles son courage s'emploie si imprudemment.

Ceci dit, je n'en suis que plus à l'aise pour exprimer tout le bien que je pense de la charmante idylle, magistralement greffée par Souvenance sur la sanglante doctrine. C'est frais, humain, délicieux. Et cela exhale des senteurs de Bretagne, des parfum à la Brizeux ou à la Jaffrennou.

Souvenance entre dans la maturité. Ses remarquables qualités d'expression vont encore s'affirmer.

Qu'il reçoive ici mes vœux bien affectueux de succès ; que le grand succès, si souvent ingrat au mérite, vienne au plus tôt récompenser sa grande valeur artistique.

G. Espé de Metz.

Histoire et psychologie de l'affaire Dreyfus, par Henri Mazel. Boivin et Cie, 3-5, rue Palatine, Paris-VIe, 1934,15 francs.

Les jeunes gens ne savent guère ce qu'est l'affaire Dreyfus. Rappelons son origine :

Un document secret ayant été dérobé dans une poubelle de l'ambassade d'Allemagne, l'Etat-major (dans le cas particulier, le ministère de la guerre) ne recherche pas quel est le coupable. *Il le sait.*

Il le sait comme, étant omniscient, il sait toutes choses de ce monde.

N'importe quel bipède humain pourvu de cervelle, eut élaboré le plan simple dont l'exécution (si aisée dans le cas particulier) lui eut permis, au prix de quelque patience, de prendre le délinquant *flagrante delicto.*

Cette méthode qu'eut adoptée un enfant de douze ans dépassait l'entendement de l'Etat-Major.

Imbu de la notion de l'écrasante supériorité sur le reste du monde dont il se croit nanti, il ne réfléchit ni ne médite, ne se documente pas n'expérimente pas. Qu'a-t-il besoin d'observer, à quoi bon tendre à la trahison un piège dans laquelle elle fut inévitablement tombée ? Ne sait-il pas tout ? Est-il capable de se tromper ?

Son infaillibilité a prononcé devant même qu'il connût convenablement ce dont il s'agissait. Elle laisse le libre cours aux réflexes...

Et, substituée à l'affaire modique, raisonnée et raisonnable qui eût due être, l'affaire Dreyfus se déchaîne au travers du pays et du monde, les embrase d'imprécations et de haines, suscite les pires antagonismes, et, révélant dans l'un et dans l'autre camps, des trésors de dévouement et des abîmes de félonie, elle s'exaspère jusqu'à la folie, semant, dans sa course, mensonges, disputes, brouilles, menaces, insultes, calomnies, faux témoignages et tout un essaim de crimes, politiques ou autres, et de suicides.

C'était, en effet, le temps où l'Etat-Major, imbu de la notion de son infaillibilité, se refusait, *en quelque sujet que ce soit*, à reconnaître la moindre erreur de sa part, cette erreur fût-elle vénielle et pardonnable et dussent son entêtement et son orgueil occasionner les pires catastrophes ou entraîner la défaite !

L'horrible affaire Dreyfus eut du moins quelques conséquences heureuses : elle combla en partie le fossé qui séparait le *militaire* du *pékin*, car, dans chacun des camps, des qualités s'étaient affirmées que l'on ne soupçonnait pas dans le camp adverse ; elle arracha aux militaires un horrible organisme de renseignements (organisme indispensable, mais non fait pour des militaires qui risquent de s'y salir et de s'y pervertir) — elle força l'Etat-major à prendre son métier un peu plus au sérieux qu'il ne le faisait, lui enleva un peu de son incommensurable légèreté, de son incroyable suffisance. En était-il suffisamment exonéré en juillet 1914 pour affronter la lutte et nous garer d'une défaite et de quantité de morts non indispensables... ? je sais quel sera le verdict d'historiens moins indulgents que l'ami Mazel. L'indulgence est une vertu aimable, mais n'est-elle pas à la fois immorale et dangereuse — dangereuse pour l'avenir ?

Tout ceci dit renvoyons les lecteurs à l'ouvrage de Mazel dont l'exposé est une chronologie extrêmement méthodique et claire.

Mazel, philosophe, dramaturge, poète, romancier et historien est un maître-écrivain et un maître-écrivain charmant (demandez aux lecteurs du *Mercure de France si je mens* ?) et, comme par surcroît il est très consciencieux, si vous ne connaissez pas l'affaire Dreyfus et désirez la connaître, lisez son livre et vous la verrez, en une relation élégante, se dérouler intégralement sous vos yeux.

Ajoutons que ce récit presque également indulgent au bien et au mal, aux canailles comme aux honnêtes gens, est agrémenté de la défense d'une hypothèse (p. 33 et suiv.) dans laquelle je ne pourrais m'empêcher de voir une gageure, un défit piquant du talent au sens commun, si je ne savais la sincérité, l'honnêteté foncière de Mazel et son horreur du paradoxe.

G. Espé de Metz.



CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

La maigreur et l'amaigrissement pendant la première enfance [1]

Par le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Je vous présente la petite Christiane.

Elle est la fille unique de parents bien portants. Sa mère n'a pas eu d'autre grossesse.

Elle est née le 30 mars 1933, à terme, après un accouchement normal, avec un poids de 3 kgr. 750.

Elle est allaitée par sa mère jusqu'à 12 jours, puis nourrie au lait condensé.

Elle est mise en nourrice à 2 mois et, dès lors, alimentée avec du lait de vache, sans aucune règle. On s'occupe peu d'elle ; on la laisse dans son berceau ; elle a de la pyodermite Son poids augmente peu ; à un an, elle ne pèse que 7 kgr.

En avril 1934, à 1 an, elle a la rougeole.

Vers 13 mois, on commence à lui donner des bouillies ; mais elle les refuse et ne veut prendre que son biberon. Sa mère ne peut nous dire la quantité de lait qu'on lui donne.

Depuis l'âge d'un an elle maigrit. Pendant la première quinzaine de septembre, elle aurait perdu 500 gr.

Elle a eu sa première dent à 7 mois et a commencé à parler à 1 an et 3 mois.

Elle ne marche pas encore.

Elle est habituellement constipée ; ses selles sont dures et jaunes.

Elle entre à la salle Parrot le 17 septembre 1934, à l'âge de 1 an et 7 mois.

Sa taille est de 71 cm. 5. La taille moyenne pour son âge étant de 73 cm. 5, elle présente une réduction staturale de 2 cm., soit de 2,7 %. Elle a la taille d'un enfant de 1 an et 1 mois.

Elle pèse 6 kgr. Le poids correspondant à son âge étant de 10 k. 200, la réduction pondérale est de 4 kgr. 200, soit de 41 %. Mais le poids d'une fille de 1 an et 1 mois, dont elle a la taille, étant de 9 kgr. 400, la réduction sur ce poids est de 3 kgr. 400 soit de 36 %. Son poids est celui d'un enfant de 4 mois.

Le rapport du poids à la taille est de 83, tandis que, pour un enfant de un an et un mois, il est de 132.

Somme toute, Christiane a une taille moyenne et est très maigre.

Sa peau est flasque, ridée ; le pannicule adipeux est très réduit, mais il existe encore. L'enfant présente un état marqué de dénutrition.

La température est normale, sauf deux clochers à 37°7 et 37°8.

Le regard est vif, éveillé. Il y a quelques petits ganglions dans les aines et les aisselles. On ne trouve pas de signes de rachitisme. L'abdomen est légèrement météorisé ; sa paroi est atone, avec un écartement exagéré des muscles grands droits.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier.

Christiane ne sait pas manger et n'accepte que le biberon. Elle ne se tient ni assise ni debout ; elle ne remue pas, ne parle pas. Elle a de la constipation, mais ses selles sont normales.

Les urines sont claires, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est négative et les cutiréactions pratiquées quatre fois par mois depuis l'entrée le sont également.

On ne trouve aucun signe de syphilis. Le 10 octobre, le Bordet-Wassermann et le Hecht sont légèrement positifs, mais, le 30 octobre, les deux réactions sont nettement négatives.

Nous posons le diagnostic de maigreur, due à la dénutrition, à l'amaigrissement.

Nous ne trouvons aucune cause pathologique de cette maigreur. La cause paraît bien être la prolongation exagérée de l'alimentation lactée exclusive et des rations mal réglées, la sous-alimentation.

L'indication thérapeutique est de faire accepter à l'enfant un régime alimentaire conforme à celui de son âge, comprenant d'autres aliments que du lait.

Je ne vous donne pas le détail des régimes que nous avons prescrits. Peu à peu, on introduit dans l'alimentation, en plus du lait, du yaourt, des bouillies, de la purée de pommes de terre, du jus de viande, de la confiture, du jus de fruits, du foie de veau haché, des œufs.

La surveillante, Mlle Caussade, avec beaucoup de patience et de ténacité, habitue Christiane à manger. Au bout de quelques semaines, elle accepte tous les aliments qu'on lui offre.

La constipation disparaît rapidement, comme c'est le cas pour les sous-alimentés qu'on réalimente.

Le poids et la taille se comportent de la façon suivante :

	Taille	Poids
18 septembre, à l'entrée.....	71 cm. 5	6 kgr.
30 sept. 1 an et 6 mois.......	71 cm. 5	6 kgr. 200
30 oct. 1 an 7 mois..........	72 cm.	6 kgr. 700
30 novembre 1 an 8 mois.....	73 cm. 5	7 kgr. 250

La taille augmente donc de 2 centimètres en deux mois.

Pendant la première quinzaine du séjour à l'hôpital, le poids ne se modifie pas. Puis, à mesure que l'enfant s'alimente mieux, il augmente : du 30 septembre au 30 novembre, l'augmentation est assez régulière, 1 kgr. en deux mois, soit 500 gr. par mois.

Tout d'abord, l'aspect de l'enfant se modifie peu. Sur cette photographie du 17 octobre, à 1 an 6 mois, le visage est un peu plus plein, mais la peau des cuisses est toujours flasque, ridée, trop large pour son contenu.

Ensuite la peau se remplit, le pannicule adipeux se reconstitue.

Aujourd'hui, Christiane a 1 an et 8 mois.

Elle est très améliorée, méconnaissable. Elle est toujours maigre, mais sa peau est ferme et élastique, n'est plus ridée et n'est plus trop large. Elle a de bonnes joues.

Elle se tient assise sur les bras. Dans le *You-pa-la* elle se balance, agite ses membres, essaie de se dresser sur les pieds.

Elle commence à parler.

Elle a 10 dents : 4 incisives et 2 prémolaires, en haut ; 2 incisives médianes et 2 prémolaires en bas.

Le 3 décembre, sa taille est de 73 cm. 5. La taille moyenne de son âge étant de 75 cm., elle présente une réduction staturale de 1 cm. 5, soit de 2 %. Elle a la taille d'un enfant de 1 an 5 mois.

Elle pèse 7 kgr. 350. Le poids étant, à 1 an 8 mois, de 10 kgr. 800, la réduction pondérale est de 3 kgr. 460, soit de 31 %. Le poids d'une fille de 1 an et 5 mois étant de 10 kgr. 200, la réduction sur ce poids est de 2 kgr. 850, soit de 27 %.

Depuis l'entrée à l'hôpital, en deux mois et vingt jours, la taille de notre malade a augmenté de 2 cm. et le poids de 1 kgr. 350.

La réduction staturale est passée de 2,7 % à 2 % et la ré-

(1) Leçon du 8 décembre 1934.

duction pondérale sur le poids conforme à la taille de 36 % à 27 %.

Mais le changement de l'aspect général est plus important que l'augmentation du poids.

Il est intéressant de noter les modifications des caractères anthropométriques, d'après les mensurations faites par M. Danbier le 8 novembre, à 1 an 7 mois, et le 3 décembre, à 1 an 8 mois.

A un an 7 mois..	taille... 72 cm. :	taille de 1 an 2 mois.	
	buste B 45 cm.	au lieu de 43 cm. à 1 an 2 mois	
Membres infér...	S...... 27 cm.	— 29 cm.	—
	S/B.... 0,600	— 0,672	—
A un an 8 mois..	taille... 73 cm. 5 :	taille de 1 an 5 mois	
	buste B 45 cm.	au lieu de 43 cm. à 1 an 5 mois	
Membres infér...	S...... 28 cm. 5	— 30 cm. 5	—
	S/B.... 0,633	— 0,709	—

La taille a augmenté en un mois autant que celle d'une fille normale de même taille en trois mois. L'accroissement s'est fait uniquement par les membres inférieurs, comme il est de règle.

A un an 7 mois :

le poids est de 6 kgr. 750 alors qu'à 1 an 2 mois, il est de 9 kgr. 600.

A 1 an 8 mois :

le poids est de 7 kgr. 200, alors qu'à 1 an 5 mois, il est de 10 kgr. 200.

Le poids a donc augmenté de 450 gr. au lieu de 600 gr., proportionnellement moins que la taille.

Le périmètre thoracique :

A un an et 7 mois, est de :

44 cm., alors que, pour un enfant de 1 an 2 mois, il est de 44 cm. 5.

A un an 8 mois est de :

44 cm. 5, alors que, pour un enfant de 1 an 5 mois, il est de 45 cm.

Il est donc conforme à celui des enfants dont Christiane a la taille.

Le coefficient de Pignet est :

A 1 an 7 mois :

21,2 tandis que, pour l'enfant de 1 an 2 mois, il est de 17,9.

A 1 an 8 mois est :

21,8 tandis que, pour l'enfant de 1 an 5 mois, il est de 18,3.

Il est donc un peu fort, ce qui tient au poids trop faible pour la taille.

Somme toute, Christiane ne diffère d'une fille de même taille que par sa maigreur.

Les radiographies du squelette, faites le 3 novembre, à un an 7 mois, n'offrent rien de particulier : l'ossification est celle de l'âge, sauf l'absence du point complémentaire des épiphyses inférieures du radius et de l'humérus, qui normalement apparaissent vers 1 an.

Le métabolisme de base étudié par M. Lebée, le 31 octobre, est de 59 calories par mètre carré et par heure, au lieu de 50 pour l'âge ; il présente donc un excès de 11 %, qui reste dans les limites des variations physiologiques.

Le sang, examiné le 13 novembre, est normal, sauf une augmentation légère du nombre des leucocytes et de l'hypopolynucléose.

Hémoglobine	67 %	
Hématies....	4.710.000	par mm. c.
Leucocytes	15.800	par mm. c.
Polynucléaires neutrophiles.......	37 %	
éosinophiles.......	5	
Lymphocytes	49	
Moyens mononucléaires..............	9	

Christiane présente une grande maigreur.

Je désire, à son propos, vous parler de la MAIGREUR et de L'AMAIGRISSEMENT DANS LA PETITE ENFANCE.

La maigreur et l'amaigrissement sont communs à tous les âges notamment pendant l'enfance.

J'ai déjà consacré à la maigreur dans la grande enfance et la jeunesse ma leçon du 20 janvier de cette année, publiée par le *Journal des Praticiens* du 24 mars 1934, intitulée « *Sur une fille de 6 ans très maigre. Considérations sur la maigreur, l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement* ».

J'y ai donné les définitions de ces états et en ai précisé les principales modalités.

Il me paraît intéressant de poursuivre la même étude pour les petits enfants, c'est-à-dire pour les enfants âgés de moins de 2 ans et demi, les bébés, les nourrissons.

***

A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE, le tissu cellulaire sous-cutané contient une certaine quantité de graisse. A un âge donné, elle est en proportion déterminée avec la taille et le volume du corps. Cet équilibre réalise cet état qu'on appelle *embonpoint*.

Littré, dans son *Dictionnaire de médecine*, donne la définition suivante de l'*embonpoint*, *bona corporis habitudo* : « Etat du corps, dont la quantité de graisse est proportionnée au volume et à la stature ».

L'embonpoint est différent suivant les périodes de l'existence et suivant le sexe.

Pendant la petite enfance, il varie depuis la naissance jusqu'à 2 ans et demi.

On s'en rend compte par l'inspection, le pincement de la peau et par certaines données numériques : poids, taille, rapport du poids à la taille.

Chez le nouveau-né à terme, la quantité de graisse est très faible et d'ailleurs différente suivant les enfants. L'épaisseur du tissu sous-cutané est, suivant les régions et les enfants, de 2 à 5 millimètres.

Si le nouveau-né est un prématuré, la graisse fait presque complètement défaut car l'emmagasinement de la graisse sous la peau ne commence que vers la fin de la vie intra-utérine.

Pendant les premières semaines de la vie, la graisse augmente sous la peau, le pannicule adipeux s'épaissit, les formes du bébé deviennent plus pleines, s'arrondissent.

Le pannicule adipeux se constitue suivant un ordre donné.

A la naissance, la graisse n'existe guère qu'au visage et aux cuisses ; elle est presque nulle au thorax, aux épaules, aux bras, nulle à l'abdomen.

Pendant les premières semaines, elle augmente d'abord à la face, puis à la poitrine, au dos, aux membres et enfin, à partir de 6 semaines, à l'abdomen.

A partir de 6 mois, le développement du pannicule adipeux atteint son maximum. Le bébé bien portant a des *formes graisseuses* ; la graisse forme des plis ou reliefs, séparés par des dépressions ou sillons.

Cette morphologie graisseuse est bien reproduite sur les tableaux des maîtres anciens, qui représentent l'Enfant Jésus.

MM. Henri Meige et Paul Belleigue ont precisé les modalités de la morphologie infantile dans un article de *La Presse Médicale* du 21 avril 1934, sur *Les sillons transverses des membres chez le jeune enfant*. Ils distinguent : 1° les *sillons de flexion*, correspondant aux articulations et conséquence de leur mobilité ; 2° les *sillons de structure*, qui occupent les régions non flexibles, telles que les cuisses, qui sont dus à des cloisons celluleuses unissant la peau au fascia superficiel, au-dessus desquelles la graisse s'accumule.

A partir de 10 ou 15 mois, la graisse sous-cutanée n'augmente plus autant, car l'enfant remue et commence à marcher. Peu à peu les bourrelets graisseux diminuent, les formes deviennent plus élancées.

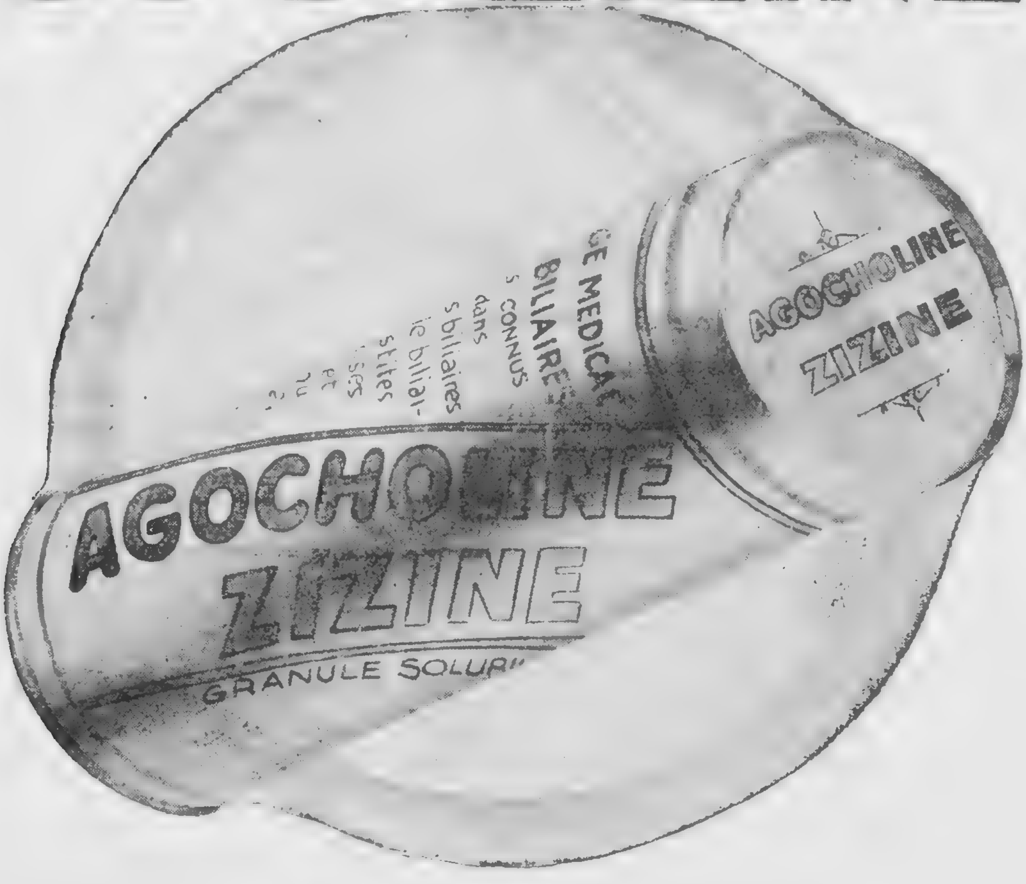
Ces données sont indispensables pour pouvoir reconnaître si un bébé présente un *embonpoint physiologique*, s'il a une quantité de graisse exagérée, s'il est *obèse*, ou si, au contraire, il a une quantité de graisse insuffisante, s'il est maigre.

***

Quand on étudie un individu maigre, deux ordres de faits sont à examiner : la MAIGREUR et l'AMAIGRISSEMENT.

AGOCHOLINE

DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

D'après Littré, la *maigreur (macies*, amaigrissement, consomption) est l' « état d'un individu chez lequel le tissu cellulaire ne contient pas de graisse ou n'en contient qu'une très petite quantité. »

L'individu qui a peu de graisse est *maigre*.

La maigreur est un état : « état de ce qui est maigre ».

L'*amaigrissement*, d'après Littré, est l'« état du corps ou d'une partie du corps, qui devient *maigre* ».

En réalité, l'expression « état du corps » n'est pas exacte, car le mot amaigrissement contient une notion d'évolution. Je dirais plus volontiers : « processus qui conduit de l'embonpoint à tous les degrés de la maigreur. »

***

Etudions d'abord la MAIGREUR.

Le *bébé maigre* n'a pas l'embonpoint du bébé bien portant du même âge.

Son aspect est différent suivant le degré et la modalité de la maigreur.

Si la maigreur est *légère*, le pannicule adipeux est réduit, mais la peau est encore assez bien remplie, ne paraît pas trop large.

Si la maigreur est *forte*, le pannicule adipeux est très réduit, la peau est trop large, flasque, ridée, les plis sont vidés de leur graisse.

On rencontre tous les degrés intermédiaires entre ces degrés extrêmes.

On mesure l'importance de la maigreur par les *pesées*.

Le *poids* du bébé normal augmente avec l'âge ; l'augmentation est d'autant moindre qu'il s'éloigne de la naissance. Le poids moyen est :

A la naissance	3 kgr. 250
A 4 mois	5 kgr. 950
A 8 mois	8 kgr.
A 12 mois	9 kgr. 250
A 2 ans	11 kgr. 500
A 3 ans	12 kgr. 600

Ces poids correspondent à un accroissement statural moyen. Les *tailles* sont :

A la naissance	50 cm.
A 4 mois	62 cm.
A 8 mois	66 cm.
A 12 mois	70 cm.
A 2 ans (garçons)	80 cm.
A 3 ans (garçons)	89 cm.

L'accroissement pondéral et l'accroissement statural ne sont pas parallèles. Par suite, le rapport du poids à la taille augmente avec l'âge :

A la naissance	65
A 4 mois	96
A 8 mois	121
A 12 mois	132
A 2 ans (garçons)	146
A 3 ans (garçons)	141

A 2 et 3 ans, les valeurs sont un peu plus faibles pour les filles.

Beaucoup d'enfants ont un accroissement statural supérieur ou inférieur à la moyenne. Si leur poids est moyen pour l'âge, le rapport du poids à la taille peut être soit inférieur, soit supérieur au rapport de leur âge. Par suite, l'embonpoint peut paraître faible ou fort, sans qu'il y ait maigreur ou obésité.

La notion de la taille est particulièrement importante quand il s'agit d'un enfant maigre.

Il faut le toiser et le peser.

Suivant que la taille est égale, supérieure ou inférieure à la moyenne de l'âge, il faut comparer le poids à celui des enfants soit du même âge, soit plus âgés, soit plus jeunes, dont ils ont la taille.

On calcule la réduction pondérale à l'aide de la formule :

Poids moyen — poids du sujet.

qui donne la *réduction pondérale réelle*.

Pour permettre les comparaisons, on calcule la *réduction pondérale pour* 100 avec la formule :

$$\frac{\text{Réduction pond. réelle} \times 100}{\text{Poids moyen.}}$$

La réduction sur le poids correspondant à la taille est souvent très différente de la réduction sur le poids correspondant à l'âge.

Voici quelques exemples qui établissent l'importance de l'écart.

Les photographies que je vous présente montrent les différents aspects des enfants maigres.

Les sujets sont rangés suivant l'importance de la réduction staturale, en partant de la taille moyenne.

Noms	Ages	Réduction staturale	Réduction pondérale pour l'âge	Réduction pondérale pour la taille
Nicolas,	1 an 8 mois	0	30 %	»
Claude,	1 an 1 mois	1 cm.	32 %	31 %
Marthe,	11 mois	1 cm. 5 = 2 %	60 %	58 %
Christiane	1 an 5 mois	2 cm. = 2,7 %	41 %	36 %
Yvette,	1 an 1 mois	3 cm. = 4 %	36 %	30 %
Henri M.,	4 mois	4 cm. — 6 %	39 %	15 %
Simone C.,	7 mois	10 cm. = 15 %	64 %	31 %
Henri R.,	3 mois	10 cm. = 16 %	60 %	33 %
Simone B.,	7 mois	14 cm. 5 = 22 %	54 %	23 %

Le tableau précédent établit que :

1° Pour les enfants de petite stature, la réduction pondérale par rapport au poids moyen de l'âge est plus forte que la réduction par rapport au poids moyen conforme à la taille ;

2° L'écart augmente avec l'importance de la réduction staturale.

Pour une réduction staturale de :

2 % l'écart entre les réductions pondérales pour 100 est	2
de 2,7 et 4 %	5 et 6
6 %	24
15, 16, 22 %	33, 27, 31

Dans *Les enfants trop petits*, en 1929, j'ai admis comme limite inférieure des tailles moyennes une réduction staturale de 5 %, comme limite supérieure de l'hypotrophie staturale une réduction de 6 %

Quand on considère les bébés maigres, la valeur de cette limite se trouve vérifiée.

Avec des réductions staturales de 2,7 et 4 %, l'écart entre les réductions pondérales, calculées d'après les poids moyens conformes à l'âge et à la taille, est peu important.

Avec des réductions staturales de 6 % et au delà, cet écart est très important.

Il existe toutefois des cas particuliers, où cette modalité d'appréciation des réductions pondérales se trouve en défaut. Il s'agit de bébés très jeunes, présentant des hypotrophies staturales fortes et qui sont vraisemblablement des prématurés.

Témoin un enfant que j'ai présenté dans ma leçon du 19 mars 1932, sur les *Etats de dénutrition dans la dyspepsie gastro-intestinale des bébés élevés au lait de vache*, qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*.

André est né le 12 novembre 1931. Il entre le 12 février 1932 à la salle Husson. Il a 3 mois. Il est très maigre ; sa peau est ridée ; le pannicule adipeux a disparu à l'abdomen, est très réduit aux membres et aux joues ; son visage est aminci avec des os saillants ; mais son œil est vif.

Il mesure 50 cm. La taille d'un bébé de 3 mois étant de 60 cm., la réduction staturale est de 10 cm. soit 16 %. C'est la taille d'un nouveau-né.

Son poids est de 3 kgr. 740. Le poids de 3 mois étant de

5 kgr. 250, la réduction pondérale est de 1 kgr. 510, soit de 28 %. Le poids du nouveau-né étant de 3 kgr. 250, il existe un excès pondéral de 490 gr., soit de 15 %.

Nous venons de voir comment on peut caractériser la maigreur. Mais un autre problème se pose : comment préciser la *limite entre l'embonpoint faible et la maigreur* ?

Il est difficile d'apprécier la limite de la maigreur par le seul examen de l'enfant. Voyons ce qu'apprend la pesée.

Le professeur Marcel Labbé, s'occupant des adultes, dans un livre publié, en 1933, sur *Maigreur et obésité*, admet que la maigreur commence quand la diminution du poids au-dessous de la normale est de 15 %.

J'ai admis provisoirement cette limite, dans ma leçon du 20 janvier 1934, pour la grande enfance et la jeunesse.

Recherchons à quels poids correspondent, chez les petits enfants, des réductions pondérales de 15 %.

Pour calculer la réduction de 15 % on se sert de la formule suivante :

$$\frac{\text{Poids moyen} \times 15}{100}$$

Voici quelques exemples :

Poids moyens	Réduction pond. de 15 %	Poids moyens réduit de 15 %
3 kgr.	0 kgr. 450	2 kgr. 550
6 kgr.	0 kgr. 900	5 kgr. 100
9 kgr.	1 kgr. 350	7 kgr. 650
12 kgr.	1 kgr. 800	10 kgr. 200

Cette limite de la maigreur peut donc être retenue.

Les enfants présentant une réduction pondérale de 15 % peuvent être considérés comme étant maigres.

Mais cette limite est évidemment arbitraire ; elle n'a qu'un valeur approximative.

Tous les bébés maigres ne se ressemblent pas. On peut distinguer deux grands TYPES CLINIQUES.

J'ai montré l'intérêt de cette distinction dans un mémoire des *Archives de médecine des enfants* de 1916 sur *Les hypotrophies et les cachexies des nourrissons* et dans ma leçon du 21 mars 1925, sur *Les hypotrophies de la petite enfance*, qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance.*

Le premier type est celui de l'*hypotrophie pondérale* ou *hypoplasie pondérale.*

L'enfant est maigre ; mais sa peau n'est pas trop large pour son contenu, est assez ferme et élastique ; les plis ne sont pas vides ; il existe un peu de pannicule adipeux. Si la taille est réduite, on a l'impression d'un bébé plus jeune, on n'a pas l'impression de dépérissement, de dénutrition.

L'enfant ne maigrit pas ; son poids est stationnaire ou même augmente ; mais l'accroissement est insuffisant.

Yvette, que j'ai présentée dans ma leçon du 21 mars 1925, est un exemple d'hypotrophie pondérale. Sa taille est un peu petite. Elle est maigre, « mais elle est loin de paraître cachectique. Sa peau, assez ferme, élastique, ne forme pas de plis exagérés. Elle conserve un certain pannicule adipeux. Elle donne surtout l'impression d'un enfant plus jeune qu'elle n'est réellement »

Dans le second type, il s'agit d'un *état de dénutrition*, dont le degré extrême est la cachexie Si l'enfant a moins de 4 mois, on parle d'*hypothrepsie* et d'*athrepsie.*

La maigreur se présente à des degrés divers. Finalement la peau est sèche, ridée ; les plis sont flasques et vidés de leur graisse ; le pannicule adipeux a disparu.

Voici un exemple de ce type que j'ai présenté dans une leçon sur le *Traitement des vomissements et de l'athrepsie par le sucre de canne à hautes doses*, publiée par les *Archives de médecine des enfants* de mai 1911

Henri M...est âgé de 4 mois. « Il présente l'aspect d'un cachectique. La peau est sèche, parcheminée. Elle est ridée, a perdu toute élasticité. Elle est trop large pour le corps. Le pannicule adipeux a disparu... Le visage est émacié, ridé. Le facies est celui d'un vieillard... La fontanelle est déprimée ; il existe un certain degré de chevauchement des os du crâne. »

Comparons la photographie d'Henri prise à 4 mois, et celle prise à 7 mois, alors que son état était très amélioré par un régime hypersucré. J'ai montré cette photographie dans ma leçon du 18 décembre 1926, sur *Le sucre de canne à hautes doses dans les états de dénutrition de la première enfance*, qui se trouve dans le livre de *Clinique* cité tout à l'heure. Nous voyons nettement la différence entre l'état de dénutrition et l'hypotrophie pondérale.

***

Envisageons maintenant L'AMAIGRISSEMENT.

L'amaigrissement, je le répète, est un processus qui conduit de l'embonpoint à tous les degrés de la maigreur. Ce mot indique non pas un état, mais une évolution.

La maigreur peut s'installer soit sans amaigrissement préalable, soit du fait d'un amaigrissement.

Dans la *première éventualité*, l'enfant ne perd pas de poids, pas de graisse. Son accroissement pondéral est nul ou très insuffisant, il présente de l'*hypotrophie*, de l'*hypoplasie pondérales.*

Dans la *seconde éventualité*, l'enfant perd du poids, la graisse sous-cutanée diminue et peut même disparaître, il y a *dénutrition.*

En réalité, si la croissance staturale se poursuit, deux facteurs interviennent dans la réduction pondérale : la dénutrition et l'absence d'accroissement pondéral.

La résorption de la graisse s'effectue successivement dans diverses régions, suivant l'ordre inverse de sa formation après la naissance.

Le Professeur Marfan a précisé le mode de cette résorption dans l'hypothrepsie et l'athrepsie.

Dans l'hypothrepsie du premier degré, l'hypothrepsie légère, le poids reste stationnaire ou diminue un peu, le tissu graisseux de l'abdomen et du tronc s'amincit, celui des membres se modifie peu, celui du visage est conservé.

Dans l'hypothrepsie du second degré, l'hypothrepsie sérieuse, le poids diminue plus ou moins vite, le pannicule adipeux disparaît de l'abdomen et du tronc, s'amincit aux membres inférieurs, commence à s'amincir au visage, la peau devient trop large.

Dans l'athrepsie confirmée, dans la cachexie, le pannicule adipeux disparaît même au visage, la boule graisseuse de Bichat persistant jusqu'au dernier moment.

L'amaigrissement se poursuit soit d'une façon régulière, soit irrégulièrement, interrompu par des arrêts ou même des reprises du poids. Il est plus ou moins rapide, plus ou moins fort ; il peut s'arrêter ou devenir faible aux approches de la mort ou s'accélérer à ce moment.

Voici deux exemples de ces modalités.

Henri B...est né le 24 février 1921. Il entre à la salle Husson le 21 mai 1921, à 3 mois. Il présente les caractères de l'athrepsie.

Sa taille est de 52 cm. La taille de 3 mois étant de 60 cm., la réduction staturale est de 8 cm., soit de 13 % ; c'est la taille de 15 jours.

Son poids est de 2 kgr. 520. Le poids moyen de 3 mois étant de 5 kgr. 250, la réduction pondérale est de 2 kg. 730, soit de 52 %.

Le poids de 15 jours étant de 3 kgr. 500, la réduction pondérale est de 980 gr., soit de 28 %.

Le 6 juillet, à 4 mois, avec la même taille, le poids est de 2 kg. 240. La réduction pondérale pour la taille est, de 1 kgr. 260, soit 36 %.

La perte de poids, en quarante-six jours, est de 280 gr., soit 11 %, ce qui fait 6 gr. par jour.

Marthe est née le 9 octobre 1930. Elle entre à la salle Husson le 8 février 1931, à 4 mois.

Sa taille est de 59 cm. 5. La taille de 4 mois étant de 62 cm. la réduction staturale est de 2 cm. 5, soit 4 %. C'est la taille d'un enfant de 3 mois.

P. L. M.

Les sports d'hiver dans les Alpes

« Les sports d'hiver » c'est la joie, la santé, etc...

Mais où aller ? C'est bien simple : aux Alpes françaises. Vous y pratiquerez les sports d'hiver aux meilleures conditions dans des stations modernement organisées, à moins d'une nuit de chemin de fer grâce à des trains rapides et confortables. Le P. L. M. vous offre des combinaisons de billets à prix réduits :

Billets d'aller et retour de fin de semaine à moitié prix, valables du vendredi à midi au mardi à midi.

Billets d'aller et retour spéciaux valables 15 jours.

Cartes d'excursions à prix réduit de 15 ou 30 jours.

Billets de famille valables 33 jours et dont la réduction peut atteindre 75 % à partir de la 4e personne. Une réduction supplémentaire est accordée pour le parcours aller et retour de plus de 400km.





Son poids est de 4 kgr. 620. Le poids d'un enfant de 3 mois étant de 5 kgr. 250, la réduction pondérale est de 630 gr. soit de 12 %. Marthe d'ailleurs ne paraît pas maigre.

Elle est atteinte d'une tuberculose pulmonaire qui poursuit son évolution.

Le poids augmente au début : il atteint 5 kgr. 550 du 21 avril au 19 mai, de 6 mois et demi à 7 mois et demi.

Puis il diminue lentement : le 25 août, à 10 mois et demi, il est de 4 kgr. 550 : il a diminué de 1 kgr. en trois mois.

Enfin, il baisse rapidement : le 29 septembre, à 11 mois et demi il n'est plus que de 3 kgr. 500 ; il a diminué de un kilogramme en trente-quatre jours.

Pendant ce temps l'accroissement statural se poursuit.

A 11 mois et demi l'enfant mesure 67 cm. 5. La taille de 11 mois étant de 69 cm., la réduction staturale est de 1 cm. 5 ; c'est la taille d'une enfant de 9 mois et demi.

A 9 mois et demi, le poids étant de 8 kgr. 500, la réduction pondérale est de 5 kgr., soit 58 %.

Marthe meurt le 2 octobre.

Voici le tableau de la croissance staturale de Marthe. Il montre que celle-ci s'est poursuivie régulièrement malgré la dénutrition.

	Tailles de Marthe	Tailles moyennes
[illegible]	59 cm. 5	62 cm.
[illegible]	60 cm. 5	63 cm.
6 mois	62 cm. 5	64 cm.
7 mois	63 cm. 5	65 cm.
8 mois	65 cm.	66 cm.
9 mois	[illegible] cm.	67 cm.
10 mois	67 cm.	68 cm.
11 mois	67 cm. 5	69 cm.
Accroissement	8 cm.	7 cm.

L'amaigrissement ne conduit pas toujours à la mort. Quand la cause ne comporte pas un pronostic fatal, quand un traitement opportun est institué, il s'arrête.

Alors, dans une *première phase, phase de stagnation*, le poids est stationnaire pendant plus ou moins longtemps. Cependant l'aspect du malade s'améliore ; le pannicule adipeux commence à se reformer ; d'abord à la face, et le visage devient plus plein, puis aux cuisses, suivant l'ordre physiologique. A la *seconde phase, période de réparation*, le poids augmente. Alors l'enfant, qui est toujours maigre, prend l'apparence de l'hypotrophie pondérale.

Je pense vous avoir démontré l'intérêt d'une SÉMIOLOGIE précise de la maigreur chez les petits enfants.

Cette sémiologie comporte des données numériques et des données cliniques.

Les *données numériques* sont fournies par les pesées et les mensurations de la taille. Le poids doit être considéré en fonction de la taille.

Il faut calculer la réduction pondérale par rapport au poids correspondant à celui des enfants normaux plus âgés ou plus jeunes, dont le sujet a la taille.

Il faut pratiquer des pesées en série et établir la courbe des poids. On reconnaît ainsi des maigres, dont le poids ne change pas ou même augmente, qui ne maigrissent pas, et des maigres dont le poids diminue, qui présentent de l'amaigrissement.

La réduction du poids ne suffit pas pour caractériser un enfant maigre. Les *données cliniques* sont indispensables ; elles sont obtenues par l'inspection et la palpation qui renseignent sur l'aspect du corps, l'épaisseur et la répartition du tissu adipeux. Elles permettent de distinguer l'hypotrophie pondérale et les états de dénutrition.

La clinique seule peut différencier ces modalités ; des enfants ayant la même réduction pondérale peuvent ressortir de l'une ou de l'autre.

Ces données nous permettent de préciser les phénomènes observés chez CHRISTIANE.

A l'entrée à l'hôpital, elle est âgée de 1 an et 5 mois elle a une taille un peu petite, mais moyenne ; la réduction staturale de 2,7 % ; la taille est celle d'une enfant de 1 an et 1 mois.

Elle est très maigre ; elle pèse 6 kgr. ; la réduction pondérale est de 41 % sur le poids de l'âge, de 36 % sur le poids de 1 an 1 mois.

Elle présente l'aspect d'un enfant en état de dénutrition, d'amaigrissement. Elle aurait perdu 1 kgr. depuis l'âge d'un an.

Son poids augmente lentement : en deux mois et demi environ elle prend 1 kgr. 250.

Actuellement à un an et 7 mois, la réduction staturale est un peu moindre ; elle est de 2 % ; la réduction staturale est de 2 % ; la taille est celle d'un enfant de 1 an et 5 mois.

Elle est beaucoup moins maigre. Elle pèse 7 kgr. 200. La réduction pondérale sur le poids de l'âge est de 33 %, sur le poids conforme à la taille, de 29 %. Mais surtout son aspect est bien différent de celui du début : ce n'est plus un bébé en état de dénutrition ; c'est un enfant qui a de l'hypotrophie pondérale.

En présence d'un enfant maigre, le premier temps du diagnostic consiste à préciser le caractère de la maigreur et de rechercher s'il existe de l'amaigrissement.

Mais ce premier temps doit être suivi d'un second temps : il faut rechercher la cause de la maigreur.

La maigreur est un symptôme. Elle relève de causes nombreuses. Son étiologie est complexe. Je vous parlerai de cette étiologie samedi prochain.

CHRONIQUE

Le régime des femmes enceintes

Le régime alimentaire a une importance extrême pour la femme enceinte. Aussi ne saurait-on y attacher trop d'attention et je ne manque jamais, lorsque l'occasion s'en présente, d'attirer l'attention de mes élèves sur ce point : la quantité des aliments, leur nature, leur état de conservation et leur assaisonnement sont affaires d'un intérêt majeur. Mais trop de médecins, pour établir un régime, ne connaissent qu'un critère : c'est que l'aliment envisagé convienne à leur estomac, à leur intestin, à leur foie ou ne leur convienne pas.

Je viens de lire, avec un très grand intérêt, un livre sur ce sujet d'un spécialiste viennois, le Docteur Alfred BAUER (1). Si je ne l'approuve pas en totalité (deux augures ne peuvent être totalement d'accord), je dois reconnaître que cet ouvrage a un très grand mérite et contient un grand nombre d'excellents conseils. Aussi ai-je cru utile d'en donner ici un résumé.

On commet une erreur, dit BAUER, en croyant que la future mère devrait manger pour deux et qu'elle doit faire une cure d'engraissement. Oh ! l'excellent conseil que trop de commères surannées et trop de confrères méconnaissent ! J'insiste souvent sur les dangers de la suralimentation et je tiens à souligner combien j'apprécie les réserves de BAUER.

Des recherches précises sur la nutrition pendant la grossesse, dues à LANDSBERG, ont prouvé que la femme a besoin seulement d'une augmentation de trois cent cinquante à

(1) ALBERT BAUER. — *Ernährungsbehandlung in der Gynäkologie und Geburtshilfe.* Urban et Schwarzenberg, Berlin et Vienne, 1934.

quatre cents calories pour pouvoir fournir les aliments nécessaires au fœtus et pour se maintenir en équilibre, voire même pour augmenter en poids. Von Noorden et Solomon ne comptent même que 150 à 400 calories.

Une exagération de l'alimentation a comme suite une obésité qui persiste ensuite pendant toute la vie et qui sera difficilement influençable. De plus elle peut avoir comme suite une exagération considérable du poids du fœtus et elle peut, de ce fait, occasionner une difficulté pendant le travail et, voire même, constituer une dystocie : excellente remarque que je tiens à souligner.

La boulimie qui apparaît quelquefois chez les femmes enceintes doit être combattue énergiquement, ceci d'autant plus qu'elle n'est certainement pas justifiée par les modifications du métabolisme.

L'augmentation du métabolisme basal, constaté par la plupart des chercheurs pendant la grossesse, nécessite seulement une légère augmentation alimentaire. Tout tend à prouver que l'organisme féminin possède la faculté de travailler plus économiquement ; il rationalise, en quelque sorte, pour mieux se servir des aliments.

1° Ainsi la femme enceinte détruit des quantités inférieures d'albumine par comparaison à la femme saine non enceinte. Le potentiel spécifique et dynamique des albumines est diminué dans la plupart des cas (Knipping, Mahnert, Haselhorst et Plaut, Klaften et Stecher). Ceci concorde avec tous les nombreux résultats jusqu'ici connus des recherches sur le métabolisme et le bilan de l'azote. Ces bilans de l'azote sont positifs, malgré que la quantité de l'urée soit diminuée chez la femme enceinte, dans le sang et dans l'urine, l'élimination de l'azote est moindre par rapport à l'apport ; il y a une rétention destinée à stocker l'albumine dans l'organisme de la mère et destinée à la croissance de l'œuf. On pourrait être tenté de conclure qu'il faut diminuer l'apport des albumines pendant la grossesse. Aussi Schur objecte, avec raison, qu'il ne faut pas diminuer trop l'alimentation en albumine car cela conduirait à un déficit en azote chez la future mère. Mais s'il ne faut pas jeûner il n'est pas nécessaire d'augmenter la quantité d'albumine chez la femme enceinte par rapport à la femme non enceinte : la quantité habituelle d'albumine suffit largement. Malheureusement, dans trop de cas, on augmente l'apport en albumine pendant la grossesse. La consommation augmentée d'albumine n'est pas seulement superflue ; elle constitue, encore, une charge dangereuse pour le métabolisme de la femme enceinte. L'organisme de la femme enceinte doit pouvoir éliminer les déchets des propres albumines et ceux du fœtus, faute de quoi on risque l'auto-intoxication. Or, trop souvent le métabolisme des albumines pendant la grossesse est fréquemment vicié par l'effet des mauvais conseils que donne l'entourage.

2° Le problème des graisses n'est pas moins intéressant. Il y a des années, O. Porges et J. Novak ont prouvé qu'après diminution des hydrates de carbone, on voit apparaître l'acétone et ses précurseurs plus facilement et plus rapidement chez la femme enceinte que chez la femme non enceinte. Cette production augmentée de corps cétoniques s'explique par la transformation des graisses en glucose transformation toujours imparfaite. Bokelmann, Bock et Rother ont trouvé, dans le sang des femmes, pendant une grossesse physiologique, même avec un apport normal en hydrate de carbone, une augmentation de l'acétone. Des chiffres plus grands s'observent pendant les états d'auto-intoxication et des chiffres très hauts sont habituels dans l'éclampsie. Ces recherches ont été vérifiées par Stander et Cadden. Enfin, A. Bock a pu prouver en continuant ainsi les travaux de base de Forssner que l'augmentation de corps cétonique dans l'organisme des femmes enceintes est due à l'alimentation des femmes riche en graisses et non pas aux graisses de l'organisme. Ainsi il existe, pendant la grossesse un penchant vers l'acétonémie et l'acétonurie même pour une surcharge minime en graisses. Ceci doit être regardé comme un symptôme du métabolisme vicié des graisses probablement dû à une diminution de la fonction hépatique (Seitz, Bokelmann, Bock). Il faut donc diminuer l'apport en graisses pour prévenir la femme enceinte d'un danger d'une acidose. Ainsi on défendra aux femmes enceintes normales les viandes trop grasses, les aliments gras, le lard, la graisse. Instinctivement, d'ailleurs, la femme enceinte demande moins de graisse. Pendant la guerre, quand le manque de viande et de graisse se faisant sentir, la morbidité et la mortalité gravidique ont baissé (Ruge, Mayer, Warnekros, Jaschke, Franz, Gessner). Au fur et à mesure que la nourriture s'est améliorée la fréquence de l'éclampsie est devenue de plus en plus grande. L'éclampsie est inconnue chez les peuples sauvages et elle est très rare dans tous les pays qui manquent de viande et de graisse. Ainsi s'explique la rareté de l'éclampsie chez les populations rurales de la Prusse orientale, en Italie, avant la guerre, à Barcelone.

3° Par comparaison au métabolisme des graisses et des albumines, l'utilisation des hydrates de carbones n'est pas influencée par l'état de grossesse. Raison de plus pour alimenter la femme enceinte de préférence avec des hydrates de carbone : la femme enceinte devrait puiser toute son énergie dans les hydrates de carbone et cela d'autant plus que la nourriture sera pauvre en albumine et en graisses. La femme enceinte saine supporte très bien de grandes quantités d'hydrate de carbone. D'autre part, l'alimentation en hydrate de carbone a une grande valeur thérapeutique pendant les états d'auto-intoxication, car elle est anti-acidosique.

La glycosurie alimentaire fréquente pendant la grossesse doit être regardée comme un dispositif providentiel destiné à éliminer l'excès des hydrates de carbone.

4° La femme enceinte a un plus grand besoin de matières minérales qu'en n'importe quelle autre circonstance de sa vie pendant la grossesse, des quantités importantes de substances inorganiques passent de la mère à l'enfant, ce que les analyses chimiques de Camerer et Söldner montrent de façon explicite. Il y a rétention en quantité considérable de ces substances dans l'organisme maternel excédant les besoins du fœtus (von Hofström, Landsberg et autres). Etant donné que l'apport en matières minérales n'augmente pas ou augmente très peu, il y a là une économie plus rationnelle de l'organisme gravide ; ainsi il y a pendant la grossesse une élimination de calcium et de phosphore beaucoup moindre qu'ailleurs, il y a donc meilleure utilisation de ces sels minéraux administrés. Les matières minérales accomplissent des fonctions importantes pour l'organisme fœtal et aussi pour l'organisme maternel. Elles servent au maintien de l'équilibre acide-base, de la pression osmotique et de la concentration moléculaire. Une utilisation intense de ces matériaux peut naturellement aboutir à l'insuffisance de la nourriture habituelle. Il faut, donc, avoir soin d'un apport suffisant de matières organiques particulièrement au cours des derniers mois de la grossesse. Ce sont les fruits crus, les légumes, le lait, les produits de laiterie qui entrent en ligne de compte en tant que vecteurs de ces substances.

De tous les sels minéraux, c'est la chaux qui a une importance particulière dans ces derniers mois ; il y a appauvrissement du sang en calcium. Il est probable, pense Bauer, que cet appauvrissement existe aussi dans les tissus et les cellules. Il est évidemment en relation avec le besoin de chaux très élevé du fœtus en développement. L'organisme maternel est privé pour cela d'une notable quantité de calcium au cours de la grossesse. Mais l'organisme gravide a besoin de chaux non seulement pour l'édification du squelette fœtal mais, aussi, pour son propre métabolisme maternel, le calcium ayant une importance capitale pour l'état colloïdal des tissus, la pression osmotique des membranes cellulaires et pour le fonctionnement normal du système nerveux végétatif. Il est certain que la pau-

BIBLIOGRAPHIE

La Médecine est une Science. *Essai d'étude critique de la méthode en médecine*, par le Docteur G. Joanny Torquéau, 1 vol. in-8° de 380 pages : 40 fr. G. Doin et Cie, édit., 8, place de l'Odéon Paris (6e).

Dans une introduction peut être un peu longue, mais nécessaire, que le Docteur G. Joanny Torquéau, avec un souci de clarté et de logique auquel il faut rendre hommage, a voulu avant tout définir exactement le but qu'il poursuit dans son livre. Il a su s'arrêter à des définition précises et montrer que la médecine, s'y adaptant à tous points, devait entrer dans toute classification rationnelle des sciences.

Ce n'est qu'après cette mise au point très nette qu'il a entrepris, dans une première partie, l'étude philosophique du raisonnement médical, étude non sans originalité qui aboutit à la description de la méthode logique, à laquelle il donne le nom de « Méthode idéale » de la médecine. Avec une précision remarquable il y considère tout à tour tous les facteurs variés dont il faut savoir tenir compte dans la pratique d'une science aussi vaste que celle de la vie humaine.

Après les considérations historiques sur la méthode depuis le commencement de la médecine, après une étude détaillée et impartiale de la méthode actuelle, il la comparera à la méthode « idéale », et dans la troisième partie qui est à vrai dire la plus importante de l'ouvrage, l'auteur proposera, sans fards, les moyens d'adaptation nécessaires de la méthode, les directions dans lesquelles il faut diriger les efforts pour faire de la médecine ce qu'elle doit être : une science, une science susceptible d'un avenir immense, appelée à exercer dans la société de demain une fonction morale, sociale et économique qui s'éclaire d'un jour nouveau et lui fait bien mériter le nom qu'il lui donne : « la science du bien et du mal ».

La conquête pacifique du Maroc et du Tafilalet, par le Docteur René Cruchet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un volume in-8° de xii-320 pages. Prix : 20 francs. Editions Berger-Levrault, Paris.

C'est avec plaisir que nous signalons à l'attention de nos lecteurs, le remarquable ouvrage du Professeur Cruchet, auquel la presse a déjà rendu un hommage mérité.

La documentation solide et riche d'anecdotes, enrichie par les séjours mêmes que l'auteur fit au Maroc, rend sa lecture attachante et laisse au lecteur un sentiment d'admiration devant les résultats acquis dans le domaine de l'hygiène et de la médecine sociale.

Quelques extraits de la belle préface de M. Th. Steeg, ancien résident général au Maroc, illustreront mieux encore l'œuvre accomplie d'un cœur généreux par des médecins français auxquels revient sans conteste une large part dans la pénétration coloniale de la France.

Le Docteur Cruchet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est venu une première fois au Maroc en 1928. Comme tant d'autres, il a été séduit, gagné par ce pays, par ces splendeurs naturelles sans doute mais aussi par l'intensité et la qualité de l'effort créateur qui s'y développe. Il y est revenu, ne s'est pas contenté de parcourir le bled, de visiter les hôpitaux, les infirmeries ; les dispensaires, d'accompagner ses confrères au cours de leurs tournées dans les tribus, il a compulsé les archives, interrogé les statistiques et pénétré l'âme même qui inspire une prodigieuse activité.

Nous lui devons un livre vivant, alerte, précis, frémissant de patriotisme et d'humanité, document magnifique à la gloire de l'œuvre française de pacification et de progrès matériel et moral.

. . . .

Le Professeur Cruchet retrace l'histoire de tous ces médecins civils ou militaires tombés au champ d'honneur, parfois sous les coups de l'intrigue et du fanatisme, le plus souvent en plein combat contre des épidémies massives où la volonté frémissante de sauver les autres les empêchait de se garder eux-mêmes. Avec quelle émotion n'ai-je pas évoqué l'image de ceux, vivants ou morts, dont les noms figurent à ce véritable livre d'or.

Je les ai vus pénétrant dans les milieux indigènes, dans toutes les familles riches ou pauvres, dissipant à force de zèle ingénieux et de chaude bonté les préjugés haineux, les routines mortelles et laissant derrière eux, après leur passage, des corps plus robustes et des cœurs moins fermés. Contre le typhus, contre le paludisme, contre la variole, contre la syphilis, contre le trachome, ils mènent une lutte systématique, complexe, efficace. Cette efficacité, le Marocain s'en étonne mais la constate. Le bruit de guérisons miraculeuses se répand ; par delà les peuplades soumises, l'écho en parvient aux dissidents, aux ennemis. Miracle ! Une vieille femme opérée de la cataracte s'évade des ténèbres où elle était plongée depuis plus de dix ans. Miracle ! Une mère, qui n'avait eu jusqu'à ce jour, que des enfants mort-nés, porte dans ses bras un superbe garçon : « C'est de la seringue », dit-elle, rendant hommage à l'arsenic ou au bismuth, destructeur des tréponèmes.

. . . .

Quelle image ne donnent-ils pas de la France forte, juste et fraternelle, ces médecins dont l'activité infatigable est éclairée par la science la plus neuve, par la conception la plus haute de la dignité professionnelle et le plus pur désintéressement ? Comme ils justifient l'admiration de tous ceux qui ont pu les voir à l'œuvre. Ce sentiment de fierté humaine et de gratitude française sera demain celui de tous les lecteurs du beau livre de M. le Professeur Cruchet.

Et ainsi se trouve aujourd'hui confirmée par les faits l'idée maîtresse du Maréchal Lyautey, lorsqu'il exprimait, en 1901, sa façon de comprendre la pénétration coloniale, en écrivant : « Si vous pouvez m'envoyer quatre médecins de plus, je vous renvoie quatre compagnies ».

P. V[illegible]

vreté en sels de chaux des tissus est en relation avec l'augmentation de l'excitabilité neuro-musculaire, l'apparition fréquente d'états tétaniques, le développement de l'ostéomalacie gravidique, la tendance à la carie dentaire doit être, au moins partiellement, rapportée à la carence relative en calcium. L'importance prophylactique et thérapeutique d'un apport suffisant en chaux s'impose d'elle-même et c'est là un point sur lequel je diffère d'avis avec BAUER. L'alimentation ordinaire constituée par de la viande, des pommes de terre, céréales et produits de mouture ne suffit pas pour couvrir les besoins en chaux. Mais on n'a pas besoin d'administrer la chaux sous forme de médicament si on a soin de donner des aliments riches en chaux et de ne pas les négliger dans l'alimentation de la femme enceinte. Le lait et les laitages contiennent une proportion relativement élevée de calcium : mais il n'est pas bon de couvrir tout le besoin de chaux par une alimentation lactée, l'excès de lait étant nocif à d'autres points de vue. Pendant la grossesse, on consommera en abondance des figues sèches, des noisettes, des choux-fleurs, du raifort, des radis, de la laitue, lesquels aliments contiennent à peu près le même pourcentage élevé de chaux que le lait de vache. Il faut, en outre, chaque fois que l'on donne de la chaux ou une alimentation riche en chaux, limiter automatiquement l'apport en sel de cuisine : le calcium administré ne peut pas être fixé si on ne limite pas en même temps l'apport en sodium d'une nourriture ordinaire.

Autant que, de chaux, le fœtus a besoin de fer. Déjà BUNGE avait prouvé que le fœtus des mammifères emmagasine une grande quantité de fer, d'autant plus grande que l'animal en question est nourri au sein avec un lait maternel pauvre en fer. Le fœtus prend à l'organisme maternel la quantité qui lui est nécessaire. Si on abaisse l'apport en fer au-dessous d'une certaine limite, comme a pu le montrer FETZER dans des expériences sur l'animal, le fœtus ne s'accroît plus et périt finalement *in utero*. Le fœtus humain emmagasine des quantités relativement considérables de fer (LAMEBER, SOLDNER, ABDERHALDEN). D'après FETZER, ceci ne se produirait que durant les derniers mois de la grossesse pendant lesquels le fœtus accumule du fer en excès, pour y puiser pendant la période d'alimentation pauvre en fer de la première enfance. La femme peut facilement subvenir par l'alimentation aux besoins accrus en fer : elle trouve du fer en abondance dans le raifort, les épinards, la farine de seigle, les flocons d'avoine, le riz non décortiqué, les figues, les noisettes. En pathologie humaine, les accidents de mort *in utero* par manque de fer ne sont pas connus : on a toutefois recommandé et essayé avec succès d'administrer du fer sous forme de médicament en cas d'avortement habituel (RISSMANN, NOVAK et autres) ou, mieux, associé à l'iode (LOMER) ce qui empêche dans nombre de cas l'expulsion prématurée du germe.

Chlorure de sodium. — Parmi les sels minéraux, le sel de cuisine mérite une considération particulière. Le métabolisme de l'eau étant étroitement lié au NaCl, il est connu que les ions Na et Cl ont la plus grande part dans l'équilibre osmotique.

Il existe pendant la grossesse une véritable avidité des tissus pour l'eau et le sel qui rend l'excrétion de ces substances très difficile. D'après ZANGEMEISTER et FINK, on trouve dans la grossesse une augmentation plus ou moins grande du liquide tissulaire. D'après SCHUB, la tendance aux œdèmes et la rétention d'eau correspondrait, pendant la grossesse, à un véritable besoin physiologique. Mais n'oublions pas que nous n'ajoutons pas le sel à nos aliments à titre de simple condiment à l'état pur et que nous en consommons à l'excès, par le fait qu'on conserve à l'aide du sel de cuisine de nombreux aliments et qu'on rend apte à la consommation des aliments de mauvaise qualité. Nous pratiquons, ainsi un lavage en sel de cuisine au détriment des autres alcalins et alcalino-terreux et nous troublons le rapport naturel des matières minérales entre elles. Par adjonction de sel de cuisine, notre nourriture contient du sodium en excès : le sang, saturé déjà au maximum de sodium, doit attirer à lui tous les antagonistes du Na de l'alimentation pour créer un équilibre exact entre cet excès du Na et les autres cations. Ainsi se fait-il que l'adjonction de sel de cuisine à la nourriture absorbe, en elle-même, les cations antagonistes et empêche l'apport de Ca au fœtus. Si nous ajoutions à notre nourriture des alcalins terreux, il n'y aurait aucune objection à faire contre l'excès de NaCl ; mais il semble que l'excès de NaCl se trouve en relation quelconque avec la rétention hydrique physiologique dans la grossesse. Si, habituellement, il est inadmissible de saler les aliments à l'excès, ceci est doublement valable pour la femme enceinte qui élimine plus difficilement le sel de cuisine que la femme non enceinte. Il faut par conséquent supprimer tout abus de ce condiment, voir même limiter absolument l'emploi du sel. Le mieux est d'exclure *a priori* de l'alimentation de la femme enceinte, les bouillons de viande et d'os, les gibiers faisandés et fumés, le jambon, les saucisses, le fromage, les harengs saurs, etc... Il suffit pour couvrir notre besoin en sel d'en ajouter en tout une demi-cuillerée à café par jour aux aliments. Il ne faut pas évidemment priver le reste de la nourriture de sa teneur naturelle en sel. Si on ne sale pas beaucoup, la soif ne sera pas excessive ; le fait de saler fortement oblige le corps à absorber une plus grande quantité d'eau. Si la femme enceinte prend beaucoup de fruits crus et salades, son besoin de liquide sera déjà couvert en grande partie. De plus, le suc de fruits frais active la diurèse et apporte au corps les vitamines importantes pour la croissance du fœtus.

*

La clinique recommande chez la femme à avortement habituel (quand aucune maladie infectieuse générale n'entre en ligne de compte) d'administrer préventivement du fer et de petites quantités d'iode. On peut le faire sous forme de pilules de BLAND ou associé à de la chaux comme le conseille RISSMANN. Il sera cependant plus efficace et cependant meilleur, de faire attention, dès le choix et la composition de l'alimentation pendant la grossesse, à sa richesse en vitamine et à sa teneur en sels minéraux, en particulier en chaux et en fer.

*

Avitaminoses. — L'influence de l'alimentation qualitativement fausse est manifeste dans l'héméralopie, l'ostéomalacie, la tétanie et certaines diathèses hémorragiques, et l'avortement habituel.

L'héméralogie gravidique est plus fréquente, d'après KLAFTEN, qu'on ne l'admettait avant. Elle est attribuée à la carence en vitamine A, d'où le conseil de donner de l'huile de foie de morue et du beurre frais, de la viande, des œufs.

L'ostéomalacie gravidique est considérée comme une avitanose D, quoiqu'une interprétation univoque de l'ostéomalacie ne soit pas encore possible. Il est cependant justifié de le considérer comme une maladie par carence et, à ce titre, on a essayé de l'administration de certains médicaments tels que le vigantol et, sûrement, il faut accorder une valeur thérapeutique aux aliments riches en vitamine D : œufs, beurre et légumes verts frais.

La tétanie gravidique serait aussi en rapport avec une avitaminose D. Mais il y a hypocalcémie et alcalose sanguine contrairement à l'ostéomalacie. Malgré cela, les deux tiendraient à un trouble identique du métabolisme, les deux se succéderaient, la guérison de l'ostéomalacie par fixation de Ca entraînerait l'appauvrissement en Ca et l'alcalose, d'où tétanie (FREUDENBERG et GYÖRGY). Le rapport de cette théorie et des causes déclenchantes de la tétanie sont mal connus. La femme se trouve pendant la grossesse en état de tétanie latente. L'alimentation joue un grand rôle dans la genèse de la tétanie. Chez le chien

parathyroïdectomisé, le régime lacté atténue l'évolution, la viande l'accentue (MARINE). BLUM a pu empêcher la tétanie chez les chiens et les chats chez qui il avait enlevé les parathyroïdes en leur donnant du lait et du sang. L'éclosion de la tétanie aiguë chez l'enfant est due à une alimentation défectueuse : elle a diminué depuis que l'on pratique le traitement par le régime. Chez la femme enceinte, il faut recommander une nourriture riche en vitamine D.

Le scorbut et des diathèses hémorragiques semblables seraient dus à la carence en vitamine C. Une alimentation trop exclusivement carnée, où manquerait les légumes verts, les provoque (SEITZ). NOBEL a pu provoquer expérimentalement des lésions graves, mortelles, mais n'a jamais reproduit le scorbut.

Le sexe féminin possède contre le béri-béri une immunité naturelle, qui fléchit pendant la grossesse. Le traitement consiste dans l'administration de grandes quantités de vitamines B. L'emploi du riz décortiqué, de la farine trop blutée, du pain blanc, doit être envisagée avec méfiance.

***

Les vomissements du début de la grossesse peuvent être améliorés par le régime. Il est utile de recommander une absorption d'aliments très modérée, particulièrement au repas du soir, et de prendre, avant le lever, une tasse de café frais et sucré, en position allongée et il faut garder cette position vingt minutes après l'absorption. Au simple vomissement matutinal très fréquent, peuvent faire suite des vomissements incoercibles de la grossesse ; ce sont deux degrés différents d'une même manifestation. Le traitement de la forme légère doit être commencé par une cure de soif ou de faim ; puis il faut passer à une alimentation hydrocarbonée pure d'abord et, en tout cas, prépondérante ensuite. Au début, sucs de fruits très sucrés, thé au sucre ou au miel, plus tard purée de pommes, purées de pommes de terre, bouillie à la semoule, béchamel. Ces mesures hygiéniques ou de diététiques ne suffisent plus dans les cas graves.

***

Il faut, donc, avoir soin, chez la femme qui allaite, plus que chez tout autre sujet, de donner des légumes frais, des fruits, des salades et ne pas interdire les mets crus, ni certains légumes si la digestion est bonne. A cause de la grosse déperdition de sels minéraux par le lait, il faut donner aussi des figues sèches, des noisettes, du raifort, du fromage blanc, du riz non décortiqué et du pain complet, aliments qui contiennent une grande quantité de sels minéraux. D'ailleurs la nourrice peut manger ce qu'elle supporte. Ni le vinaigre, ni d'autres condiments ne doivent être exclus. Il n'y a rien non plus à objecter contre le café ni le thé. Il ne faut cependant pas céder à la boulimie qui se manifeste parfois : la suralimentation est aussi peu indiquée que pendant la grossesse. Il faut éviter qu'une alimentation trop riche en lait soit administrée en même temps qu'une alimentation riche en albuminoïdes. Le poids gagné pendant l'allaitement est très difficilement influençable dans la suite, même chez des femmes qui allaitent dans des conditions normales, il existe une prédisposition endogène à l'obésité (VON NOORDEN). Le médecin doit s'opposer énergiquement à toute suralimentation pendant l'allaitement.

Henri VIGNES

« Dans cette huée générale et la fange qui en rejaillit, les médecins ne sont pas épargnés. La bassesse du milieu projette sur eux la boue de ses éclaboussures. Mon regretté ami, J. Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, nous disait à l'Académie de médecine : « Jusqu'à aujourd'hui les médecins étaient révérés en Alsace. Depuis l'établissement des Assurances sociales, on ne les salue plus même dans la rue. (Docteur Charles FIESSINGER. Discours au banquet des médecins de l'Ouest à Nantes.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'existence des septicémies à proteus vulgaris comme maladies autonomes, indépendantes de toute autre maladie primitive et favorisante ne fait actuellement aucun doute. — L'observation que rapporte M. Lemierre constitue un exemple typique de septicémie à proteus consécutive à une infection des voies urinaires, déclenchée elle-même par des cathétérismes vésicaux répétés. Il s'agissait d'un homme de 78 ans envoyé à l'hôpital comme suspect de peste. Cette septicémie s'est compliquée de déterminations pulmonaires à type de foyers congestifs et d'une phlébite du membre inférieur gauche. La mort n'a pas été déterminée directement par l'infection elle-même, mais elle n'en a pas moins été la conséquence. Comme cela arrive souvent chez les individus âgés atteints d'artériosclérose, au moment où l'infection avait régressé et où l'on pouvait espérer une heureuse issue de la maladie, sont survenus des accidents circulatoires cérébraux qui ont entraîné une terminaison fatale.

Le proteus vulgaris est un germe saprophyte très répandu dans la nature : il existe normalement dans le contenu intestinal de l'homme et des animaux, dans le fumier, dans la terre. Il envahit très rapidement les cadavres après la mort si bien que l'on ne peut légitimement porter chez l'homme le diagnostic d'infection à proteus que si on l'a isolé pendant la vie soit du sang, soit des suppurations qu'il est susceptible de provoquer lorsqu'il passe dans la circulation. On l'a retrouvé fréquemment dans l'eau, dans le lait, dans les matières animales en putréfaction, dans les viandes avariées et même dans les pommes de terre fermentées.

Les septicémies à proteus les plus fréquentes semblent avoir comme cause initiale des otites moyennes et des mastoïdites. Mais elles peuvent être la conséquence d'une infection à proteus des voies urinaires, de la cavité utérine, de plaies superficielles ou profondes. Elles se comportent cliniquement comme les autres septico-pyohémies à microbes pyogènes, streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles. Elles se compliquent fréquemment de déterminations secondaires et notamment de pleurésies purulentes. L'hémoculture et la constatation du proteus à l'état de pureté dans le pus des déterminations secondaires permettent d'en poser le diagnostic avec certitude. Elles sont d'un pronostic sévère.

Les observations de septicémie à proteus vulgaris rapportées jusqu'à maintenant sont encore en nombre assez peu considérable. Elles n'en constituent pas moins un ensemble intéressant à connaître qui vient enrichir le chapitre des infections générales à germes saprophytes devenus accidentellement pathogènes.

(A. Lemierre. Sur un cas de septicémie à proteus vulgaris. *Le Bulletin Médical*, 29 septembre 1934.)

Chez les gens âgés, le diagnostic de spasmes pyloriques ou de l'intestin sans lésion, est parfois écarté un peu trop vite. — La radiographie montre un rétrécissement. Le médecin et le chirurgien le croient organique. Ils opèrent. Il n'y a pas de rétrécissement. Mais le malade meurt une heure après l'intervention. Celle-ci paraît beaucoup plus grave dans des faits de cet ordre. S'agit-il de réflexes ou d'intoxication massive par la levée de l'obstacle qui mettait en liberté soudaine tous les poisons retenus en amont. M. Charles Fiessinger rapporte les faits suivants :

Un jour, il y a bien des années de cela, un avoué parisien dont nous étions le médecin vient nous voir. Plainte avait été portée contre un médecin et chirurgien, admirables tous deux, et dont nous pouvons donner les noms, puisqu'ils sont morts et que la révélation de leur haute personnalité est une leçon en plus pour l'instruction du Corps médical. Il s'agissait du Professeur Quénu et de M. Mathieu, le célèbre médecin des hôpitaux.

Ce dernier pour un malade âgé de 45 à 50 ans, avait conclu à un néoplasme du côlon. Les signes cliniques, radiologiques étaient évidents. Aucun doute n'était permis. Le Professeur Quenu opéra. Il ne trouva rien. Sous l'action du chloroforme, le spasme s'était rompu. Le Professeur Quenu informe la

famille, une tumeur n'existait pas. Mais une heure après le malade était mort. Nous prévenons l'avoué qu'en raison de la haute notoriété de ces deux maîtres et de leur belle conscience professionnelle la famille ferait mieux de retirer sa plainte. Elle n'obtiendrait rien. Et l'affaire en resta là.

Un autre fait de même ordre s'est produit. Nous n'en parlons pas. Le médecin et le chirurgien jouissent d'une considération et d'une autorité légitime. Ils vivent encore.

A différentes reprises, il nous est arrivé d'éviter des opérations à des malades. Il y a sept ans, on nous mande auprès d'une vieille dame de 78 ans. Intolérance stomacale absolue, vomissements continus. A la radiographie rétrécissement pylorique. Elle devait être opérée et entrer à la maison de santé. En fait, il ne s'agissait que d'un spasme pylorique. Elle guérit fort bien avec le traitement très simple que nous allons exposer et qui, ce semble, devrait toujours être entrepris avant la détermination chirurgicale

Repos au lit absolu dix à quinze jours. Compresses chaudes appliquées localement et renouvelées le jour toutes les heures. Lait mêlé d'eau par cuillerées à soupe toutes les deux heures, puis toutes les heures, puis augmenter progressivement ces quantités.

Et dix minutes avant chaque gorgée : trois fois par jour, une cuillerée à café de la potion :

Sulfate atropine.................	0 gr. 004
Eau distillée.....................	100 gr.

Si au bout de trois jours, les vomissements ne cèdent pas, alors seulement on songera à une opération.«

(Charles Fiessinger. Le repos au lit. *Journal des Praticiens*, 7 novembre 1934.)

Médecine légale

L'exhibitionnisme, obsession-impulsion, variété de déviation de l'émotion génitale, variété de parathymie, ne doit pas être considéré comme une maladie mentale, mais comme une anomalie psycho émotionnelle. Le sujet atteint doit être déclaré pratiquement responsable de ses actes, et non pas irresponsable ; il doit faire l'objet de l'emprisonnement et non pas de l'internement. L'atténuation de la responsabilité dans ce cas est une erreur morale et sociale. La création d'asiles-prisons compliquerait le problème sans le résoudre L'exhibitionnisme peut donner lieu à des réactions émotionnelles diverses (tristesse, dépression) : il ne faut pas prendre ces réactions accessoires pour des maladies.

Par contre l'exhibitionniste obsédé impulsif, âgé de plus de 60 ans, doit être interné.

A la prison, il importe, si faire se peut, de séparer l'exhibitionniste des pervers classiques et récidivistes.

(R. Benon. Exhibitionnisme et médecine légale. *Le Bulletin médical*, 22 septembre 1934.)

Chirurgie esthétique

La date la plus favorable pour une opération esthétique sur les seins est le dernier jour des règles ou les trois ou quatre jours qui les suivent. La période de gonflement et de congestion qui précède les règles est toujours ennuyeuse. L'expérience montre qu'elle détermine des inflammations de tous degrés ne se produisant pas lorsque l'opération est pratiquée aussitôt les règles.

Ce choix permet souvent de s'assurer par soi-même qu'il n'y a pas de grossesse probable (autant qu'il est possible de l'affirmer) et fait supposer qu'il n'y aura pas de troubles dans la menstruation qui suivra.

Pourtant, le plus souvent, celle-ci est légèrement avancée sur la date habituelle.

Deux fois seulement, l'auteur a enregistré un retard et, chose curieuse, à l'occasion de l'opération d'un seul des seins très hypertrophiés, le second sein ayant été opéré le mois suivant.

Lorsque l'intervention a été pratiquée dans l'intervalle des règles, celles-ci se sont manifestées très rapidement après l'opération, amenant une gêne et un gonflement très désagréables pour l'opérée.

Lorsqu'il y a écoulement graisseux (sans suppuration) après l'opération et en général tari après une dizaine de jours, il n'est pas rare de voir réapparaître cet écoulement; mais en très minime quantité dans les jours qui précèdent la menstruation suivante.

A plusieurs reprises, chez des femmes mal réglées (tous les trois ou quatre mois), l'intervention a toujours été suivie de règles assez abondantes et régulières. Des femmes ayant constamment des retards ont été réglées à date fixe.

A signaler que l'opération même, sans ablation de glande, peut amener l'avortement si la femme est en état de grossesse.

Une femme ayant un retard de règles de quelques jours, se sachant enceinte et ayant dissimulé son état fit, cinq jours après l'opération, un avortement absolument certain.

(Docteur Noel (Mme). Rapport des opérations esthétiques des seins avec les glandes ovariennes et mammaires. *Le Bulletin Médical*, 6 octobre 1934.)

Thérapeutique

Une injection intraveineuse de 10 c. c. de gluconate de calcium à 16 p. cent a été appliquée avec succès dans le traitement d'une hémorragie intestinale abondante survenue au cours d'une fièvre typhoïde grave.

« Nous avons craint un moment que cette injection faite à un malade extrêmement bas ne provoquât un choc dangereux. Or il n'en fut rien. Le malade n'a présenté qu'un léger malaise que traduisit son facies et un peu d'agitation.

« L'hémorragie s'arrêta et l'état du malade s'est peu à peu amélioré au cours de la nuit. Par prudence et à titre préventif d'autres hémostatiques furent administrés un peu plus tard.

« Après avoir continué à donner des inquiétudes pendant deux jours encore, l'évolution de la maladie se fit vers la guérison, qui est actuellement acquise.

« Pour conclure, nous dirons que si nous ne pouvons valablement établir que c'est au gluconate de Ca que nous devons l'arrêt de l'hémorragie nous pouvons cependant admettre son heureuse influence sur celle-ci. Et surtout, un point important nous paraît devoir être retenu, c'est l'inocuité de l'injection d'une dose relativement importante de gluconate de Ca par voie endoveineuse à un malade dont l'état est tout particulièrement grave. »

(P. Grancolas et G. Rosanoff (de Nice) A propos du traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par injection intraveineuse de gluconate de calcium. *Journal des Praticiens*, 3 novembre 1934.)

L'habitude de prescrire des légumes et des fruits d'une façon exagérément schématique, dans les affections les plus diverses, doit faire place à des manières de faire relevant d'une plus saine critique. Il est des cas où un régime riche en protéines et pauvre en hydrates de carbone s'impose. On n'oubliera pas non plus que quand on prescrit beaucoup de légumes à un malade, on lui fait consommer par exemple, sous forme d'épinards, 20 % de calories protéiniques, 19 % de calories hydrocarbonées et 61 % de calories grasses, ce qui revient à prescrire un régime d'une exceptionnelle richesse en graisse, proportion qui est loin d'être indifférente au point de vue thérapeutique.

(P.-E. Morhardt. Quelques propos sur les questions de régime. *La Vie Médicale* 10 octobre 1934.)

Stomatologie

En présence d'un état fébrile sans cause apparente, il faut penser aux foyers infectieux peridentaires. — Devant un état fébrile chronique isolé, la pensée du clinicien est immédiatement orientée vers la tuberculose, rarement elle se dirige vers la syphilis. L'aspect de la courbe thermique peut l'aiguiller sur le paludisme, ou bien le médecin recherchera un foyer infectieux abdominal, pelvien, génital, amygdalien ou auriculaire ; il envisagera parfois la possibilité d'une tumeur conjonctive. Si toutes ses recherches restent vaines, c'est toujours à la tuberculose qu'il donnera, en fin de compte, ses préférences. C'est alors qu'il faut savoir penser aux foyers infectieux péridentaires.

Ceux-ci sont assez souvent responsables d'ascensions thermiques de types d'ailleurs variables. Comme tous les foyers infectieux profonds, ils jettent dans le courant sanguin, avec des modalités diverses, des éléments septiques dont le passage dans la circulation se traduit par une élévation thermique.

Lorsque ces manifestations fébriles s'accompagnent de phénomènes phlegmasiques locaux, le diagnostic ne prête à aucune discussion. Il n'en est plus du tout de même lorsque le foyer infectieux buccal ne donne lieu à aucun symptôme fonctionnel, ainsi qu'il est si fréquent de le constater pour ces lésions péri apicales chroniques fermées, que seule la radiographie met bien en évidence.

Les cinq observations rapportées par les auteurs montrent que la fièvre isolée d'origine dentaire est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on serait tenté de croire de prime abord. Les deux premières observations se rapportent à des cas de pyorrhée alvéolaire et disséquante. Le diagnostic était relativement facile en ce sens qu'il suffisait de penser à examiner la bouche des patients pour constater l'existence d'une abondante suppuration gingivale. Il n'en est plus de même lorsque la fièvre est sous la dépendance d'infections chroniques fermées du périapex.

C'était le cas dans les trois autres observations rapportées. Il est alors indispensable de faire appel à la radiographie, à moins qu'une complication surgisse et attire l'attention de ce côté.

Il semble que, d'une façon générale, la fièvre chronique isolée d'origine dentaire reste en plateau autour de 38°. Mais il faut savoir que des poussées de fièvre répétées sont possibles selon le siège des foyers septiques, leurs constitutions, leur importance et la virulence des germes qu'ils renferment.

(R. Thibault et L. Lebourg. Fièvre dentaire. *La Presse Médicale*, 11 août 1934.)

Varia

Parmi les organes de la sphère sexuelle, qui payent le plus grand tribut à l'impuissance, mon expérience clinique de quatorze ans a englobé le *veru-montanum* et *l'utricule prostatique*. A l'appui de cette opinion, j'ai publié une vaste série de travaux.

Je ne vais donc pas me répéter ; il est hors de doute que le véru montanum et l'utricule prostatique, organes glandulaires à sécrétion interne et externe, influent énormément sur l'harmonie fonctionnelle de la sphère sexuelle saine et sont responsables pour un grand nombre de désordres locaux, régionaux et généraux.

La majeure partie des malades intitulés « neurasthéniques urinaires » et « neurasthéniques sexuels » ont pour origine de leurs maux, le véru-montanum et l'utricule prostatique.

(Professeur Americo Valerio (Rio de Janeiro). — Lésions véru-utriculaires et impuissance sexuelle. *Journal des Praticiens*, 27 octobre 1934.)

* * *

Un des grands bienfaits d'Hippocrate avait été de faire coucher les malades. Mais en dehors des infections générales que d'avantages avec cette méthode d'apparence presque puérile !

(Ch. Fiessinger. *Journal des Praticiens*, 7 novembre 1934.)

* * *

Anesthésie de rigueur chez tous les blessés âgés ou choqués, l'anesthésie locale reste l'anesthésie de choix pour réduire la plupart des fractures des membres récentes et non compliquées. Elle donne une résolution musculaire et mérite d'être vulgarisée.

(J.-P. Grinda. La réduction des fractures sous anesthésie locale. *Le Concours Médical*, 2 décembre 1934.)

« Mettre en opposition, ou en compétition, les « méthodes actuelles de traitement de la tuberculose pulmonaire (collapsothérapie, chrysothérapie, etc.) » et la « Cure sanatoriale » c'est faire un peu comme les bonnes femmes qui discutent des mérites respectifs de leurs médecins avec les arguments connus : « Le mien traite par *les* piqûres, le mien aime mieux donner *les* cachets ». — (Docteur Ameuille. Réponse à une enquête de *La Vie Médicale* 25 novembre 1934 sur l'importance de la cure sanatoriale dans le traitement de la tuberculose.)

« En France, le contrôle officiel bactériologique du lait est à peu près inexistant. La répression des fraudes vise exclusivement le mouillage, l'écrémage et l'addition de produits antiseptiques ; le commerçant qui prélève un peu de crème du lait ou y ajoute un peu d'eau est passible, à juste titre, d'une amende ou de la prison ; mais celui qui vend un lait largement ensemencé de bacilles typhiques n'est nullement inquiété par la justice. Pourquoi le Gouvernement français, qui n'a pas le droit d'ignorer ces faits, n'a-t-il pas encore organisé le contrôle hygiénique du lait ? » (Dr E. Lesné. — Une politique du lait *L'Hygiène sociale*, sept. 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1934

Les tueries particulières. — *M. Martel* soumet à l'Académie les vœux suivants :

1° Les tueries particulières sont encore trop nombreuses en France.

Il en existe même plusieurs centaines aux portes de Paris (249 en 1933 dans le seul département de la Seine).

2° Les lois actuelles ne favorisent pas assez l'extinction des tueries.

Toute agglomération comptant au moins 3.000 habitants devrait être légalement tenue d'édifier un abattoir communal ou de s'entendre avec les communes voisines pour réaliser l'abattoir intercommunal.

3° Aux abattoirs publics, dans les villes ayant au moins 10.000 habitants, devraient être annexés des frigorifiques pour la consommation des viandes.

4° Il y aurait intérêt à examiner la question des tueries privées et celle de leur remplacement par un abattoir public chaque fois que les communes sont en instance pour être reconnues comme station hydrominérale ou comme station climatique.

5° Le Conseil d'État devrait examiner la situation faite à l'Abattoir de la Villette, auquel la loi du 19 décembre 1917 sur les établissements classés reste inappliquée.

6° L'État ne peut se désintéresser de la question des frigorifiques à annexer aux grands abattoirs, puisqu'elle est liée intimement à la défense nationale.

Organisation actuelle du Service quarantenaire d'Ellis Island (U.S.A.). — *M. R. Dujarric de la Rivière.* — La nécessité de protéger un pays contre l'entrée d'individus tarés, malades, fous, débiles mentaux, qui viennent encombrer les hôpitaux, grever les budgets, affaiblir la race, est trop évidente pour qu'une sélection sévère à l'entrée ne paraisse pas justifiée. Mais cette sévérité doit être tempérée par un sentiment de justice, la certitude d'un examen scientifiquement pratiqué, une vie matérielle offrant un minimum de confort, une aide morale et matérielle assurée par la charité privée sous le contrôle de l'État. Cette conception est précisément celle du Service quarantenaire d'Ellis Island, situé dans la baie de New-York, et que l'auteur a récemment visité.

Les rétentions azotées muettes et tolérées — *M. L. Rimbaud* (de Montpellier) à propos de deux cas longuement observés, fixe un type clinique de rétentions azotées « muettes », plus silencieuses, plus frustes et plus trompeuses encore que les azotémies « ambulatoires » de Javal ou les azotémies du « type bien portant » de Chevallier.

Chez deux sujets, une azotémie de plus de deux grammes fut tolérée, avec un silence complet chez l'un pendant près de vingt mois, chez l'autre pendant deux ans et huit mois; et malgré les chiffres exceptionnellement élevés de l'indice polypeptidémique 0,228 et (0,266), de l'uricémie (0 gr. 082) et surtout de la créatininémie (0 gr. 230), les accidents urémiques n'éclatent pas ; l'un des malades fut emporté par une pneumonie aiguë, l'autre s'achemine vers l'insuffisance cardiaque.

Ces faits paraissent démontrer que l'hyperazotémie uréique n'est souvent que le témoin passif des rétentions toxiques de reins insuffisants, et que le facteur vital de résistance individuelle reste avec ses raisons profondes et ses secrètes sources d'énergie.

Note sur les stations hydrominérales de l'Algérie — *M. Achard.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1934

Ostéogénèse. — *M. Y. Delagénière* rapporte plusieurs cas d'ossifications au niveau de cicatrices de laparotomie sus-ombilicale et discute le rôle des ostéoblastes.

Septicémies chirurgicales. — *M. Métivet* rappelle l'exis-

tence de septicémies survenant à la suite d'interventions chirurgicales sur un foyer septique.

Tumeurs osseuses. — *M. Sorrel* montre de belles radiographies de diverses tumeurs osseuses et montre que les tumeurs à myeloplaxes peuvent donner des images voisines de celles des tumeurs malignes.

Fractures du calcaneum. — *M. Laffitte* (de Niort) a opéré trois cas de fractures du calcaneum. Il insiste sur la nécessité de bien remettre en place le Thalamus, d'epargner la semelle plantaire, et de bourrer la cavité de gros copeaux pris sur le tibia.

M. Sorrel insiste également sur le volume de la cavité calcanéenne à combler.

Cancer. — *M. de Martel* expose ses idées générales sur le cancer.

Tétanie infantile. — *M. Braine* rapporte un travail de *M. Jung* qui a traité un cas de tétanie infantile par une sympathectomie cervicale, en réséquant la chaîne entre les deux ganglions supérieur et inférieur. La guérison fut obtenue.

Glissement du sacrum en avant. — *M. Mouchet* présente les radiographies d'un malade qui présente le glissement inverse des spondylolisthésis.

Infarctus tubo-utérin. *M. Moure* présente cette pièce.

Appareil.— *M. Merle d'Aubigné*, présente un appareil qui facilite dans les fractures du col du fémur, l'introduction de la broche de Kirschner et du clou de Smith-Petersen.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre 1934

Méningite ourlienne primitive chez une femme tuberculeuse avec bacilles de Koch dans les crachats. — *MM. G. Mironesco* et *P. Floresco* rapportent l'histoire d'une femme de 27 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère qui, après avoir soigné un de ses enfants atteint d'oreillons, présenta un syndrome caractérisé par une céphalée intense, des vomissements, de la photophobie. de la raideur de la nuque, un signe de Kernig. La ponction lombaire donna au liquide céphalo-rachidien d'aspect normal, non hypertendu, contenant de très nombreux lymphocytes, sans bacilles de Koch visibles à l'examen direct et stérile à l'ensemencement. C'est seulement quelques jours après l'apparition de ce syndrome méningé que se montra la tuméfaction parotidienne bilatérale symptomatique des oreillons.

Le syndrome méningé rétroceda rapidement et la malade guérit. Le diagnostic de méningite tuberculeuse auquel on avait tout d'abord pensé fut abandonné pour celui de méningite ourlienne primitive.

Bronchectasie et thrombose de l'artère bronchique. — *MM. Ameuille* et *J. Lemoine* présentent encore une observation de bronchectasie à l'autopsie de laquelle on a pu trouver par de patientes recherches une thrombose ancienne et complète des artères bronchiques distribuées au territoire atteint. C'est la troisième fois qu'ils font pareille constatation ; cette dernière observation est la plus complète. Elle met hors de doute la coïncidence de la thrombose de l'artère bronchique et de la bronchectasie, et amène à établir entre les deux un rapport de causalité.

Cette thrombose explique mieux que toute autre hypothèse l'extraordinaire dilatation du réseau capillaire sous-muqueux dans les bronchectasies, cette dilatation qui est cause de tant d'hemoptysies redoutables.

L'étude de la thrombose artérielle bronchique est entourée de difficultés, en raison du faible calibre des vaisseaux bronchiques, de leur enchevêtrement avec les organes du médiastin et du hile, enfin de leurs nombreuses anomalies. C'est pour cette raison probablement que leur étude n'a guère été faite jusqu'à présent dans les maladies pulmonaires.

Une difficulté analogue, et pourtant beaucoup moindre, s'est présentée autrefois avant qu'on rapporte à leur juste cause, c'est-à-dire la thrombose coronarienne, les infarctus et les scléroses du myocarde.

M. Léon Kindberg a retrouvé dans deux cas analogues une thrombose complète des artères bronchiques.

Formes évolutives propres aux intolérances rénales. — *MM. Tzanck* et *Vegrearm* montrent que les intolérances rénales peuvent présenter dans certains cas des évolutions particulières, qui tiennent non pas au processus lui même mais aux fonctions de l'organe sur lequel elle se manifeste.

Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations de formes à évolution grave et de formes à évolution prolongée.

La connaissance de ces faits élargit singulièrement le cadre des intolérances rénales qui peuvent donc être mortelles ou présenter une évolution subaiguë. Les critères indispensables au diagnostic ne sont donc ni l'évolution bénigne, ni la *restitution ad integrum* mais l'apparition pour une dose minime de médicament ou pour une substance anodine pour tout autre sujet et plus tard la persistance de la sensibilité rénale vis-à-vis de cette même substance.

Septicémie à pneumobacilles avec méningite. — *MM. Railliet, Pérono* et *Morel* (de Reims) relatent l'observation d'un adolescent qui fut brusquement atteint d'un état septicémique grave avec signes méningés discrets. Il s'agissait d'une septicémie à pneumobacilles avec localisation méningée. La tendance hémorragique se manifesta par un purpura généralisé. Mort au seizième jour, après une rémission fugace.

Ostéopsathyrose chez la mère et chez la fille. Etude biologique de ces deux cas. — *MM. Crouzon, A. Macé de Lépinay* et *di Matteo* présentent deux nouveaux cas de maladie de Lobstein chez la mère et chez la fille. Les résultats de l'interférométrie ont montré chez les deux malades un dysfonctionnement parathyroïdien (hypofonctionnement probable).

Septicémie staphylococcique lente à localisation osseuse. — *MM. de Gennes, R. Worms, Wellerwald* et *R. de Véricourt* ont suivi pendant onze mois une septicémie à staphylocoque doré à évolution lente. Celle-ci fut remarquable par l'apparition d'une localisation fémorale très étendue et de deux arthrites suppurées du genou d'aspect très grave qui guérirent par la seule immobilisation. Les auteurs attirent l'attention sur l'action bienfaisante dans ces cas de toute abstention chirurgicale.

M. Paraf croit que l'on n'est pas autorisé dans des cas analogues à parler de guérison avant plusieurs années.

Fièvre éruptive streptococcique. — *MM. de Gennes* et *Wellerwald* ont observé une fièvre persistante s'accompagnant d'une éruption simulant une roséole très confluente. Une hémoculture révéla sa nature streptococcique.

Diabète insipide. Action du régime déchloruré sur la polyurie. Considération sur l'élimination des chlorures. — *MM. Jacques Decourt, L. Meyer, M. Aubry* et *R. Lesourd* rapportent un cas de diabète insipide dont la polyurie est influencée par la teneur du régime en chlorure de sodium. Le taux des urines, qui se maintient entre neuf et onze litres lorsque le malade prend 10 gr. de NaCl, tombe entre trois et six litres lorsqu'il est soumis au régime déchloruré. Les auteurs ne croient cependant pas que la polyurie ait pour cause une simple diminution du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium, comme le pensent certains auteurs. Ils constatent, en effet, que la suppression quasi-complète de tout apport chloruré ne parvient pas à réduire tout à fait la polyurie, alors que le pouvoir concentrateur du rein est suffisant pour assurer, a ce régime, l'élimination des chlorures. Ils montrent d'autre part que, sous l'influence de la post-hypophyse, la réduction de la diurèse aqueuse précède l'élévation de la concentration urinaire du chlorure de sodium. Cette substance peut donc assurer la fixation de l'eau dans les tissus indépendamment de toute amélioration du pouvoir concentrateur du rein.

Erythème noueux et néphrite après section de brides. *MM. Coste* et *J. Bernard.* — L'érythème noueux secondaire à une tuberculose déclarée reste rare. Il n'en avait pas été signalé d'exemples après la section de brides.

L'intervention fut dans ce cas suivie au bout de onze jours d'une ascension brutale de la température avec exanthème. Dès le lendemain apparaissait un érythème noueux typique ; une semaine plus tard, une néphrite aiguë curable avec hyperazotémie transitoire. Au terme de cette évolution survint une

perforation pulmonaire immédiatement compliquée d'un épanchement purulent à streptocoque.

Les auteurs soulignent le rôle vraisemblable de l'expression brutale du moignon par la section de brides et de la dispersion massive d'antigène tuberculeux qui a dû en être la conséquence.

Sans mettre en doute l'origine foncièrement tuberculeuse et la nature allergique des accidents, ils discutent la possibilité du rôle déclenchant de l'infection streptococcique.

M. Rist rapporte plusieurs observations montrant la possibilité du rôle déclenchant d'une infection banale dans l'apparition d'un érythème noueux à titre de primo-infection.

M. Paraf soulève l'hypothèse d'une poussée bacillémique à la base de l'érythème noueux.

M. Ravina dit que chez l'enfant, l'érythème noueux apparaît presque toujours au début de la période allergique.

M. Debré est également convaincu que, dans l'immense majorité des cas, l'érythème noueux est lié au début de la tuberculose.

Les érythèmes noueux qui surviennent à la suite d'un épisode infectieux étranger à la tuberculose comme ceux qui surviennent chez des tuberculeux à l'occasion d'une injection banale sont plus difficiles à interpréter. Peut-être peut-on, pour expliquer leur apparition, invoquer une variation brusque dans le taux allergique du sujet.

M. Kourilsky pense que l'intrication des phénomènes inflammatoires et tuberculeux est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit.

Il pense que dans le cas rapporté, il s'agit du déclenchement d'un phénomène tuberculeux à la faveur d'une infection à streptocoque.

M. Milian a remarqué la relative fréquence de l'érythème noueux coïncidant avec les manifestations cutanées de la syphilis secondaire. Ce prétendu érythème noueux syphilitique n'est pas dû au tréponème, ainsi qu'en témoigne les résultats du traitement qui fait disparaître les lésions cutanées à l'exception de l'érythème noueux. Il s'agit simplement là d'un phénomène biotropique.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 décembre 1934

Ostéo-arthrite déformante des deuxième, troisième et quatrième articulations métatarso-phalangiennes, second stade d'épiphysites métatarsiennes. — *MM. Lamy* fait un rapport sur cette observation de *M. Benoiste-Pilloire* (de Kerpape). — Le rapporteur signale les principales particularités de cette maladie encore peu connue et dont peu d'observations ont été publiées en France : affection de l'adolescence, douleur localisée au talon antérieur, le plus fréquemment sur la tête du deuxième métatarsien. L'aspect radiographique est caractéristique au début : épiphyse augmentée de volume et tigrée, extrémité de la métaphyse élargie, puis aplatissement de l'interligne et évolution vers l'arthrite déformante chronique avec ostéophytes. Le rapporteur passe en revue les diverses pathogénies invoquées pour expliquer l'épiphysite : les théories mécaniques, fractures, surcharges, pied plat, paraissent peu vraisemblables ; la syphilis et la tuberculose semblent devoir être éliminées ; aucune preuve en faveur du rachitisme tardif ou d'une insuffisance glandulaire ; l'ostéomyélite larvée n'a jamais pu être démontrée. La majorité des auteurs tend à admettre que, comme dans les autres épiphysites, il s'agit là de nécrose embolique, en raison de l'irrigation qui se fait chez l'enfant par des artères terminales, les anastomoses n'apparaissant que plus tard, chez l'adulte. Les traitements chirurgicaux ne semblent pas donner de bons résultats. Il faut, autant que possible, s'en tenir aux moyens mécaniques : chaussures, semelles spéciales.

Rein polykystique unilatéral à symptomatologie atypique. — *M. Canonne* communique cette observation particulièrement intéressante, car la malade âgée de 47 ans, se présenta avec une symptomatologie de cancer de l'estomac : douleurs gastriques, cachexie et surtout hématémèses à plusieurs reprises. L'examen décela une tumeur rénale gauche unilatérale avec absence complète de sécrétion urinaire de ce côté. L'intervention montra un rein polykystique unilatéral avec intégrité absolue du rein droit ; rein du côté gastrique. Cette observation prouve qu'un rein polykystique peut être unilatéral et présenter des troubles n'ayant aucun rapport avec la lésion elle-même. Le syndrome gastro-intestinal, semble, comme plusieurs observations en témoignent, être le plus fréquent.

Du traitement des cals vicieux du cou-de-pied. — *M. Masmonteil* a repris l'étude analytique des diverses variétés de cals vicieux du cou-de-pied : 1° cals vicieux par diastasis tibio péronier ; 2° en valgus simple à la suite de la fracture de Dupuytren ; 3° en valgus équin après fracture de Dupuytren compliquée de fracture marginale postérieure ; 4° en varus simple après fracture bi-malléolaire ; 5° en varus talus. A propos du plus fréquent, le valgus équin consécutif à la fracture de Dupuytren, il précise les divers déplacements observés : augmentation de dimension de la pince malléolaire avec diastasis, changement de situation de la pince par suite de la translation externe du pied, changement de direction de la pince dont les mors sont obliques enfin, changement d'orientation de cette pince, la malléole interne allant en avant, tandis que la malléole externe va en arrière. Seule la reposition sanglante avec ou sans ostéosynthèse permet de corriger tous ces déplacements ; elle est l'opération idéale. L'ostéotomie cunéiforme sus-articulaire est une intervention incomplète, car elle ne fait que corriger la direction de la pince, laissant persister diastasis et translation externe du pied. L'astragalectomie isolée, ne remédiant à rien, donne des résultats médiocres ; mais, si cette intervention isolée est à rejeter, elle trouvera ses indications comme opération complémentaire de la reposition sanglante, en cas de coexistence de fracture marginale postérieure, en cas d'ankylose tibio-tarsienne et dans les cas où un raccourcissement du membre est souhaitable.

Deux cas d'accidents à longue échéance dus à des fragments de pierre inclus près d'une articulation. — *M. Weber* présente deux fragments de silex prismatiques à arête tranchante, de un centimètre environ dans leur plus grande dimension, ayant pénétré au cours de chutes, l'un sous le tendon du quadriceps fémoral, l'autre sous celui du triceps huméral. Ils ont séjourné, le premier pendant trois ans, le second pendant trois mois, avant de déterminer des accidents assez aigus pour faire soupçonner leur présence.

Hémianopsie latérale homonyme par blessure pariétale. Perte de la substance de la dure-mère avec hernie cérébrale. Trépanation et greffe de fascia lata. — *M. Bourguet* présente une femme qui, ayant été blessée par deux balles de revolver, présenta ensuite une hémianopsie latérale homonyme gauche, et des céphalées violentes et tenaces. L'auteur fit une trépanation et constata une lésion de la substance nerveuse pariétale et une large brèche de la dure-mère. L'ouverture dure-mérienne fut fermée par une greffe de fascia lata. L'hémianopsie, due à la lésion des radiations optiques, persiste, mais les céphalées disparurent.

Résultat d'une greffe de fléchisseur de l'index gauche. — *M. Burty* présente un cas de reconstitution du tendon fléchisseur profond de l'index par un greffon prélevé aux dépens de l'extenseur du même doigt. Le résultat fonctionnel est excellent.

Kyste de l'appendice. — *M. Séjournet* présente un appendice kystique qui avait un segment libre et un prolongement intra-cæcal sous-muqueux dont la libération nécessita l'ouverture du cæcum. L'absence de toute crise aiguë antérieure, le début lointain de quelques troubles chroniques légers dans la fosse iliaque droite et surtout le fait que la collection liquide était contenue dans une poche à paroi trop indépendante des tuniques intestinales, donc énucléable, laisse supposer qu'il ne s'agit pas d'un pseudo-kyste inflammatoire et permet d'envisager l'hypothèse d'un kyste épithélial, congénital, développé dans l'appendice aux dépens de cellules épithéliales aberrantes.

Fracture longitudinale d'un ménisque interne suivie de régénération spontanée aux dépens de la partie basale. — *M. Masmonteil*, à propos d'un cas de fracture longitudinale d'un ménisque, a observé la régénération spontanée de la partie basale, et se demande s'il ne serait pas indiqué de se contenter de méniscectomies partielles dans certains cas bien déterminés.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vrey dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Pour une corporation des sanitaires. — *Dans* L'HYGIÈNE SOCIALE (10 novembre 1934) *un article de MM. Georges Boyé et Marcel Durand, intitulé* : EN MARCHE VERS UNE CORPORATION DES SANITAIRES. *En voici quelques extraits* :

..... Quittant l'Histoire pour porter nos regards au delà des frontières, nous y voyons, à défaut d'institutions corporatives complètes, définitives, des ébauches déjà très évoluées. Chacune d'elles mériterait une analyse approfondie et une critique serrée qui ne peuvent trouver leur place dans le cadre d'un article de Revue. Nous nous bornerons à les énumérer en mettant en lumière quelques points saillants.

En Belgique, au Danemark, en Bulgarie, en Esthonie, il existe depuis longtemps des associations donnant satisfaction En Angleterre, le pays des traditions et de la liberté individuelle, la « British medical Association » est vieille de cent ans, et jouit d'attributions très étendues. La « Provincial medical and surgical Association » n'a cessé de grandir depuis 1852 ; en 1932 elle compte 101 branches avec 240 subdivisions. Elle prend en mains tous les intérêts de la médecine ; elle est générale en ce qu'elle parle au nom de la profession entière ; elle est animée d'un esprit nouveau, elle rassemble toutes les informations concernant la santé publique, elle travaille à améliorer les moyens de la maintenir ; elle poursuit les recherches scientifiques en vue du bien de la communauté. Elle a pour organe *Transactions*, revue illustrée et documentaire très sérieuse. A partir de 1856 la « Provincial Association » devient la « British medical Association », se confond avec elle et se complète en englobant Londres. *Sa demande de transformation en Trade-Union est repoussée une première fois en* 1931 *et une seconde fois en* 1917.

C'est le sort qui nous fut réservé au début de l'application de la loi de 1884 sur les Syndicats.

En Hollande, l'Association Néerlandaise se distingue par une extension de ses attributions qui va jusqu'à *collaborer à la confection des lois* et établir les contrats collectifs intéressant la profession.

En Roumanie, en Suisse, en Tchécoslovaquie les associations médicales ont une *organisation économique* très développée avec Caisses de secours et de retraites.

L'Italie mérite une place à part sur laquelle nous reviendrons. L'organisation corporative y est en plein développement et n'a pas encore atteint sa forme définitive. Elle s'y achemine avec prudence et circonspection sous l'œil vigilant du Duce. A la Confédération nationale des Syndicats fascistes a été substituée la « Corporation des Professionnels et des Artistes » composées de diverses sections : avocats, médecins, vétérinaires, etc... Dès le début de l'organisation corporative en Italie, en 1923, fut fondée une « *Corporation nationale sanitaire* » *groupant tous les professionnels de l'Art sanitaire : médecins, pharmaciens, vétérinaires, sages-femmes, etc...*

Cette forme corporative complétée par la collaboration aux lois du Statut néerlandais résume nos aspirations.

Nous terminerons cette revue des organisations médicales étrangères par un coup d'œil sur l'Amérique. L' « American Medical Association » groupe 80 % des médecins des Etats-Unis. Elle n'est pas seulement une société de secours mutuels ; elle n'est pas non plus un simple syndicat ; elle est davantage. Elle a un triple objectif :

1° Améliorer l'enseignement de la médecine ;
2° Maintenir la probité professionnelle ;
3° Lutter contre le charlatanisme.

Autrement dit élever à tous les points de vue le « standing moral et scientifique de la profession médicale. »

Ce déroulement accéléré et raccourci du panorama médico-corporatif international ne vous a-t-il pas convaincu que la France n'y occupait pas une place d'avant-garde ? Comment conquérir dans cette phalange, sinon une place de premier plan, au moins un rang honorable ?

Il n'y a parmi nous ni manque d'initiative, ni défaut d'activité ; ni incompétence, ni indolence de nos dirigeants mais déficit de rendement par dispersion de forces. Secouons notre individualisme incorrigible, notre particularisme de région, de clan, de coterie pour n'être plus animés que par un seul sentiment, une seule passion : l'Esprit de corps dans ce qu'il a de plus général et de plus élevé. Soufflons sur cette poussière de groupements, de syndicats, d'offices, d'associations, de sociétés, sur ce polymorphisme corporatif qui, louable dans son essence et dans ses visées, n'aboutit qu'à de médiocres résultats. C'est ce qui a été compris par nos confrères des autres nations. Vous nous objecterez qu'il existe en France une Confédération. Oh ! c'est sans arrière-pensée et de tout cœur que nous souscrivons aux qualificatifs dont on la gratifie quelquefois. On l'appelle la « Gardienne vigilante », voire même, dans un accès de lyrisme, « la Déesse tutélaire veillant au bonheur de tous ». Nous reconnaissons qu'elle fait ce qu'elle peut — tout ce qu'elle peut — mais elle n'ignore pas elle-même, et aucun de nous ignore les limites de son pouvoir.

. . . .

En France il nous a été permis de nous servir du Syndicat et nous en avons tiré tout ce qu'il pouvait donner pour la défense de nos intérêts particuliers. L'heure est venue d'élargir notre horizon, non pas en supprimant le syndicat (nous le tenons, gardons-le), mais en l'introduisant dans la corporation, en l'y mettant à la base pour servir de fondement, au même titre qu'en Italie.

A la manière de Mussolini partons des organismes existants, des Syndicats, pour bâtir l'édifice corporatif.

Notre corporation, comme celle de 1923 en Italie, prendrait le titre de « Corporation nationale sanitaire » et, comme elle, engloberait tous les sanitaires, soit environ 100.000 (cent mille) membres qui, d'après la statistique de 1933, se répartissent ainsi (Métropole et Afrique du Nord) :

Médecins : 25.470 ;
Pharmaciens : 11.573 ;

Vétérinaires : 3.833 ;
Dentistes : 8.010 ;
Sages-femmes : 11.200 ;
Herboristes : 1.081 ;
Infirmières (statistique fournie par le Bureau central des infirmières) : 37.143.

Soit un total de 98.313 au minimum !

Cette armée de 100.000 producteurs de services, par son instruction technique, par ses fonctions, par ses rapports innombrables avec la population, d'une part, avec les Pouvoirs publics, d'autre part, dispose d'une force capable, si elle le voulait, d'influencer les législateurs pour le plus grand bien de la collectivité nationale inséparable du sien propre. Les sanitaires ne prétendent pas imposer, dicter la loi, mais ils souhaitent, comme en Hollande, de pouvoir la suggérer, la guider, l'adapter. La corporation ainsi comprise s'éloignerait et se séparerait du Syndicat par son statut légal spécial, par des lois organiques très différentes de la loi de 1881.

. . . .

Pour conclure, nous conservons le syndicalisme pour les services qu'il a rendus et qu'il peut être encore appelé à rendre. Nous en faisons la cellule-mère du corporatisme. Une fois de plus nous nous rapprochons de la conception mussoliniste.

« Le rôle du Syndicat, dans l'organisation corporative italienne, est de défendre l'intérêt de ses membres. Il peut intervenir dans les différends entre particuliers, mais non pas avec les organisations publiques (*ente publici*). L'Ordre assume toujours le rôle déontologique. Le Syndicat ne peut pas interdire l'exercice de la profession, mais bien la participation au Syndicat même, ce qui constitue avant tout une punition d'ordre moral. » En résumé : à l'ordre des médecins la discipline ; au Syndicat la défense des intérêts particuliers ; à la corporation la défense des intérêts généraux de la profession en elle-même et en fonction des intérêts généraux de la Nation. La corporation est en rapport constant avec le pouvoir central.

L'organisation de la corporation suppose le régionalisme. Ici nous revenons à la « British Medical Association » née de la « Provincial Medical and Surgical Association » qui en 1932 comptait 101 branches avec 240 subdivisions. Le Syndicat local (isolé ou associé) désigne des représentants proportionnellement au nombre des cotisants, au Conseil corporatif régional qui pourrait se réunir au siège de la circonscription académique. Il y en a 17 sur le territoire de la France. Le Conseil régional désignerait à son tour des délégués à la Chambre corporative qui siégerait à Paris. Enfin celle-ci nommerait des Commissaires qui seraient accrédités auprès du Gouvernement et du Parlement. Comme l'ancienne Faculté, la corporation sanitaire deviendrait un corps d'Etat autonome, ayant charge de responsabilité, droits et devoirs. A la manière des anciens Etats généraux elle dresserait des cahiers de remontrances sur lesquels devraient se prononcer obligatoirement les Commissions parlementaires, après avoir entendu, si nécessaire, les mandataires de la corporation.

La mort du général Leclerc à Saint-Domingue

L'HYGIÈNE SOCIALE (25 novembre 1934) *publie une conférence faite par M. le Médecin colonel Cazanove à la Faculté de médecine de Paris intitulée* : PAULINE BONAPARTE A SAINT-DOMINGUE PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE. *En voici des extraits* :

Le 12 novembre 1801, le navire *Océan* quittait le port de Brest. Battant pavillon de l'Amiral Villaret-Joyeuse, il portait à son bord le commandant en chef du corps expéditionnaire de Saint-Domingue, un général de trente ans, Victor-Emmanuel Leclerc. Leclerc avait déjà rempli sa jeune existence d'actions d'éclat ; au siège de Toulon, marchant le premier, devant ses grenadiers, il s'était emparé du Fort-Faron et avait déterminé ainsi la chute de la ville ; à l'extrême-gauche de l'armée des Alpes, sur les sommets du Mont-Cenis, il avait fait preuve de la plus rare intrépidité ; il s'était distingué à l'Armée du Rhin sous Moreau, puis comme chef d'état-major de Brune et de Berthier ; au 18 Brumaire, c'est lui qui, de sa personne, à la tête d'une compagnie de grenadiers, avait fait évacuer la salle des Cinq-Cents...

... Lorsque le navire eût atteint les parages de la Mer des Tropiques, à l'heure où, suivant le poète, montaient...

... en un ciel ignoré
Du fond de l'Océan, des étoiles nouvelles,

les passagers et l'équipage pouvaient voir couchée sur le pont une jeune femme, semblable, écrit l'un d'eux, à la Galathée des Grecs, à la Vénus Marine ; debout auprès d'elle, se tenait son petit enfant, Dermide, alors âgé de trois ans.

Cette jeune femme était la sœur du Premier Consul, Pauline Bonaparte. Née en 1881, elle avait épousé à seize ans, après les grandes campagnes d'Italie, le Général Leclerc ; à l'époque qui nous occupe elle avait donc vingt ans ; fine et délicate, heureuse et joyeuse de vivre à Paris, dans l'entourage du Premier Consul, attirant déjà tous les regards et toutes les jalousies, elle s'était soumise à la volonté de son frère qui avait décidé qu'elle suivrait son mari à Saint-Domingue, et la jeunesse intervenant, elle s'était embarquée, riant de l'inconnu de cette grande aventure.

Une année après, une cérémonie funèbre avait lieu à Saint-Domingue, en rade du Cap, à bord du vaisseau *Le Swifsture*. *Le Moniteur Universel* du 17 Nivôse an XI de la République, nous en a conservé le récit dans un procès-verbal d'une sécheresse poignante.

« P. Boyer, Général de Brigade, Chef de l'Etat-Major Général, certifie que d'après l'ordre qui lui a été transmis par le citoyen Hector Daure, Préfet Colonial, Capitaine-Général (par intérim), le corps, les entrailles et le cœur du citoyen Victor-Emmanuel Leclerc, Capitaine-Général de la colonie de Saint-Domingue, ont été déposés à bord du vaisseau de guerre le *Swifsture*, en présence du Contre-Amiral Latouche-Tréville, commandant les forces navales à Saint-Domingue, du Capitaine de Vaisseau Hubert, commandant le *Swifsture*, du citoyen Renaud, Capitaine de Frégate, Chef de l'Etat-Major de la Station, du citoyen Nethervood, Chef de Brigade, premier aide de camp du général en chef, et du citoyen Abbé, Chef de Brigade commandant les gardes.

Certifie également que le sabre et le chapeau du Capitaine-Général ont été consignés au Capitaine de Vaisseau du *Swifsture* pour rester déposés pendant toute la traversée sur son cercueil, le tout pour être remis à l'arrivée du vaisseau en France à l'officier chargé d'accompagner les restes du Général en Chef Leclerc ..... Ont signé ...... etc...

Pauline Bonaparte et son enfant furent rapatriés sur ce même navire, et à leur débarquement, le 11 Nivôse an XI (1er janvier 1803), Pauline griffonna à l'adresse de son frère, d'une écriture presque illisible, ce billet désespéré : « J'arrive à Toulon après « une traversée affreuse et une santé abîmée et c'est encore le « moindre de mes chagrins ; j'ai ramené avec moi les restes de « mon pauvre Leclerc ; plaignez la pauvre Paulette, qui est « bien malheureuse... ».

. . . .

De tous les auteurs qui aient écrit sur l'expédition de Saint-Domingue, Pamphile de Lacroix apparaît comme celui qui a le mieux envisagé les conséquences de l'épidémie de fièvre jaune. C'est pour cela qu'il apprécie dignement et justement la situation de son chef, le Général Leclerc.

« Pour bien juger l'horreur des circonstances dans lesquelles « s'est trouvé le Général Leclerc, il faudrait à chaque instant faire connaître la situation déchirante de son armée... Pour « ne pas perdre pied dans la domination, il fallait précipiter dans « le gouffre les renforts au fur et à mesure de leur arrivée ; ils « étaient dévorés quelques jours après leur débarquement sans « avoir eu le temps d'entrer en ligne et de faire aucun service. »

Enfin dans les pages finales de son livre, Pamphile de Lacroix fait un éloge émouvant du Service de santé : « Quelque infruc« tueux qu'aient été les soins des officiers de santé employés « à l'expédition du Général Leclerc contre les ravages de la « fièvre jaune, l'histoire n'en doit pas moins signaler l'héroïsme « de leur conduite généreuse. S'il est beau de braver la mort « pour la Patrie, il est sublime de l'affronter à tout moment « avec résignation et la trouver en cherchant à conserver la vie « à d'autres hommes... Au milieu des fléaux qui moissonnèrent « alors plus de *sept cents officiers de santé*, le dévouement de « ceux qui survécurent ne se démentit jamais. Privés des res« sources nécessaires à leur art, ils ne se rebutèrent point ; on « les vit souvent porter à leurs malades des consolations et lors« que l'effroi chassait les infirmiers, on les vit encore se résigner « au charitable emploi d'en servir eux-mêmes... Je me rap« pelle que la reconnaissance de l'Armée désigna dans le temps « à celle du Gouvernement les services des Docteurs Peyre, « Albert, Hugonin, Decourt, Arrault, Mounier, Renatti, et d'une « foule d'autres dont les noms comme bienfaiteurs de l'huma« nité devraient être conservés sur nos tablettes historiques... »

. . . .

..... Enfin, le 30 Vendémiaire an XI (23 octobre 1802), Leclerc tombe malade à son tour ; atteint d'abord une angine qui suit une évolution normale, il est à nouveau souffrant le 8 Brumaire après quelques jours de calme, et le Docteur Peyre, qui le soigne, a tôt fait de diagnostiquer la fièvre jaune.

Le Docteur Peyre, le premier nommé de la citation de Pamphile de Lacroix, a rédigé un journal de la maladie du Général Leclerc, dont M. Roussier a récemment découvert le manuscrit au Ministère des Colonies parmi d'autres documents relatifs à l'expédition de Saint-Domingue, où figurent des lettres inédites de Leclerc.

Dans la sécheresse de l'observation médicale, on trouve des lignes simples, émouvantes, toutes empreintes d'une amitié affectueuse qui révèlent la noblesse et l'élévation de caractère de ce jeune chef qui se voyait mourir à 30 ans et qui a été tant décrié.

Lorsqu'il se sent malade, Leclerc est d'abord abattu ; le 2 Brumaire, très affecté de la présence de son épouse et de son enfant qui sont venus le visiter, il pleure et demande à Peyre d'empêcher qu'ils viennent à nouveau le voir ; le 6 Brumaire, il veut encore, malgré les représentations de son médecin et celles de Pauline, s'occuper des affaires publiques ; le 9 Brumaire, lorsqu'il se rend compte de sa fin prochaine, il a un moment d'épouvante, puis il accepte sa destinée : il ne songe plus qu'à mourir avec courage et résignation ; il fait appeler son chef d'Etat-Major et lui donne des ordres relatifs à sa famille et à l'administration de la colonie ; quoique délirant, il recouvre sa raison de temps à autre et constamment, montre de la fermeté et même de la gaieté, jusqu'au moment où il rend son âme juste et vertueuse.

Norvins apprend la mort de son chef d'une façon dramatique :

« La nuit se passa pour nous dans la plus affreuse anxiété ; je cédais le lendemain au besoin du sommeil quand je fus subitement réveillé par de véritables hurlements, au travers « desquels se firent place ces mots articulés d'une voix déchirante : « Mon père est mort...

Dans le *Moniteur Universel* n° 107 du 17 nivôse an XI de la République (7 janvier 1803), nous relevons un détail particulier puisé dans le Procès-verbal d'ouverture et d'embaumement du corps du général en chef et capitaine général de Saint-Domingue :

« Le corps a été enveloppé par des contours imprégnés de beaume : chaque doigt, chaque membre en particulier, jusqu'au sommet de la tête où le bandage a été terminé par une « capeline recouvrant les cheveux de Mme Leclerc qu'elle a « désiré qu'on mît sur sa figure comme un gage de l'amour conjugal en échange de ceux de son mari qu'elle a demandé... »

... Le lendemain c'était l'embarquement pour la France.

En avril dernier, dans une communication à la Société de thérapeutique, nous avions mis en relief combien il était injuste de rendre responsable de la sous-consommation du pain le Corps médical et personne d'ailleurs n'a contesté que « le plus souvent lorsque le médecin conseille une réduction du pain et parfois même sa suppression, il ne fait que consacrer une mesure déjà prise spontanément par le malade. » (P. BRUÈRE. — Réflexions sur notre aliment fondamental : le pain. *L'Hygiène sociale*, 10 novembre 1934.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 2 LE NUMÉRO : 50 Centimes 12 JANVIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Questions d'actualité anatomo-pathologique. — Le Professeur G. ROUSSY reprendra cette série de leçons, le mardi 8 janvier prochain, à 17 heures à l'Amphithéâtre d'anatomie pathologique et les continuera les mardis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier et février.

Ces leçons s'adressent à tous les étudiants, à tous ceux qui désirent se mettre au courant des différentes questions qui sont à l'ordre du jour, en anatomie et en physiologie pathologiques.

PROGRAMME DES LEÇONS. — L'amylose. — L'artériosclérose. — Les cirrhoses. — Les inflammations pulmonaires. — Les inflammations rénales. — Le processus tumoral ; les tumeurs bénignes et leurs rapports avec l'inflammation. — Le processus cancéreux en général. — Métastases et récidives dans le cancer.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre inférieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur Pierre ABOUKER, prosecteur, commencera le lundi 21 janvier 1935, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — I. Ligatures des artères du membre inférieur. — II. Amputation de Lisfranc. — III. Astragalectomie. — IV. Ostéosynthèses pour fractures de jambe. — V. Les voies d'abord du genou ; fracture de la rotule ; méniscectomie. — VI. Les amputations de jambe. — VII. Les voies d'abord de la diaphyse fémorale pour ostéosynthèse. — VIII. Les voies d'abord de la hanche. — IX. L'opération de Ricard. — X. Résection du genou.

Deuxième Congrès international de stomatologie. — Le deuxième Congrès international de stomatologie aura lieu du 14 au 19 avril 1935, à Bologne (Italie).

De nombreux groupes et des personnalités éminentes de la stomatologie de tous les pays ont déjà assuré leur participation et leur collaboration scientifique au Congrès, dont le programme est le suivant :

Dimanche 14 avril : 10 heures. : Réception par le Comité du Congrès.

Lundi 15 avril, 10 heures : Inauguration du Congrès ; 11 heures : Inauguration : 1° de l'exposition de matériel ; 2° de l'exposition des nouveautés industrielles ; 3° de l'exposition des livres scientifiques ; 4° de l'exposition d'instruments, de livres et d'estampes anciennes.

Mardi 16 avril, 14-19 heures : Séances scientifiques ; 21 heures : Réception par la municipalité de Bologne ; 8-9 heures : Démonstrations pratiques ; 9-13 et 14-19 heures : Séances scientifiques ; 21 heures : Concert de musique sacrée italienne (au Palais du Podestat) exécuté par des artistes renommés.

Mercredi 17 avril, 8-9 heures : Démonstrations pratiques ; 9-12 et 14-19 heures : Séances scientifiques ; 21 heures : Banquet social.

Vendredi 19 avril, 8-9 heures : Démonstrations pratiques ; 9-10 heures : Séances scientifiques ; 10 heures : Excursion collective à Ravenne, visite des monuments d'art byzantin et du tombeau de Dante. Réception par la Municipalité de Ravenne, retour à Bologne, à 19 heures.

Samedi, 20 avril, 9 heures : Démonstrations ; 9-11 heures : Séances scientifiques ; 11 heures : Clôture du Congrès ; 14 heures : Assemblée générale de l'A. S. I.

Dans l'après-midi, départ de congressistes pour visiter les villes d'Italie selon les programmes particuliers.

Les congressistes jouissent des avantages suivants : réduction sur les chemins de fer ; entrée libre dans les Musées ; participation gratuite aux fêtes énumérées, excepté le banquet et l'excursion à Ravenne ; publication gratuite du Congrès ; réduction sur les tramways et le câble aérien de Bologne ; réduction sur les cinémas et théâtres ; la taxe d'admission est de 80 lires.

L'inscription pour la participation au Congrès, les annonces des communications doivent être adressées au Docteur Dauguet, 17, rue Godot-de-Mauroy, Paris (IXe) ou au Comité, Bologne, via San Vitale, n° 50.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. Gabriel Bertrand, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. Laux (de Murviel-les-Béziers), Bréchot (de Chaumes-en-Vexin), Barres (de Blesle).

(Réserve). — *Au grade d'officier.* — M. Plontz.

Au grade de chevalier. — MM. de Bony de Lavergne, Usse, Michaud, Le Mitouard, Niort, Amiot, Gauthier, Clercq, Fournier, Delgrange, Francon, Talent, Delage, Vannieuwenhuyse, Santy, Delord, Echilley, Peaud, Kuss, Delord, Mercier, Noël, Besnier, Leroy, Fanton d'Andon, Versepuech, Vitou, Gruchet, Delahaye, Corrèges, David, Jaupart, Arama, Roge, Rousseau, Foucault, Franck de Préaumont, Estager, Aucher, Leroy, Tach, Lefebvre, Blanchard, Fleury, Le Barazer, Gay, Joseph, Ranty, Quintero, François, Boivin, Cau, Montalègre, Guilhamon, Saugues, Maupetit, Pellier, André, Courrier, Demagnez, Wallon, Derruppe, Collot, Boullard, Houllier, Wilmoth, Laurent, Laburthe-Tolra, Cénac, Troin, Pailler, Fassy, Lafourcade, Cortina, Sanseigne, de Rougemont, Vasselle, Micheleau, Bitterlin, Amor, Langeron, Hédon, Grézillier, Grimaud, Tournier, Bobillier, Mérat, Chavany, Aubry, Arlet, Tournier, Polonowsky, Raymond, Mourgeon, Pingat, Pucheu, Roy, Schaeffer, Comet, Leblanc, Aufhelain, Besson, Lavezzari, Amblard, Giraud, Parmentier, Duval, Mourgues-Molines, Allauzen, Lelong, Barsotti, Favreau, Hartglas, Coudert, Engelhard, Desarnauts, Banzet, Zucarelli, Barrier, Verneau, Ollivier.

(Active) *Au grade d'officier.* — MM. Trèves, Simonin, Mathieu, Bonhoure, Meynier, Morel, Béliard, Pinard, Hourtoulle, Fabre, Okinczyc, Longuet, Boisson, Aubry, Houchard, Lhoste.

(Troupes coloniales). *Au grade d'officier.* — M. Marque.

Au grade de chevalier. — MM. Dardy, Dumont, Rihouey, Trouette, Dupechez, Escalier, Leclercq, Sabot, Audebert, Meurdrac, Desbruères, Bidet, Coste, Turpin, Cassaigneau, Crama.

(Officiers rayés des cadres). *Au grade d'officier.* MM. Fraisse, de Framond de la Framondie.

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. Gras, médecin général de 2e classe.

Au grade d'officier. — MM. les médecins en chef de réserve Esquier et Durieux ; le médecin principal Le Moult.

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. Piquard, conseiller général du Doubs ; Ducasse, conseiller général des Landes ; Bouyssou, maire de Bolbec.

IVe Congrès français de gynécologie (Salies-de-Béarn, 8, 9, 10 juin 1935. Président : M. le Professeur Guyot, de Bordeaux.) — QUESTION A L'ORDRE DU JOUR : *Les hémorragies génitales en dehors de la grossesse et des tumeurs.*

Premier rapport : L'anatomie vasculaire de l'appareil génital de la femme. Rapporteurs : M. le Professeur Léon DIEULAFÉ et M. Raymond DIEULAFÉ (de Toulouse). — *Deuxième rapport* : Les hémorragies de cause générale. Rapporteur : M. P.-E. WEIL, médecin des hôpitaux de Paris. — *Troisième rapport* : Les hémorragies de cause locale. Rapporteur M. Paul ULRICH (de Paris). — *Quatrième rapport* : Traitement médical des hémorragies. Rapporteur : M. Michel TURPAULT (de Paris). — *Cinquième rapport* : Traitement physiothérapique. Rapporteurs : M. COURRIADES et Mlle DUBREUILH (de Bordeaux). — *Sixième rapport* : Traitement chirurgical. Rapporteur : M. F. JAYLE (de Paris).

Une exposition d'instruments, d'appareils de physiothérapie et de produits pharmaceutiques aura lieu pendant le Congrès.

De grandes fêtes locales et des excursions seront offertes aux Congressistes par la station de Salies-de-Béarn.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Gala de la médecine. — Le Comité des fêtes des étudiants en médecine offre, avec le généreux concours des Spécialités pharmaceutiques, le Gala de la médecine, le 9 février 1935, de 22 heures à 2 heures du matin, à la Salle d'Iéna, 10, avenue d'Iéna.

Les plus grands artistes de Paris assisteront à cette fête. Les médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants peuvent demander le nombre d'invitations gratuites qu'ils désireront au Docteur Delaunay, 25, avenue d'Eylau, à Paris (XVIe).

Consultation des maladies des voies digestives chez la femme. — Le Docteur René GAULTIER, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, reprendra *tous les mercredis*, à 10 heures, dans le service de la Clinique gynécologique du Professeur Proust, à l'hôpital Broca, ses consultations sur les maladies des voies digestives chez la femme (Tubages gastrique et duodénaux. Gastrotonométrie et coprologie clinique. Radioscopie. Rectosigmoïdoscopie. Thérapeutique médico-chirurgicale).

Journées médicales de la Côte d'Azur (samedi 9 et dimanche 10 février.) — A l'occasion de l'inauguration de l'Institut d'actinologie de Vallauris-Le Cannet, deux journées médicales auront lieu.

Président : M. le Professeur Strohl ; secrétaires généraux : MM. les Docteurs Guy Laroche et Jean Saidman.

Le programme de ces Journées comprend des rapports et conférences sur l'action de la lumière et de la chaleur chez les tuberculeux, les endocriniens, les rhumatisants ; sur la mesure du rayonnement naturel dans les sanatoriums, dans les hôpitaux, dans les stations climatiques ; sur le rôle des glandes endocrines dans l'hypersensibilité radio-climatique ; sur le progrès dans la mesure des températures locales et dans l'examen de la circulation locale au voisinage des foyers tuberculeux.

En dehors de ces conférences auront lieu des démonstrations pratiques des techniques nouvelles faites au lit des malades afin d'initier les médecins à la pratique de ces techniques.

Peuvent s'inscrire à ces Journées médicales, les docteurs en médecine moyennant une cotisation de 180 francs qui donne droit aux repas pendant ces deux journées (repas qui sont pris à l'Institut d'actinologie de Vallauris-Le Cannet), ainsi qu'au transport en autocar de la gare de Cannes au sanatorium.

Des démarches sont faites pour que les congressistes aient droit à une réduction de 50 % sur le tarif du chemin de fer.

Le nombre de places est strictement limité. Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie de Vallauris-Le Cannet, à Vallauris (Alpes-Maritimes).

Congrès des colites. — A Plombières-les-Bains (Vosges) aura lieu les 11, 12 et 13 septembre 1935, le Congrès des colites, sous la présidence de M. le Professeur Paul Carnot ; ce congrès précédera immédiatement le Congrès de la goutte, à Vittel.

Un médecin militaire mort victime du devoir est cité à l'ordre de la Nation. — Le *Journal Officiel* a publié la citation suivante à l'ordre de la nation :

Le gouvernement cite à l'ordre de la nation le Docteur Clovis Duris, médecin lieutenant des troupes coloniales du Niger (Afrique occidentale française) pour le motif suivant :

Jeune praticien, estimé de tous, envoyé à Zinder dès la première apparition d'une grave épidémie, a prodigué ses soins aux malades avec une admirable abnégation, a été atteint par le terrible fléau au chevet de ses patients.

A succombé à son poste victime de son dévouement et du devoir professionnel.

Nécrologie. — Docteur J. BOUISSOU, de La Ciotat (Bouches-du-Rhône). — Docteur BROEDERS, de Plombières. — Docteur Adrien CASASSUS, de Pau. — Docteur Charles GRANDCLAUDE, de Lille, sous-directeur du Centre anticancéreux du Nord, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Lille, mort à l'âge de 43 ans, d'une septicémie contractée au cours de ses recherches sur le traitement du cancer. — Docteur KOESTEL de Metz. — Docteur Maurice LÉVY, d'Illkirch (Bas-Rhin). — Docteur MARTIN, de Neufchâteau (Vosges). — Docteur Louis PLANTIER, d'Annonay, vice-président de l'Association générale des médecins de France, décédé à Nice, dans sa 68e année. — Docteur ROBERT, de Marseille. — Docteur Robert SOULLARD, de Paris, 49, rue Claude-Bernard (Ve). — Docteur ZEHNTER-KILNER (Mme), de Strasbourg. — Professeur Martin KAHN, de Berlin, directeur honoraire à l'Institut d'hygiène, décédé à l'âge de 69 ans. — Professeur Florent GOMMAERTS, de Gand, décédé à l'âge de 68 ans. — Docteur Théobald SMITH, de New-York, président de l'Institut Rockefeller, décédé à l'âge de 75 ans.

NOUVELLE ADRESSE : 51, RUE NICOLO, PARIS (XVIe)

BIBLIOGRAPHIE

La Pyorrhée alvéolaire, par le Docteur Maurice Roy, 1935. Un vol. in-8, 344 pages, 158 figures, 12 planches : 60 francs. J.-B. Baillière éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Envisageant la pyorrhée alvéolaire sous tous ses aspects, l'auteur s'est attaché à apporter de l'ordre, de la précision dans tous les faits qui peuvent être dès maintenant établis comme dans les problèmes encore si nombreux que soulève l'étude si passionnante de cette maladie.

Faisant tout d'abord une étude critique de la *Lésion initiale*, dont la détermination est si importante pour la connaissance de la *Nature de la maladie*, il étudie ensuite la *pathogénie*, *l'étiologie*, *l'anatomo-pathologique*, puis donne la description des *formes cliniques de la pyorrhée*, telles qu'il a pu les différencier au cours de ses minutieuses observations et il détermine alors les éléments du *diagnostic* et du *pronostic*.

Après cette étude pathologique de la pyorrhée, l'auteur donne un exposé complet du *traitement* tel qu'il l'a établi dans ses travaux antérieurs et dont, dit-il, l'excellence des résultats, au cours des longues années depuis lesquelles il l'applique, confirme absolument ses vues pathogéniques sur lesquelles est basé son traitement. Une partie importante est ensuite consacrée aux *complications* et enfin l'étude de la *prophylaxie* termine cet important ouvrage, le premier aussi complet paru en France sur ce sujet.

Conférences cliniques de médecine infantile, par le Docteur H. Grenet. Troisième série, 1934. Un volume in-8 raisin de 336 pages et 49 figures. Prix : 40 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris-6e.

Ces conférences qui ont été faites à l'hôpital Bretonneau, sont conçues dans un but pratique. Par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Certains des sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents ; on s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale. Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui, nous l'espérons, en rendra la lecture facile, et les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile.

Une série de radiographies hors-texte illustre, dans le troisième volume de ces conférences, les leçons consacrées à la syphilis osseuse (Maladie de Parrot, ostéo-arthropathies de la syphilis congénitale).

Pour les étudiants auxquels cet ouvrage est spécialement destiné, l'auteur a pensé qu'il serait utile de rappeler quelques règles de déontologie : elles sont exposées, à partir de la deuxième série de conférences dans une leçon publiée sous forme d'avant-propos.

Sémiologie des affections de la bouche et des dents, par le Docteur Charles Ruppe. Un volume de 272 pages avec 53 figures : 32 francs. (Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Ce petit livre est conçu de la façon suivante : chaque chapitre commence par l'exposé d'idées générales, préliminaires indispensables à la compréhension des faits pathologiques régionaux. Puis sont énumérées les méthodes d'exploration à employer. Ceci a permis à l'auteur d'analyser devant chaque tableau clinique, les nuances symptomatologiques qui font aboutir au diagnostic de la maladie.

Cette manière systématique de procéder a été appliquée par ordre aux affections de la denture, de la région gingivo-dentaire, des maxillaires et de la muqueuse buccale. Vient ensuite tout naturellement, la séméiologie des affections qui constituent les parois de la cavité buccale.

Enfin, comme la pratique stomatologique conduit le praticien à donner son avis sur les adénopathies chroniques cervicales, les stomatorragies, les algies faciales, les divers troubles réflexes, salivaires, moteurs, gustatifs, phonatoires, sur la septicité bucco-dentaire, l'auteur termine ce livre par ces chapitres.

Si ce livre convient parfaitement aux étudiants par sa simplicité et la clarté de son exposé, il a été écrit aussi en vue de satisfaire les praticiens. Les affections plus rares sont présentées à leur place dans un texte imprimé en caractères plus fins.

Barème pour l'évaluation de l'incapacité partielle et permanente résultant des *Accidents du travail*. Nouvelle édition par le Docteur Lucien Mayet, docteur ès-sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon, médecin expert près les Tribunaux, la Cour d'appel, et le Tribunal des pensions. A. Pointat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris.

Est-il nécessaire de faire à nouveau l'éloge de ce livre précieux, dû à la meilleure des compétences ?

Qui ne le connaît ?

Il est admirablement précis et ordonné et quel praticien ne l'a mis parfois, comme le guide le plus sûr, dans la poche de son veston ?

Voilà des livres d'importance essentielle, des livres qui rendent service, des livres comme il en faudrait en bien des matières. E. de M.

La IVe République. Alexis Métois, directeur (mensuel).

Marianne III vieillit ; elle est atteinte de rhumatismes qui font terriblement et douloureusement craquer ses jointures... Aussi de bons esprits pensent-ils... mon Dieu ! tout simplement à la mettre à la retraite et à installer à sa place sa fille Marianne IV.

Celle-ci est, paraît-il, une vierge jeune, resplendissante de beauté, sage, charmante, de santé parfaite.

Si vous désirez faire la connaissance de cette adorable enfant, adressez-vous à son père et précepteur, Alexis Métois, 8, rue Say, Paris (IXe).

E. de M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence de l'exercice sur le métabolisme

Vingt et une observations recueillies au cours d'un stage accompli à l'Ecole supérieure d'Education physique de Joinville

Par

Guy LAROCHE
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Tenon

A. GRIGAUT
Chef de laboratoire
à la
Faculté de Médecine

et de CHAISEMARTIN
Médecin commandant

Les obligations de la vie moderne mettent bien souvent les individus dans des conditions déplorables au point de vue de l'hygiène en général.

L'activité cérébrale devient fébrile, de longues heures sont passées en état d'immobilité presque complète dans les bureaux, les usines, les ateliers ; des préoccupations de toutes espèces assaillent continuellement ceux qui peinent dans la lutte pour l'existence.

Seul le temps consacré à résoudre des problème techniques ou autres, dont la difficulté va sans cesse croissant, apparaît comme « bien employé « aux yeux d'un grand nombre de nos contemporains.

Pour beaucoup, sinon la plupart des modernes civilisés, les efforts d'ordre intellectuel comptent seuls : il ne vient pas à l'esprit de considérer l exercice physique comme un moyen puissant de régler d'une façon harmonieuse le développement du corps humain, d'équilibrer le système nerveux et de favoriser le fonctionnement des principaux organes de l'économie ; cœur, poumons, organes d'excrétion, muscles, etc..

Pour combien d'entre eux, les heures de détente ne consistent-elles pas à absorber des repas plus ou moins copieux (au cours desquels « on traite encore des affaires ») ou bien à se rendre dans l'atmosphère viciée des salles de théâtre ou de cinéma.

Le sommeil lui-même exerce mal son action réparatrice, parfois il est écourté, très souvent agité, troublé par suite de l'excitation continuelle du système nerveux que ne contre-balance pas l'application des règles de la véritable hygiène.

Un notable déséquilibre existe entre le budget des dépenses restreintes et celui des recettes représentées par les apports nutritifs ; les individus deviennent des suralimentés, ou mieux des surmenés alimentaires. Les matériaux arrivent en abondance, mais ils sont inemployés et les oxydations se réduisent au minimum ; tout naturellement, les divers tissus s'encombrent, les cellules qui les constituent sont surmenées par le travail qu'elles effectuent pour s'efforcer, vainement d'ailleurs, de se débarrasser des produits surabondants ; elles se trouvent finalement dans un véritable état « d'asphyxie cellulaire ».

Arrive alors l'état de maladie ; à ce moment-là, toute la pharmacologie doit être mise en œuvre pour guérir le plus rapidement possible les troubles causés dans l'organisme par cette vie trépidante. Or, bien souvent, il est trop tard pour remédier à cet état pathologique causé par la sédentarité, le manque d'exercices du corps.

Pour lutter contre cette pléthore envahissante, il semble naturel de s'adresser à l'exercice physique raisonné, dirigé avec méthode, qui doit logiquement triompher de cet encombrement organique. Cette importance de la pratique des exercices, envisagée au seul point de vue du meilleur rendement des grandes fonctions, a été reconnu depuis de longues années.

Audry de Boisregard, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, n'avait il pas choisi comme sujet de thèse en 1723 « L'exercice modéré est-il le meilleur moyen de se conserver en santé » ; plus tard (1790), Tissot, chirurgien-major du 4e régiment de Chevaux légers, publiait son Traité de gymnastique médicale et chirurgicale.

Au XIXe siècle, le Chirurgien Verdier, les Docteurs Broussais et Begin s'intéressent de très près à l'œuvre d'Amoros, l'initiateur de l'Education physique en France.

Les grands physiologistes s'occupèrent à leur tour d'éducation physique, parmi les plus célèbres, citons : Bichat, Claude Bernard, Marey, Mosso, Potain.

Enfin dans les temps modernes, nombreux sont les médecins qui ont constaté les heureux effets de l'exercice sur l'organisme.

En 1930, Parturier, Fauque et Manceau (1) étudièrent la composition chimique du sang chez quinze sujets d'abord au repos puis après un exercice exécuté durant une demi-heure. Les auteurs observèrent après cet exercice une augmentation de l'azotémie, une élévation de la glycémie, une diminution de la cholestérinémie.

Les recherches se bornèrent à ces intéressants résultats, elles ne portèrent pas sur des exercices variés, poursuivis pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Boigey (2) dans son Manuel scientifique d'éducation physique, insiste sur les heureux effets produits par l'exercice sur les grandes fonctions organiques. Ses recherches personnelles l'ont en outre amené à conclure que la transpiration artificielle ne produit pas les mêmes résultats que la sudation provoquée par l'exercice « l'étuve déshydrate, mais l'exercice modéré désintoxique ».

M. le Professeur Vaquez (3) avec l'un de nous a montré que la pression artérielle, en particulier la pression moyenne, varie d'autant moins que le sujet est mieux entraîné, et que dans tous les cas, le retour au calme se produit dans un temps très court.

Dans la séance du 12 décembre 1933, de la Société de Pathologie comparée, M. le Professeur Marcel Labbé (4) a remarquablement décrit les méfaits causés par la sédentarité : atrophie musculaire, faiblesse des os, perte d'élasticité du tissu pulmonaire, circulation ralentie, troubles digestifs, ralentissements des combustions dans l'ensemble de l'organisme.

A son tour M. le Vétérinaire commandant Valade (5) s'est efforcé de démontrer que l'influence morbide exercée par la sédentarité se trouve à la base de maintes affections observées chez l'animal.

Nous avons pensé qu'une étude sur le métabolisme viendrait s'ajouter aux travaux antérieurs et les compléterait heureusement.

Pour faire cette étude, nous nous sommes adressés à

(1) *Presse Médicale*, 22 janvier 1930.

(2) Boigey. Manuel scientifique d'éducation physique. (Masson et Cie, éditeurs, 1932.)

(3) H. Vaquez et de Chaisemartin. Communication à l'Académie de médecine de Paris, 22 mars 1932, et Education physique et pression moyenne. *Presse médicale*, 26 mars 1932.

(4) Professeur Marcel Labbé. Sédentarité et culture physique. (Editions de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 12 décembre 1933.)

(5) Vétérinaire commandant Valade. Sédentarité et culture physique. (Editions de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 12 décembre 1933.)

un groupe d'officiers venus à l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville afin d'y suivre un stage de six semaines.

Disons tout de suite qu'au cours de ce stage, les officiers ne furent soumis à aucun régime alimentaire spécial, la plupart prenaient le repas du matin au mess de l'Ecole et celui du soir à Paris en famille ou dans un restaurant.

Ce groupe de stagiaires comprenait un lieutenant-colonel, douze commandants, huit capitaines : leurs âges s'échelonnaient de 37 à 54 ans, ils étaient arrivés de plusieurs régions de France, ils appartenaient aux diverses armes (infanterie, cavalerie, artillerie, armée coloniale). Tous les matins, à 8 h. 45, les officiers exécutaient une leçon d'éducation physique qui durait trois quarts d'heure : l'intensité des exercices croissait avec la progression de l'entraînement ; d'autre part, au cours de la matinée ou de l'après-midi, les stagiaires pratiquaient durant trois quarts d'heure ou une heure, un sport correspondant à leur âge et à leurs possibilités (basket-ball, volley-ball, tennis, escrime, natation, etc.) au total ces officiers faisaient chaque jour, en moyenne, deux heures d'exercices ; le reste du temps était employé à des conférences, à des travaux personnels ou à des visites à l'extérieur.

Tous les officiers se présentèrent à l'Ecole le 15 février. Réunis le lendemain à jeun, au Laboratoire, il fut procédé aux divers examens : établissement de la fiche physiologique, prise de sang, tracés de pression artérielle.

Pour les tracés, voici la technique employée : l'appareil dont nous nous servons est l'oscillographe de Boulitte ; nous prenons un premier tracé alors que le sujet est au repos, puis ce sujet exécute une course de deux cent soixante-dix mètres environ et immédiatement après son arrivée, on fait un deuxième tracé ; enfin, cinq minutes après la fin de l'épreuve, on établit un troisième tracé ; notre expérience nous a montré, en effet, que chez les sujets normaux, mais non entraînés ou moyennement entraînés, la pression moyenne, à la suite de l'épreuve imposée, la même pour tous, revient au chiffre de repos cinq minutes au maximum après l'effort.

Dans le cas ou la pression ne se stabilise pas, un quatrième tracé est repris huit ou dix minutes après la course.

Les prélèvements de sang furent examinés le plus rapidement possible ; les recherches portèrent uniquement sur le taux de l'urée, de l'acide urique et de la cholestérine.

La capacité vitale était mesurée avec le spiromètre fabriqué par la Maison Bardou.

Chaque officier était en outre pesé et mensuré.

Enfin, on procédait à la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines ; disons tout de suite qu'un seul présenta un léger louche.

Le 27 mars au matin, à la fin du stage, les mêmes examens furent pratiqués dans les mêmes conditions : sujets présentés à jeun, nouveaux tracés de pression artérielle, nouvelle prise de sang, mesure de la capacité vitale, du poids, de la taille, examens d'urines.

La légère quantité d'albumine décelée par le premier examen chez un officier, avait disparu.

Les résultats comparatifs de ces divers examens à l'arrivée et au départ de ces officiers sont consignés dans le tableau ci-joint.

L'examen de ce tableau révèle un premier fait : une augmentation de poids chez la plupart des stagiaires. En effet, quinze présentent un poids supérieur à celui constaté à l'arrivée, six seulement ont diminué. Il est reconnu depuis longtemps que l'exercice accroît la densité des tissus, ce qui pourrait peut être expliquer cette constatation.

En tout état de cause, il semble bien établi que d'une part le régime alimentaire a été suffisant et que, d'autre part, l'intensité des exercices ne dépassa jamais la résistance des stagiaires, puisque les exercices ne furent cause ni d'amaigrissement ni de fatigue.

Remarquons en passant que la capacité vitale s'est améliorée chez un certain nombre.

Quant à la pression artérielle, elle a une tendance très nette à se stabiliser ; autrement dit : alors qu'au début du stage, il fut constaté chez cinq stagiaires que la pression moyenne, après cinq minutes n'était pas revenue au chiffre trouvé avant l'effort ; à la fin du stage, deux seulement présentèrent cette anomalie ; il convient de noter que l'un d'eux avait dû être à plusieurs reprises dispensé d'exercices.

Quel fut l'effet de cette véritable cure d'exercices sur le métabolisme azoté ?

En ce qui concerne l'urée, une amélioration très nette se dégage de l'ensemble des résultats. Cette amélioration peut surprendre au premier abord, puisque nous disions plus haut que dans la majorité des cas, les poids avaient augmenté et qu'aucun régime spécial n'avait été institué ; une alimentation riche dans tous ses éléments, semble être venue chaque jour réparer largement les pertes causées par la dépense physique.

Cette diminution du taux de l'urée du sang trouve son explication dans le meilleur fonctionnement des organes et des tissus en général, mais surtout dans le rendement amélioré des organes chargés de l'élimination et de la destruction des matières azotées en excès : reins, peau, foie, etc... L'azotémie est un test de rétention des matières azotées. Or, l'exercice active la circulation non seulement au niveau des muscles producteurs de mouvements, mais encore dans les divers organes ; en outre, cette circulation plus abondante devient aussi plus riche, particulièrement en oxygène, puisque les mouvements respiratoires, plus rapides, augmentent d'amplitude. Tout naturellement, le tissu noble des organes fonctionne plus activement par suite de l'apport continuel de substances qui l'améliorent sans cesse ; la meilleure qualité des organes aboutit à leur meilleur rendement. L'ingestion d'une moindre quantité de produits azotés ne peut être invoquée dans cette diminution du taux de l'urée : il faut donc admettre que l'excès de ces produits était comburé, puis éliminé sous l'influence de l'exercice.

Les chiffres ne se montrent ni moins impressionnants, ni moins instructifs en ce qui concerne l'acide urique.

Les taux moyens ou faibles sont demeurés sensiblement les mêmes, à l'exception de deux cas : l'un est passé de 0,035 à 0,052, l'autre de 0,038 à 0,057. Il convient de dire que par suite de leur état général et de circonstances spéciales, ces deux officiers ont pratiqué les exercices à des intervalles irréguliers et qu'en second lieu les exercices n'étaient exécutés qu'au ralenti. Il ressort toutefois que les taux faibles ont tendance à augmenter comme s'ils voulaient se rapprocher de la moyenne.

Par contre, six stagiaires accusaient un chiffre fort à leur arrivée. Sur les six, cinq ont vu le taux de l'acide urique dans le sang baisser très notablement et se rapprocher de la moyenne ; un seul est demeuré presque stationnaire 0,060-0,058, mais la courbe de poids indique que cet officier a augmenté de 3 kg. 800 en six semaines, ce qui peut permettre d'expliquer le peu de diminution de l'acide urique.

L'abaissement de l'hyperuricémie et la régulation de l'acide urique sanguin sous l'influence de l'exercice s'expliquent non seulement par l'amélioration du fonctionnement des émonctoires favorisant l'élimination des produits toxiques, mais également par l'accélération des combustions réduisant l'importance des déchets.

On sait depuis les travaux de Terroine (1) que l'acide

(1) Terroine, Giaja et Bayle. La formation de la créatine et des corps puriques de l'urine aux dépens des matières protéiques. (*C. R. Ac. S.*, 1931, t. 193, 958, 959. — Terroine et Mlle Gilberte Mounot. La formation des composés puriques aux dépens des matières protéiques dans le métabolisme azotéendogène. (*C. R. Ac. Sc.*, 1932, t. 195, p. 1424.)


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XV)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

COURS D'INFORMATION OFFICIERS (15 FÉVRIER-28 MARS 1934)

N°	Taille	Poids	Capacité vitale	Pressions artérielles — Repos Mx	Repos Mn	Immédiatement après le travail Mx	Immédiatement après le travail Mn	5 min. après Mx	5 min. après Mn	10 min. après Mx	10 min. après Mn	Urée du sang	Acide urique	Cholestérine
[illegible]	1,738	79,500 84,700	3,600 3,[illegible]	12 3/4 13	9 1/4 9 1/2	22 1/2 22 1/2	13 12 1/2	14 3/4 13 1/4	10 1/4 9 1/2	13 1/4	10 1/4	0,42 0,30	0,060 0,048	1,50 1,50
[illegible]	1,715	76,700 71,[illegible]	4,100 3,700	11 1/2 13 3/4	9 1/4 9 1/2	17 1/2 19 3/4	10 9 1/2	13 1/2 14	9 1/2 8 3/4			0,50 0,30	0,072 0,046	1,65 1,45
[illegible]	1,720	79,900 80,900	4,100 4,000	15 1/2 17 1/4	10 3/4 10	21 3/4 21 1/2	11 1/2 11 1/4	17 18 1/2	10 3/4 10			0,25 0,30	0,045 0,047	2,30 1,50
[illegible]	1,752	62,000 65,800	4,300 4,500	11 11	9 3/4 8 1/2	15 1/2 14 3/4	13 1/2 10	13 1/2 12	10 8			[illegible] [illegible]	0,060 0,058	1,50 1,50
[illegible]	1,828	76,200 76,800	4,200 3,800	11 12 1/4	11 1/2 9 1/2	19 1/2 20	12 11 1/2	15 15 3/4	9 1/2-10 1/4 9 1/2-10 3/4	11 1/2	10 1/4	0,48 0,50	0,038 0,052	1,50 1,50
[illegible]	1,753	87,000 85,000	4,200 4,200	17 11 1/4	11 1/4 10	22 18 1/2	11 1/2 10 1/4	18 15 3/4	11 1/4 10 3/4			0,32 0,30	0,060 0,052	1,50 1,50
[illegible]	1,617	65,000 67,000	3,800 3,200	13 1/2 13	9 1/4 8 3/4	17 1/2 18	10 1/2 10 1/2	13 3/4 13 1/2	9 3/4 9 1/2			0,40 0,40	0,057 0,044	1,60 1,50
[illegible]	1,670	79,800 79,700	4,100 3,500	16 1/4 11 1/4	10 9 3/4	20 1/2 18	12 12	15 1/2 11	11 10	13 1/4	10 1/4	0,38 0,38	0,038 0,057	1,50 1,50
[illegible]	1,735	75,700 75,800	3,800 4,300	12 12	10 9 1/2	19 19 1/4	10 1/2 13	— 12 1/4	10			0,30 0,25	0,042 0,056	1,50 1,50
[illegible]	1,650	79,000 79,700	4,500 4,400	11 1/2 13	10 1/4 9	18 16 1/2	11 1/2 9 1/2	15 1/2 11 1/2	10 1/4 8 1/2			0,30 0,30	0,053 0,039	2,30 1,65
[illegible]	1,800	91,500 90,300	4,300 4,700	13 1/2 12	[illegible] 1/2-11 9 1/4	19 1/2 20	11 1/2-13 1/2 12	15 3/4 15	9 3/4-11 10 3/4	13	9 1/2	0,25 0,25	0,033 0,036	2,25 1,75
[illegible]	1,580	66,800 67,000	3,300 3,400	12 1/2 12	9 1/2 8 1/4	19 23 1/2	10 3/4 10 1/4	11 11	9 1/2 9			0,30 0,30	0,045 0,052	1,50 1,50
[illegible]	1,702	75,000 75,300	4,200 4,300	12 11 3/4	8 3/4 8 1/2	19 19 1/2	9 1/4 9 3/4	12 3/4 12 1/2	9 3/4 9 1/2	11 3/4	9 1/4	0,40 0,35	0,045 0,054	2,20 1,50
[illegible]	1,700	66,800 66,500	3,900 4,000	11 13 1/4	9 1/4 8 1/2	20 1/2 16 3/4	11 11	11 1/4 13 3/4	8 1/2 8 1/2			0,30 0,30	0,045 0,047	1,50 1,50
[illegible]	1,717	63,600 64,500	3,800 [illegible]	12 1/2 [illegible] 1/4	8 3/4 9 1/4	18 1/4 [illegible]	11 1/2 11	13 1/4 13	9 1/2 9 1/2	12 1/2	9 3/4	0,30 0,35	0,060 0,051	2,10 1,50
				15 1/4	11 1/2	19	12					0,32	0,045	1,50
[illegible]	1,765	68,000 69,800	3,200 3,[illegible]	11 12 1/2	10 1/2 9	20 17 3/4	12 1/2 11 1/2	15 1/4 13	10 9			0,30 0,15	0,042 0,041	1,50 1,50
[illegible]	1,678	72,100 73,000	4,000 4,000	16 1/2 13 1/4	9 1/2 9 1/4	[illegible] 19 1/4	10 9 1/4-11	17 1/4 13 1/2	11 8 3/4-10	17 1/4	10 3/4	0,40 0,35	0,045 0,051	1,90 1,60
[illegible]	1,718	69,000 69,700	4,100 4,500	11 1/2 15 1/4	10 13	[illegible] 21 1/2	9 3/4-10 1/2 10 3/4	17 15	10 1/2 13			0,30 0,25	0,038 0,047	1,50 1,50
[illegible]	1,640	57,000 58,200	3,900 3,900	12 1/2 11 1/4	8 3/4 8 1/2	17 15 1/4	9 3/4 9 1/2	12 1/4 11 1/2	9 1/2 9			0,45 0,40	0,033 0,041	1,50 1,50
[illegible]	1,750	[illegible] 71,900	3,400 3,600	11 3/4 11 1/2	10 1/4 7 1/2	17 1/2 11 3/4	9 1/2 8 1/4	13 12 1/4	9 8 1/4			0,40 0,35	0,045 0,045	1,50 1,50
[illegible]	1,770	[illegible] [illegible]	3,400 [illegible]	11 1/4 [illegible]	10 1/2 10 1/2	19 1/2 20 1/2	10 1/2 11	— 11 1/2	[illegible]			0,42 0,40	0,065 0,045	1,60 1,50

urique ne doit plus être considéré comme provenant exclusivement du métabolisme des purines, mais qu'il prend naissance aussi aux dépens des matières protéiques, dont il représente un déchet de combustion au même titre que l'urée. La plus ou moins grande quantité d'acide urique formée dans ces conditions n'est nullement en rapport avec la quantité d'albumines brûlées, mais avec la qualité des combustions, réglée elle-même par la nature de l'alimentation et les conditions de l'hygiène générale. Les recherches poursuivies par un de nous avec A. Chauffard et P. Brodin (1), avaient mis en évidence le rôle du foie dans la destruction de l'acide urique de l'organisme. Il est permis de penser que l'amélioration du fonctionnement de cette glande, sous l'influence de l'exercice n'est pas étranger à l'abaissement du taux de l'acide urique sanguin constaté dans nos recherches actuelles, sans préjudice d'ailleurs d'une meilleure élimination rénale de ce déchet.

Jusqu'à présent, nous avons constaté une stabilisation de la pression artérielle, une meilleure élimination de l'urée et de l'acide urique sous l'influence d'une série continue d'exercices. Nous allons maintenant voir cette influence heureuse s'exercer également sur le taux du cholestérol.

Le cholestérol peut être considéré comme le témoin du métabolisme des graisses ainsi que des lipides en général. L'augmentation du taux de ce produit dans le sang prouve que la combustion de ces lipides est ralentie à l'intérieur de l'organisme.

Parmi les sujets que nous avons observés, douze présentaient une quantité normale : les chiffres n'ont pas varié, ils ont montré une fixité remarquable ; par contre, neuf autres accusaient un taux supérieur à la normale : avec un ensemble impressionnant, ces taux ont diminué dans des proportions notables, à tel point que presque tous revinrent au chiffre considéré, en général, comme moyen.

Nous savons que certaines cures hydro-minérales (Vichy, Vittel, Contrexéville, Evian, Saint-Nectaire, etc.) font baisser la cholestérolémie : avec des médicaments tels que l'insuline, la thyroxine, la pepsine en injections, etc., on obtient parfois de beaux résultats.

Mais il s'agit là d'une action d'ordre médicamenteux, en somme exceptionnelle.

Une constatation intéressante s'impose dans les cas que nous rapportons : malgré l'absence de régime alimentaire, mais au contraire avec une alimentation plutôt riche, les courbes de poids sont là pour le prouver, bien qu'aucun médicament réducteur n'ait été absorbé, le taux du cholestérol a baissé chez tous les sujets atteints de ce trouble humoral ; il faut alors reconnaître que *l'exercice* est le seul facteur de cet heureux résultat.

Conclusions

En résumé, vingt et un officiers ont pu être examinés au cours d'un stage de six semaines qu'ils accomplissaient à l'École supérieure d'éducation physique de Joinville. Parmi eux, un certain nombre, ne pouvaient être considérés à proprement parler comme des malades, mais présentaient cependant un état de déséquilibre en ce qui concernait le métabolisme des produits azotés, des graisses et des lipides en général. Or, malgré l'absence totale à la fois de régime alimentaire et de produits médicamenteux d'aucune sorte l'équilibre se rétablit chez la plupart d'entre eux. En somme, nous avons assisté à une véritable régularisation des divers tests auxquels nous nous sommes adressés.

L'influence heureuse des exercices physiques peut être seule invoquée pour expliquer semblable amélioration de l'état général.

(1) A. Chauffard, P. Brodin et A. Grigaut. — L'action d'arrêt du foie sur l'acide urique exogène. (*C. R. Ac. Sc.*, 21 février 1921, p. 477.)

Il convient d'insister sur le fait que les exercices étaient dirigés suivant une méthode scientifique par des instructeurs très avertis. En outre, les stagiaires pratiquaient des sports convenant à leur âge et dont toute compétition était exclue. L'intensité des exercices suivait une progression rigoureuse, de telle sorte que jamais les exécutants ne présentèrent de signes de fatigue.

Cette constatation nous amène une fois encore à insister sur la différence qui existe entre l'exécution raisonnée et méthodique des exercices et la pratique des sports, faite sans préparation, sans contrôle médical, avec comme seul but la compétition. Loin de nous la pensée de nier le rôle bienfaisant du sport tant au point de vue physique qu'intellectuel et moral, mais hélas ! trop souvent le sport est détourné de son véritable but : il doit être le couronnement d'une éducation physique bien comprise, qui développe harmonieusement les grandes fonctions de l'organisme et permet ainsi de supporter sans faiblir les fatigues ainsi que les efforts imposés.

Dans les cas que nous avons observés, il n'est pas exagéré de dire que l'exercice a exercé un véritable pouvoir régulateur, il a rétabli l'équilibre dans des organismes chez lesquels le métabolisme présentait une tendance fâcheuse à se troubler.

L'exercice physique bien ordonné possède donc des propriétés régulatrices et désintoxiquantes. Envisagé à tort par certains comme une inutilité, par d'autres, comme un passe temps plus ou moins agréable, l'exercice, bien au contraire, a le droit d'être considéré comme un véritable moyen thérapeutique.

La corynanthine doit-elle être introduite dans la thérapeutique ?

Par **RAYMOND-HAMET**

De son voyage de 1907 à travers la forêt tropicale de la Côte d'Ivoire, le grand botaniste explorateur Auguste Chevalier avait rapporté des échantillons botaniques d'une curieuse Rubiacée à laquelle certaines populations indigènes attribuent une puissante activité fébrifuge. L'étude de ces échantillons lui montra qu'il s'agissait d'une Rubiacée nouvelle qui se rapproche des *Quinquina* et à laquelle il donna pour cette raison le nom de *Pseudocinchona africana* (1). Des écorces de cette Rubiacée ayant été remises par le Professeur Chevalier au Professeur Perrot, celui-ci put en faire connaître les caractères pharmacographiques et en isoler un alcaloïde cristallisé (2).

Ayant, par la suite, réussi à se procurer d'assez grandes quantités d'écorces de *Pseudocinchona africana*, le Professeur Perrot confia à M. Fourneau le soin de poursuivre l'étude chimique de l'alcaloïde qu'il avait découvert. C'est ainsi que M. Fourneau (3) put s'assurer que la corynanthine est un isomère de la yohimbine qui a, comme celle-ci, la formule $C^{21}H^{26}N^{2}O^{3}$, mais qui dévie à gauche la lumière polarisée alors que cette dernière la fait tourner à droite.

(1) A. Chevalier. — Les végétaux utiles de l'Afrique tropicale française, fascicule 5, Paris 1909, p. 229-230.

(2) E. Perrot. — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. 148, 1909, p. 1465-1467.

(3) E. Fourneau. — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. 148, 1909, p. 1770-1772 et t. 159, 1910, p. 976-978. — E. Fourneau et Fiore. *Bulletin de la Société chimique de France*, 4e série, t. 9, 1911, p. 1037-1040.


ο β η σ ι τ η

M. Fourneau ayant mis à notre disposition une petite quantité de sulfate de corynanthine par lui préparée, nous avons pu montrer, dès 1925 (1), que cet alcaloïde administré par la voie sous-cutanée était, pour le cobaye, beaucoup moins toxique que la yohimbine. Alors, en effet, que la dose de 24 mgr de chlorhydrate de yohimbine par kilo est léthale pour le cobaye, il faut injecter à ces animaux 160 mgr. de chlorhydrate de corynanthine par kilo pour provoquer leur mort.

Toutefois c'est seulement lorsque, quelques années plus tard, le Professeur Perrot nous eût très bienveillamment remis — ce dont nous lui gardons une grande reconnaissance — deux grammes de sulfate de corynanthine que nous pûmes montrer que (2), chez le chien anesthésié par le chloralose, cet alcaloïde provoque, comme la yohimbine, d'une part une forte hypotension, d'autre part une paralysie élective du système nerveux sympathique se traduisant par l'inversion de l'action hypertensive des doses moyennes d'adrénaline, c'est-à-dire par la transformation de cette action en une nette hypotension. Il était donc ainsi démontré pour la première fois que la corynanthine doit être regardée comme une des très rares substances qu'on peut considérer comme véritablement sympathicolytiques au sens restreint dans lequel nous entendons ce terme (3).

Ayant démontré que la corynanthine est moins toxique et paraît plus active que la yohimbine, nous avons pensé qu'elle pourrait peut-être se substituer avantageusement à cet alcaloïde dans la thérapeutique humaine.

Un premier essai auquel nous avons cru devoir nous soumettre personnellement semble justifier cette substitution. Nous avons pu, en effet, par l'injection intramusculaire de 10 mgr. de chlorhydrate de corynanthine, prévenir presque complètement la forte augmentation du métabolisme basal provoquée normalement par l'injection intramusculaire de 1 mgr. d'adrénaline pure de Höchst. L'activité sympathicolytique de la corynanthine chez l'homme ne paraît donc pas douteuse.

Quant à l'action génitale de la corynanthine, elle nous a paru positive mais nous reconnaissons qu'en raison des effets trop connus que l'auto-suggestion exerce dans ce domaine chez l'homme normal, elle ne pourra être définitivement affirmée qu'après expérimentation sur l'animal d'une part, sur des sujets atteints d'asthénie génitale d'autre part.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu constater sur nous-même qu'à la dose cependant forte de 10 mgr. en injection intramusculaire, le chlorhydrate de corynanthine pure n'a produit aucun trouble apparent. C'est ainsi, en particulier, que des analyses d'urine pratiquées quotidiennement pendant une semaine n'y ont pas révélé la présence d'albumine ou de cylindres.

Quelques années plus tard, Sivadjian, à qui M. Fourneau avait donné de la corynanthine, constata, après nous, que les réactions colorées de cet alcaloïde sont identiques à celles de la yohimbine (4) et montra, en outre, que la première de ces substances exerce une action antagoniste à l'égard de l'hyperthermie provoquée par l'injection de 1-2-3-4-dinitrophénol (5).

Le Professeur Perrot nous ayant remis une petite quantité d'écorces qu'il avait reçues de la Côte d'Ivoire en même temps que de magnifiques échantillons d'herbier prélevés sur l'arbre même qui avait fourni ces écorces, nous pûmes nous assurer, grâce à la bienveillance du Professeur Chevalier qui nous permit d'étudier les spécimens originaux de son *Pseudocinchona africana*, que les échantillons qui avaient été mis à notre disposition appartenaient indubitablement à cette espèce botanique.

Mais c'est en vain que, des quelques écorces que nous avait données le Professeur Perrot, nous tentâmes d'extraire les alcaloïdes par la méthode qu'avait fait connaître M. Fourneau. Force nous fut donc de découvrir un procédé d'extraction satisfaisant (1). Fort heureusement les écorces de *Pseudocinchona* que nous reçûmes directement d'une région africaine fort éloignée de celle dans laquelle on avait toujours récolté jusqu'alors le *Pseudocinchona africana*, nous donnèrent la possibilité de poursuivre l'étude chimique de ce genre de Rubiacées et de mettre au point une méthode permettant d'obtenir à l'état pur les deux alcaloïdes qui en constituent les principes actifs essentiels, le premier cristallisé, la corynanthine, le second amorphe mais formant un chlorhydrate bien cristallisé, la corynanthéine.

Ayant pu ainsi préparer plusieurs centaines de grammes de corynanthine purissime, nous nous sommes proposé d'en faire l'objet d'une étude chimique et pharmacologique.

Au point de vue chimique, les premiers résultats de nos recherches ont fait l'objet de deux communications, l'une à la Société de Pharmacie (2), l'autre à l'Académie des Sciences (3). Nous noterons seulement ici que nous avons réussi, par saponification alcaline de la corynanthine, puis par estérification méthylique du produit ainsi obtenu, à préparer un isomère dextrogyre de la corynanthine, la pseudo-corynanthine, dont nous ferons connaître très prochainement les effets physiologiques (4).

Du point de vue pharmacologique, nous avons déjà pu démontrer, le Professeur Rothlin et nous (5), que l'activité sympathicolytique du chlorhydrate de corynanthine est deux fois supérieur à celui du chlorhydrate de yohimbine, du moins quand cette activité est évaluée par la méthode de Clark et Broom qui consiste, comme on sait, à déterminer la dose qu'il faut employer de deux substances pour abolir semblablement l'effet moteur produit par une quantité égale d'adrénaline sur deux segments d'un même utérus de lapine en survie dans du liquide de Ringer oxygéné et maintenu à la température de 38°.

(1) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. 92, 1925, p. 1420-1422.
(2) Raymond-Hamet. — *Revue de Pharmacologie et de Thérapeutique expérimentale*, t. 2, 1930, p. 29-47.
(3) Raymond-Hamet. — *Le Progrès Médical*, 1931, p. 1863-1867, et *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. 117, 1934, p. 980-983.
(4) J. Sivadjian. — *Journal de pharmacie et de chimie*, 8e série, t. 15, 1932, p. 352-353.
(5) J. Sivadjian. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. 114, 1933, p. 868-870.

(1) Raymond-Hamet. — *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, t. 40, 1933, p. 523-527.
(2) Raymond-Hamet. — *Journal de pharmacie et de chimie*, 8e série, t. 20, p. 597-598.
(3) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. 199, 1934, p. 1658-1659.
(4) Bornons-nous à signaler ici que la pseudo-corynanthine peut inverser les effets hypertenseurs des doses moyennes d'adrénaline.
(5) E. Rothlin et Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. 117, 1934, p. 859-861.

« Les communes rurales, dépourvues de médecins, sont presque toujours des communes où le médecin ne pourrait vivre. Il convient de se méfier sérieusement des municipalités qui demandent à cor et à cri des médecins. Nous avons pu nous rendre compte que ces demandes le plus souvent n'étaient pas fondées et exposaient le jeune médecin qui s'y laissait prendre à d'amères désillusions. » (Docteur J. Noir. — La répartition des médecins praticiens dans les communes rurales. *Le Concours Médical*, 9 déc. 1934.)

« Si le médecin vient (*dans une station*) avec son « auto », instrument de travail, il paye, mais est considéré. Mais s'il n'en a pas, qu'il n'en ait nul besoin, ou n'en puisse avoir — cependant qui n'a pas son auto aujourd'hui ! — oh ! quel dédain. « Messeigneurs », comme eût dit Rodolphe Salis. Il peut avoir nom, célébrité, bien au soleil.... le voyageur sans auto, médecin ou non, n'existe pas !...... » (Dr Foveau de Courmelles. — Comment voyager. Impressions et réflexions de voyages et de vacances. *Apollon*, novembre 1934.)

CHRONIQUE

Radiothérapie des fibromes

Traitement médical (il faut nommer le premier le méconnu), — traitement chirurgical (conservateur ou radical), — traitement radiothérapique, lequel choisir en cas de fibrome ? JOSÉ PASCHETTA (de Nice) vient d'écrire pour la radiothérapie un plaidoyer passionné qui est un ouvrage remarquable — par son érudition et par la valeur de ses observations (1). L'auteur n'a en vue dans ce travail que le traitement par les rayons X laissant complètement de côté le traitement par le radium ; non pas qu'il trouve une différence d'action entre radium et rayons X, mais le traitement par le radium ne lui paraît pas avoir la même simplicité et la même innocuité.

Après avoir passé rapidement sur les causes et la pathogénie des fibromes utérins, il assimile la méthode radiothérapique à l'opération d'Hégar et Battey, mais, ayant sur cette dernière le triple avantage d'être absolument noffensive, de laisser en place les ovaires, d'arrêter complètement et définitivement les hémorragies, tout en produisant d'une manière plus régulière la régression plus ou moins complète de la tumeur. La régression de la tumeur à la suite des irradiations paraît en effet due à une double action : action trophique, indirecte ou réflexe, exercée sur la tumeur par la suppression de la fonction ovarienne ; action directe cytolytique des rayons sur le tissu tumoral.

D'où la nécessité de comprendre dans les irradiations à la fois l'utérus et les ovaires et d'appliquer des doses aussi élevées que possible non seulement pour assurer une aménorrhée définitive, mais encore pour épuiser l'action des rayons sur le tissu tumoral.

Après avoir décrit les altérations profondes produites par les radiations sur le parenchyme ovarien et passé en revue les divers arguments de l'action directe des rayons X sur les fibromes, l'auteur étudie le mécanisme de l'action des rayons sur les hémorragies utérines.

Les rayons X arrêteraient les hémorragies en supprimant, avec le fonctionnement de l'ovaire, les corps jaunes. Cependant il n'est pas certain que l'action des rayons sur les vaisseaux ne joue pas aussi un certain rôle.

L'auteur insiste ensuite sur la nécessité d'une bonne technique. Celle-ci joue un rôle considérable dans le traitement radiothérapique du fibrome, et bon nombre d'insuccès et d'accidents mis sur le compte de la radiothérapie ne sont dus qu'à un appareillage insuffisant ou à un mode défectueux d'administration du rayonnement.

Il rejette la méthode dite massive qui administre en une seule séance une dose massive de rayonnement capable d'amener une ménopause définitive. Cette méthode paraît avoir des inconvénients sérieux et n'être pas aussi efficace que ses promoteurs ont bien voulu le dire. Il lui préfère la méthode dite fractionnée, préconisée par le grand maître français A. Béclère, consistant à établir la dose totale sur un nombre plus ou moins important de séances réparties sur plusieurs semaines.

Un examen clinique très approfondi de la malade est de rigueur avant tout traitement. C'est lui qui doit établir si le traitement radiothérapique est indiqué ou non. Le succès thérapeutique dépend de la précision et de la sûreté du diagnostic. A ce sujet l'auteur regrette l'absence de la collaboration encore trop souvent existante entre gynécologues et radiothérapeutes ; il souhaite que cette collaboration s'établisse d'une façon intime à l'avenir pour le plus grand bien de tous. La plupart des malades qui font l'objet de ce travail ont été soigneusement examinées et un grand nombre contrôlées par des gynécologues expérimentés.

L'auteur rapporte 160 observations de fibromes utérins traités par la radiothérapie. 68 malades qui font l'objet de ces observations, soit 42 %, étaient nullipares ; 40, soit 25 %, avaient un enfant ; 30, soit 18,75 %, avaient deux enfants et 22 soit 13,7 % avaient trois enfants et plus.

L'âge des malades traitées varie entre 24 ans (la plus jeune) et 63 ans (la plus âgée), mais l'âge du plus grand nombre se tient entre 40 et 50 ans.

La plupart des fibromes traités avaient un petit volume, au-dessous de celui d'un utérus gravide de trois mois. Beaucoup avaient atteint le volume d'une grossesse de quatre mois ; certains (dix sept) le volume d'une grossesse de cinq mois et cinq étaient énormes, développés en tous sens, atteignaient et dépassaient même le volume d'une grossesse de six mois.

L'auteur a employé la *technique* suivante.

Appareil à tension constante avec cuve à huile. Tension : 200.000 volts. Filtres : imm Cuivre + 2 mm. aluminium. Distance anticathode peau : en moyenne 35 c.c. (mais pouvant aller jusqu'à 40 c.c. et plus dans les cas de fibromes très volumineux). Champs : deux champs de 226 à 400 cm.q. un sus-pubien et un sacro-lombaire. Dose superficielle moyenne : 5.000 R par champ en l'espace de cinq semaines par quatre séances hebdomadaires de 500 R, soit au total 10.000 R. Dose profonde moyenne : 3.800 R. Durée de chaque séance : dix minutes environ. Durée totale du traitement : 3 h. 20.

Sur les 160 malades traitées, dont la grande majorité a été suivie après le traitement pendant un espace de temps assez long pouvant aller jusqu'à douze ans, l'auteur compte 155 bons résultats soit 97 % et 5 échecs. L'auteur considère comme bons résultats tous ceux qui remplissent les deux conditions suivantes : 1° la disparition complète des métro-ménorragies et divers troubles produits par la tumeur fibromateuse (principalement troubles de compression) ; 2° une réduction plus ou moins marquée du volume du fibrome. Peu importe, pour l'auteur, que la réduction du fibrome soit complète ou non ; il suffit, pour que le résultat soit bon, que le fibrome soit réduit à une masse plus ou moins volumineuse mais inoffensive, inerte et très bien supportée.

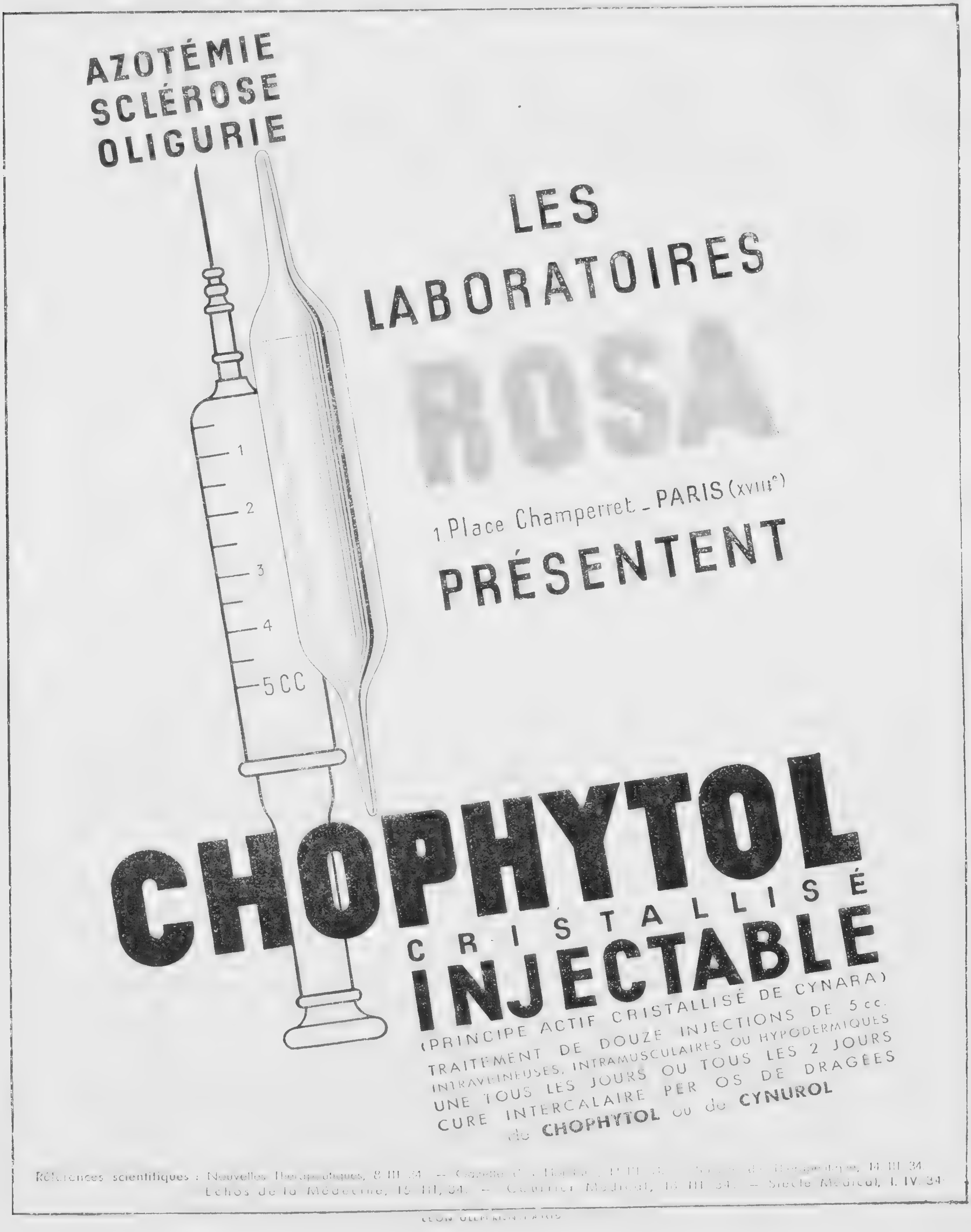
La régression de la tumeur se fait à un rythme variable. Tantôt elle commence dès les premières séances et se continue très rapidement, la tumeur fondant à vue d'œil d'une séance à l'autre que la malade soit jeune ou ait dépassé l'âge de 51 ans. Tantôt la tumeur paraît peu sensible et ne régresse que très lentement. Généralement la régression est progressive, et loin d'être achevée quand se produit l'aménorrhée. Elle continue encore pendant très longtemps après l'irradiation pour aboutir soit à la disparition complète de la tumeur, soit comme l'a dit Béclère, à un état stationnaire qui n'est plus dépassé, à un reliquat de lésion qui est désormais inoffensif et latent. Et lorsqu'on revoit les malades plusieurs années après la fin du traitement il n'est pas rare de constater une réduction complète d'une tumeur utérine qui était à peine réduite de moitié après le traitement.

La réduction complète de la tumeur a été obtenue dans 119 cas, soit environ 75 %, la réduction de trois quarts dans 23 cas soit 15 %, une réduction de moitié dans dix cas soit six pour cent et une réduction de un quart dans trois cas soit près de 2 %.

Les fibromes de petit volume ont pu être réduits complè-

(1) Considérations sur le traitement par la radiothérapie profonde des fibro-myomes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1934, par le Docteur José Paschetta.)


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS


AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE
1
2
3
4
5 CC
LES
LABORATOIRES
ROSA
1, Place Champerret _ PARIS (XVIIe)
PRÉSENTENT
CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
(PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA)
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES
de CHOPHYTOL ou de CYNUROL
Références scientifiques : Nouvelles Thérapeutiques, 8 III 34. — 14 III 34.
Echos de la Médecine, 15 III, 34. — Courrier Médical, 18 III 34. — Siècle Médical, 1. IV. 34.

tement dans une proportion de 100 %. La proportion des réductions complètes diminue à mesure que l'importance des fibromes augmente. Dans les fibromes de la grosseur d'une grossesse de quatre mois elle tombe à 50 % et dans ceux de la grosseur d'une grossesse de six mois à 40 %. D'où l'utilité de traiter les fibromes pendant qu'ils sont petits et ne pas attendre qu'ils grossissent pour les adresser aux services radiothérapiques.

Les métrorragies ont été arrêtées et les règles supprimées chez toutes les malades quels que soient le volume du fibromyome ou l'âge de la malade sauf chez trois qui avaient des fibromes sous-muqueux qu'il a fallu opérer.

Dans plus de la moitié des cas, les règles n'apparurent pas plus d'une fois. Dans un peu plus d'un tiers des cas, elles n'apparurent que deux fois et c'est tout à fait exceptionnellement qu'elles se montrèrent plus de trois fois et jamais elles n'apparurent au delà de quatre fois ; cependant la réapparition des époques menstruelles après le début du traitement est d'autant plus fréquente que la femme est moins avancée en âge. Dans la généralité des cas, la suppression des règles est obtenue en moyenne après l'administration de 3 à 4.000 R par porte d'entrée, mais Paschetta pense qu'il est indispensable d'amener une ménopause définitive et c'est pourquoi il donne une dose de 5.000 R par porte d'entrée soit 10.000 R en tout, afin de se mettre à l'abri des récidives toujours possibles.

L'auteur a constaté neuf récidives : deux malades ont eu seulement une réapparition de sang, et chez les sept autres, en plus de la réapparition des règles survint une légère augmentation du volume de la masse utérine. Quelques nouvelles applications de 2 à 3.000 R par porte d'entrée ont suffi pour tout faire rentrer dans l'ordre. Les récidives se sont produites chez les malades jeunes, au-dessous de 41 ans et qui avaient reçu des doses insuffisantes variant entre 2.000 à 4.000 R par porte d'entrée.

Toutes les malades ont bénéficié d'une amélioration considérable de l'état général après le traitement radiothérapique.

Cinq cas ont été réfractaires au traitement radiothérapique et ont nécessité une opération chirurgicale. Quatre étaient des fibromes sous-muqueux et le cinquième un fibrome sous-péritonéal ; à ce propos il est à remarquer que le traitement radiothérapique préalable n'a créé aucune difficulté au chirurgien lors de son intervention ; il n'y eu aucune adhérence qui fut imputable au rayonnement et les malades ont complètement guéri.

Pas de complications au cours du traitement.

Les troubles de la ménopause rœntgénienne ne semblent pas différer sensiblement de ceux de la ménopause physiologique. L'auteur n'a pas constaté de modification particulière de la tension artérielle, de développement anormal du tissu adipeux, de troubles nerveux et du sens génital, pouvant être mis sur le compte de l'irradiation. Il a constaté après le traitement chez toutes les malades une amélioration considérable de l'état général et la plupart prétendent ne s'être jamais aussi bien portées.

Aucune des malades traitées n'a jamais dû être hospitalisée. Le traitement a toujours été ambulatoire et n'a jamais obligé la malade à interrompre ses occupations habituelles. Jamais il n'a provoqué la moindre douleur et à part le mal des rayons très faible et très passager observé chez quelques malades, le traitement a toujours été parfaitement toléré même chez les malades dont l'état général était défectueux.

L'auteur frappé de la facilité et de l'innocuité du traitement radiothérapique comprend difficilement les reproches dont on a chargé les rayons X, et qu'il réduit à néant.

Il n'est pas vrai que les rayons X provoquent l'anémie, favorisent le développement d'une tumeur maligne ou la production de lésions qui constituent une complication pour une opération future ; il n'est pas vrai qu'ils affaiblissent et vieillissent les malades d'une façon prématurée. Les risques de radiodermites sont complètement évités aujourd'hui par le dosage précis du rayonnement et par une bonne technique. Quant aux objections tirées de la castration, de la lenteur et de la longueur du traitement, elles n'ont, dans l'immense majorité des cas, aucune raison d'être.

Indications et contre-indications du traitement radiothérapique

Ces indications et contre-indications seront envisagées suivant : 1° l'âge de la malade ; 2° le volume de la tumeur ; 3° le mode de développement, la topographie de la tumeur ; 4° sa structure ; 5° l'état général de la malade ; 6° les complications pouvant exister dans la tumeur ; 7° les complications pouvant exister dans le voisinage de la tumeur.

1° *L'âge.* — Le traitement radiothérapique peut être appliqué avec un égal succès à tout âge aussi bien au-dessous de 40 ans et même de 30, qu'aux environs de la ménopause et au delà de la ménopause ; peut-être le fibrome des jeunes oppose-t-il au traitement une résistance un peu plus tenace par suite de la plus grande activité des fonctions ovariennes. Mais le résultat final est sensiblement le même quel que soit l'âge.

Aux environs de la ménopause, la radiothérapie par la facilité de son application, son innocuité et son efficacité est le traitement de choix.

Chez les femmes jeunes cependant, il y a lieu de distinguer deux cas : 1° la femme veut et peut avoir des enfants 2° la femme renonce à la maternité ou présente des lésions nécessitant un traitement radical.

Dans le premier cas, la radiothérapie doit être formellement contre-indiquée et le traitement de choix doit être l'intervention chirurgicale conservatrice. Quoique dans un certain nombre de cas on ait administré une dose de rayonnement produisant une aménorrhée temporaire laissant la possibilité d'une grossesse, Paschetta s'interdit toute irradiation chez les femmes qui veulent concevoir, car un traitement insuffisant risque de n'avoir due peu ou pas d'efficacité sur le fibrome et les troubles qu'il produit, et en outre il n'est pas sûr que le rayonnement soit absolument inoffensif pour le produit de la conception.

Dans le deuxième cas, on doit se laisser guider par les conditions cliniques. Si celles-ci sont telles qu'une opération conservatrice ne puisse pas être tentée, le traitement radiothérapique rentrera en concurrence avec le traitement chirurgical et pourra être entrepris avec succès s'il n'existe aucune contre-indication particulière, à condition toutefois qu'on obtienne une ménopause définitive.

Après l'établissement de la ménopause naturelle, la majorité des auteurs sont d'avis que la radiothérapie constitue alors le traitement d'élection, parce que l'âge de la malade, l'état de son cœur, les adhérences que ces vieux fibromes ont contractées avec les organes voisins déconseillent généralement l'opération chirurgicale.

2° *Volume et troubles de compression.* — L'indication principale de la radiothérapie est le fibrome de petit volume où l'on peut s'attendre à un bon résultat dans 100 % des cas et cela est à peu près admis par tous les auteurs. Mais même quand le fibrome est plus gros, la radiothérapie n'est pas une contre-indication et la statistique de Paschetta comprend un pourcentage assez élevé de résultats heureux. Cependant dans les fibromes géants, l'intervention chirurgicale, ses risques mis à part, donne un résultat plus complet puisqu'elle aboutit à l'extirpation totale de la tumeur.

3° *Topographie.* — Au point de vue topographique, les fibromes peuvent être classés en : fibromes interstitiels, développés dans l'épaisseur même de la paroi utérine, fibromes sous-muqueux seulement recouverts par la muqueuse utérine, fibromes sous-péritonéaux placés sous la séreuse péritonéale. Certains de ceux-ci situés dans l'épaisseur du ligament large sont appelés intra-ligamentaires.

De toutes ces variétés ce sont sans conteste les fibromes interstitiels qui sont le plus justiciables du traitement radiothérapique ; ce sont des fibromes interstitiels que l'auteur a eu à traiter dans la grande majorité des cas. L'irradiation du fibrome sous-péritonéal peut à la rigueur être essayée à condition qu'il n'ait aucune tendance à la pédiculisation et qu'il ait une base d'implantation très large, faisant corps avec l'utérus. Quant aux fibromes sous-muqueux, ils constituent une contre-indication formelle à la radiothérapie qu'ils soient pédiculés ou non. L'auteur n'a jamais eu avec ces derniers que des déceptions.

4° *Structure.* — La proportion relative des éléments musculaires et conjonctifs qui entrent dans la constitution des fibromes utérins serait de peu d'importance pour leur traitement. Il est impossible d'ailleurs de le reconnaître cliniquement et l'on ignore la radio-sensibilité respective des éléments composants. Quelques-uns ont prétendu que le fibrome est d'autant plus sensible aux rayons X que son état est plus jeune par suite d'une certaine particularité de structure. Mais cette assertion qui, *a priori*, parait logique, ne doit pas être acceptée sans réserves, car elle ne repose pas sur des données suffisantes.

Cliniquement d'ailleurs il est bien difficile de définir l'âge d'un fibrome. L'évolution de la tumeur est loin d'être toujours régulière et uniformément progressive ; elle se fait souvent par poussées désordonnées et capricieuses. Ce n'est que très vaguement que l'on peut évaluer le temps qui s'est écoulé depuis le moment de son apparition jusqu'à celui où il est diagnostiqué. Cependant il ne parait pas déraisonnable d'attribuer aux fibromes une radio-sensibilité plus grande au début de leur évolution ; aussi a-t-on intérêt à commencer le traitement radiothérapique le plus précocement possible.

5° *Etat général.* — La rœntgenthérapie est indiquée toutes les fois que l'acte opératoire peut faire courir des risques sérieux, soit du fait de l'état général défectueux de la malade, soit de l'existence simultanée d'autres affections graves. Dans tous ces cas, l'opération chirurgicale peut amener des accidents très fâcheux et menacer même l'existence de la malade tandis que la radiothérapie peut être appliquée sans aucun danger.

6° *Complications pouvant exister dans la tumeur* : nécrose, lésions inflammatoires ou suppuratives, dégénérescences diverses (kystique, calcaire, sarcomateuse, etc.). Dans tous ces cas la radiothérapie est formellement contre-indiquée. L'auteur fait cependant une exception pour les dégénérescences sarcomateuses dont la coexistence dans un fibrome est simplement suspectée. C'est en grande partie pour juguler une dégénérescence sarcomateuse possible et méconnue qu'il administre à tous ses malades des doses fortes avec rayonnement très pénétrant et très filtré. Peut-être est-ce là la raison pour laquelle il n'a jamais observé aucune dégénérescence maligne chez tous les cas qu'il a traités. Il est très rare que les hémorragies soient assez abondantes pour constituer une contre-indication du traitement radiothérapique. Généralement ce dernier les modère ou les arrête assez rapidement ; cependant l'auteur cite un cas où une malade qui perdait d'une façon tout à fait anormale et était presque exangue a dû être opérée d'urgence après la deuxième séance du traitement radiothérapique.

7° *Complications pouvant exister dans le voisinage de la tumeur.* — Ces complications qui comprennent la grossesse, l'épithélioma de l'utérus, les néoplasmes ou kystes de l'ovaire, l'inflammation des annexes, la coexistence d'une autre affection abdominale réclamant l'intervention chirurgicale, contre-indiquent la radiothérapie.

L'auteur insiste encore sur la nécessité de faire examiner la malade par un spécialiste compétent avant tout traitement afin d'établir un diagnostic précis et surtout ne pas commettre l'erreur d'irradier un utérus gravide ce qui aurait pour conséquence l'avortement ou des troubles graves de développement du produit de conception.

Paschetta termine son travail par de longues et nombreuses conclusions que nous résumons de la façon suivante :

le traitement radiothérapique des fibromes utérins est une méthode sûre, efficace, indolore, d'application facile et exempte de dangers ;

avec une bonne instrumentation et un bon technicien, si les indications et contre-indications sont scrupuleusement respectées, il donne un nombre impressionnant de succès pouvant atteindre 100 % dans les fibromes de petit volume.

Ajoutons qu'une bibliographie importante est annexée à l'ouvrage.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Troubles de malocclusion dentaire

Par A. WILCKEN

Le dernier *Congrès Stomatologique* qui a tenu ses assises en octobre 1934, a été l'occasion de la présentation d'un certain nombre de rapports très intéressants. Parmi ceux-ci, il en est un de nature à intéresser à la fois les odonto-stomatologistes et la médecine générale.

Il s'agit du rapport des Docteurs Chatellier et Friez, sur les « *complications locales, régionales et générales des troubles de l'articulé dentaire* ». Le travail auquel ils se sont livrés est extrêmement documenté, clair et précis. Les auteurs ajoutent à la notion d'articulé normal, celle de l'équilibre physiologique, et insistent sur l'importance des points de contact des dents antagonistes, sur la résultante des forces qui s'appliquent à ces dents.

Etudiant les complications locales et régionales, ils énumèrent en premier, celles dues à la rupture d'équilibre dans le plan horizontal. Ce sont : les fissures de l'émail, les abrasions et usures de l'émail et de la dentine. Puis ensuite, les complications portant sur le paquet vasculo-nerveux radiculo-pulpaire, qui déterminent les pulpites subaiguës et chroniques d'origine traumatique. Fort judicieusement, il font remarquer la disposition anatomique de la pulpe qui est un organe de circulation terminale, placé dans un tissu inextensible, l'ivoire, et se terminant en renflement (pulpe) après avoir subi un étranglement poussé très souvent à l'extrême, à son entrée dans le foramen apical. Cette disposition anatomique favorise à la fois, la congestion, l'étranglement et la rupture de l'organe vasculaire.

Ces accidents sont plus fréquent à la mâchoire supérieure, parce que les dents de celle-ci reçoivent les coups portés par les antagonistes du maxillaire inférieur. En particulier les dents antérieures, reçoivent les coups portés par deux dents à la fois, du maxillaire inférieur.

Viennent ensuite les complications de la dent en totalité, agressions, versions rotations.

Font également partie des ruptures d'équilibre dans le plan horizontal, les complications alvéolaires : « Monoalvéolyse et polyalvéolyse ». ces lésions qu'il faut encore ap


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

BIBLIOGRAPHIE

Séméiologie élémentaire de l'appareil respiratoire, par E. RIST. Un volume de 190 pages avec 19 figures (*Collection des initiations médicales*), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce livre est d'apprendre à connaître la technique du diagnostic des affections de l'appareil respiratoire. L'auteur s'en est tenu aux principes dont il a éprouvé la solidité, ces principes résultent de l'interprétation scientifique de faits précis et controlables.

Dans une première partie, il expose les principaux *symptômes* des affections de l'appareil respiratoire. Dans la seconde, les principes fondamentaux des techniques d'exploration de cet appareil, autrement dit la recherche des *signes*. Une troisième a pour objet les *syndromes* répondant aux plus importantes modifications macroscopiques de l'état physique des organes. Dans la dernière, il montre comment on dissocie es syndronies en *maladies* pour aboutir au *diagnostic nosologique*.

Michel-Ange et son temps, par Herman GRIMM, professeur d'histoire de l'art à l'Université de Berlin. Prix : 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque historique vient de paraître en un fort volume de plus de 500 pages une vie de Michel-Ange qui correspond aux conceptions modernes de l'histoire. Michel-Ange n'est plus considéré dans l'œuvre de Hermann Grimm, comme une individualité isolée mais comme le miroir des influences de l'époque. Les Borgia, Savonarole, Jules II, Léon X, François Ier, Charles-Quint, Clément VII, le cardinal Caraffa, Léonard de Vinci, Raphaël sont, autour du génial Michel-Ange, les acteurs de ce livre. Comme Gœthe, Michel-Ange a vécu presque cent ans (1475-1564) et comme lui, il a vu deux siècles antagonistes. Mais, c'est en quoi consiste la tragédie de Michel-Ange, le dernier siècle condamnait tous les idéals pour lesquels lui et ses contemporains avaient vécu. Sa jeunesse, son adolescence, sa maturité, sont celles de l'Italie, la douleur de sa vieillesse, celle de l'Italie.

La vie de Michel-Ange, telle que la conçoit Herman Grimm, devient le symbole de l'art, de la civilisation. La grande surprise de ce livre, c'est de nous faire découvrir que tous les problèmes qui furent ceux de la Renaissance florentines ont redevennus nôtres : problème social, religieux, politique, antithèse individu-collectivité.

Hermann Grimm a beaucoup écrit. Outre Michel-Ange, considéré comme son chef-d'œuvre, il est l'auteur d'un Raphaël et d'un Gœthe par l'originalité de sa conception.

La traduction de M. Jacques Chifelle-Astier est en soi une œuvre littéraire. M. Chifelle-Astier connaît bien la Renaissance italienne. Il a consacré plusieurs travaux à cette période de l'histoire de l'art. C'est avec toute la conscience d'un érudit, avec tout le plaisir d'un artiste, qu'il a préparé l'édition française du chef d'œuvre de Herman Grimm.

Salomon, par G. R. TABOUIS. Préface de N. POLITIS, membre de l'Institut. Un vol. in-8 de 480 pages de la Bibliothèque Historique, avec 2 cartes, 10 gravures dans le texte et 10 hors texte. Prix : 25 frs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque Historique ont déjà été publiés deux ouvrages de G. R. Tabouis : Le Pharaon Tout Ank Amon et Nabuchodonosor. Voici une œuvre nouvelle, la biographie de Salomon, roi d'Israël, œuvre à laquelle G. R. Tabouis a consacré trois années d'études et de recherches.

M. N. Politis, membre de l'Institut, dans l'importante préface qu'il a écrite pour cet ouvrage, explique l'intérêt historique du nouveau livre de G. R. Tabouis.

« Si, dans l'ordre chronologique, le roi d'Israël du xe siècle avant notre ère se place à mi-distance du fastueux Égyptien qui l'a précédé de quatre siècles, et du terrible Chaldéen, qui l'a suivi d'autant, le rang qui lui a été assigné par G. R. Tabouis dans la série de ses ouvrages se peut parfaitement expliquer. A la différence de Nabuchodonosor, dont l'éblouissant mais éphémère empire n'a guère influencé le cours de l'histoire, Salomon a représenté une forme de civilisation qui, combinée avec celle de l'Égypte, a puissamment contribué au développement moral de l'humanité. Nabuchodonosor a eu beau détruire Jérusalem, il n'a pu en éteindre le royaume dans les cœurs, les esprits et les imaginations. »

G. R. Tabouis a dégagé de toutes les légendes la figure, jusqu'ici encore incertaine, du roi Salomon ; grâce aux documents historiques et archéologiques les plus récents cette figure est désormais fixée dans sa vérité humaine. Salomon garde toute la magnificenc et toute la sagesse philosophique que lui attribuent les livres anciens et se montre aussi comme un administrateur compétent et adroit, un souverain habile à étudier sous tous leurs aspects les problèmes politiques et économiques, un précurseur des grands hommes d'Etat des temps modernes.

A côté de l'intérêt historique, ce livre, comme les précédents ouvrages de G. R. Tabouis, garde le charme de la vie. Des rapprochements saisissants éclairent des problèmes actuels d'un jour nouveau. La poésie y a aussi sa large part. Parmi les nombreux personnages mêlés à l'histoire de Salomon, la reine de Saba, la femme la plus célèbre de l'antiquité, n'apparait plus dans ce livre comme un personnage de féerie, mais enfin comme une réalité toute proche.

peler « pyorrhée alvéolaire » pour être compris de l'ensemble du Corps médical non spécialisé. Il est bon de faire remarquer que l'alvéolyse n'est qu'un syndrome, et qu'il n'y a pas une pyorrhée, mais des états pyorrhéiques différents.

Cette partie du rapport est émaillée d'observations très intéressantes, tant au point de vue de l'étiologie des alvéolyses traumatiques, que du traitement appliqué, consistant principalement en correction de l'articulé.

A cette occasion j'ajouterai une observation personnelle, récente, relevée dans ma clientèle.

Une jeune femme vint en octobre me trouver pour une fistule double, l'une débouchant dans le vestibule de la bouche et l'autre au palais, au niveau de la première grosse molaire supérieure droite. La dent incriminée était obturée. La radio montrait une dent vivante en parfait état radiculo-pulpaire et apexien. Aucun granulome sur aucne des trois racines. L'examen objectif me permit cependant de remarquer une alvéolyse sur la racine mésiale. L'obturation de la dent fut enlevée, la dévitalisation pratiquée, et au moyen du cautère, j'établis tant du côté vestibulaire que côté palatin, un fort drainage, qui me permit de faire passer en partant de la chambre pulpaire du perhydrol, qui ressortit par les deux fistules artificielles. L'alvéolose fut soignée par l'acide trichloracétique et lavages et pulvérisations au néol. Une radio pratiquée quelques temps après montra une guérison complète de la dent. Le traitement avait nécessité pour l'accès de la chambre pulpaire un moulage assez prononcé des cuspides les plus saillants, et l'articulé défectueux cause de tout le mal, s'était trouvé corrigé.

Le deuxième chapitre du rapport des Docteurs Chatellier et Friez est consacré aux complications dues à la rupture d'équilibre dans le plan vertical. Ils exposent leur point de vue quant à l'origine traumatique de certaines caries de la face triturante des molaires, caries qui seraient imputables à la faiblesse des cônes d'émail, recouvrant les sillons des dents atteintes, recevant le choc des cuspides antagonistes, très pointus et très durs, agissant à la façon d'un poinçon. Il y a là une théorie nouvelle à contrôler sérieusement par des observations avant de l'admettre définitivement.

Les complications osseuses portent sur la déformation subie par les maxillaires à la suite d'extrations modifiant l'articulé.

Les complications muqueuses sont les morsures des joues et de la langue, les gingivo-stomatites, les ulcérations pouvant amener des adéno-phlegmons, des lésions glandulaires, ou encore être la porte d'entrée à des infections spécifiques, les leucoplasies etc....

En résumé en présence de toute lésion buccale il sera bon que le médecin fasse examiner de très près l'état de la bouche du patient et demander le contrôle de l'articulé au spécialiste, toute lésion inflammatoire pouvant être la cause déterminante provoquant les néoplasmes de la langue, des joues ou de la lèvre. Les tumeurs polypoïdes de comblement, en rapport direct avec un articulé défectueux doivent retenir l'attention du médecin étant donné la possibilité de la transformation papillomateuse fibromateuse ou angiomateuse.

Je voudrais voir ajouter à cette liste les ulcérations produites sur les gencives au niveau des incisives et canines inférieures par le bord tranchant des antagonistes dans les cas d'articulation exagérément basse (surocclusion) ; ainsi que celles produites sur la partie antérieure du palais par les incisives et canines inférieures dans les cas de porognathisme supérieur accompagné d'articulé très bas (type glossoptosique).

Au chapitre suivant sont traités les troubles de l'articulé au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Ce sont les luxations et les déformations mandibulaires.

On peut attribuer à un articulé défectueux l'origine de certaines maladies générales, parmi lesquelles : affections gastro-intestinales par coefficient masticatoire insuffisant, infection par culs-de-sac pyorrhéiques, par infection focale, les troubles de la Ve paire et ses répercussions sur le cuir chevelu (pelade de Jacquet, canitie), sur la face (eczéma), l'insuffisance respiratoire, nasale et pulmonaire, engendrant la glossoptose ; la stomatite mercurielle ou bismuthique au cours du traitement spécifique.

La plupart des chirurgiens exigent avec juste raison, une mise en état préalable à toute intervention. Les médecins dans quantité de cas obtiendraient un résultat plus rapide et plus durable dans les traitements qu'ils appliquent s'ils procédaient de même.

Pour ma part j'estime que le traitement d'une affection gastro-intestinale, dont l'origine est une denture défectueuse, est voué à un échec si l'on n'intervient pas sur la cause. De même traiter, les amygdales, les voies respiratoires, l'oreille interne, pendant qu'on laisse sans soins des dents fistulisées qui déversent jour et nuit dans la bouche un pus qui est dégluti, me paraît une hérésie.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

C'est l'ophtalmologiste qui peut poser un diagnostic de localisation d'une tumeur cérébrale avec une certitude presque totale lorsqu'il s'agit d'un syndrome chiasmatique.

Il procède tout d'abord à l'examen du fond d'œil. Les ophtalmoscopes électriques permettent d'obtenir soit l'image droite (après atropinisation), soit même l'image stéréoscopique, sous un grossissement de 20 diamètres et avec la sensation du relief : grâce à la stéréoscopie on peut distinguer la stase papillaire dès son début et faire le diagnostic parfois difficile entre une névrite optique et une stase au début grâce à l'éclairage dépourvu de rouge qui permet de reconnaître les fibres nerveuses de la rétine, avec leurs moindres détails de structure.

Un renseignement accessoire, mais parfois fort utile comme appoint au diagnostic, est la recherche de la tension des artères rétiniennes, qui se fait à l'aide de l'ophtalmo-dynamomètre ; normalement cette tension varie de 25 à 30 pour la minima et de 70 à 75 pour la maxima.

Un troisième examen, beaucoup plus important, mais beaucoup plus long et délicat, est l'examen du champ visuel. A l'heure actuelle on pratique la périmetrie en chambre noire, au moyen de la projection (sur un arc de cercle gris) d'un test lumineux réglable en intensité, en dimensions et en coloration ; ce procedé permet d'enregistrer, avec beaucoup de finesse, des lacunes du champ visuel qu'il ne serait pas possible de mettre en evidence par les moyens courants.

Les renseignements, fournis par l'ophtalmologiste, sont complétés par l'examen radiologique.

(Pagès, de Rabat. A propos d'un nouveau cas de tumeur hypophysaire. Considérations sur le rôle de l'ophtalmologiste dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. *Maroc Médical*, 15 octobre 1934.)

L'électrocardiographie apporte une contribution importante au diagnostic des arythmies et des cardiopathies à rythme régulier.

Il présente, sur les tracés mécaniques, le grand avantage de renseigner sur la qualité des contractions cardiaques ; il permet de différencier les contractions normales des contractions anormales ; le diagnostic d'extrasystole en est grandement facilité.

Il montre le point de départ des tachycardies : sinusal ou extrasinusal, etc.

Il permet le diagnostic des bradycardies dans ses moindres nuances.

Les cardiopathies à rythme régulier entraînent des défor-

mations des tracés quand le myocarde est en jeu ; l'électrocardiographe apporte tantôt une contribution décisive au diagnostic, tantôt une simple confirmation des résultats obtenus par l'examen clinique.

(G. Boumard. Le rôle de l'électrocardiographie dans le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur. *Archives médicales d'Angers*, septembre et octobre 1934.)

Circulation

Les troubles circulatoires dits fonctionnels, qui vont des arythmies jusqu'aux hypertensions et hypotensions solitaires, reconnaissent vraisemblablement une origine toxique dans la plupart des cas ; il s'agit alors de malades présentant dans leurs antécédents des accidents d'insuffisance hépatique : il ont souffert antérieurement (et fréquemment dans leur première enfance) d'entérite, d'ictère, de migraine, d'urticaire, etc. ; ces insuffisants hépatiques se plaignent, à un moment donné, de douleurs du type angineux, de troubles rythmiques, de syncopes et de vertiges ; un tel état, purement fonctionnel au début, peut provoquer par la suite des désordres graves ou amener des processus anatomiques organisés contre lesquels la thérapeutique échoue ; aussi importe-t-il de la diagnostiquer très tôt pour le combattre avec efficacité.

Le traitement comprendra, outre le régime, la mise en œuvre des désensibilisateurs (peptone, etc.) et des neutralisateurs (calcium, magnésium) ; le magnésium en particulier exercé une action de premier ordre sur toutes les fonctions du muscle cardiaque et représente un des éléments biologiques essentiels de la fibres myocardique.

(P. Veil. Les troubles circulatoires fonctionnels par intoxication chronique d'origine hépatique fréquente. États de carence magnésienne. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1934.)

Les malades, atteints d'artérite sénile, présentent des perturbations humorales, que l'on peut résumer ainsi :

1° La cholestérinémie et l'uricémie varient dans les deux sens sans présenter de modifications caractéristiques ;

2° La calcémie est souvent élevée chez les malades atteints de forme oblitérante avec gangrène ;

3° L'hyperglycémie provoquée montre l'existence à peu près constante d'un trouble de la glyco-régulation se traduisant par une augmentation parfois notable de l'aire glycémique.

Ces conclusions permettent de rapprocher l'artérite sénile de l'artérite diabétique et de la ranger dans les états paradiabétiques.

(G. Étienne, P.-L. Drouet, L. Collesson et Neimann. Recherches sur l'état humoral dans l'artérite sénile des membres inférieurs. *Revue médicale de l'Est*, 1er octobre 1934.)

Tuberculose

L'étude des évolutions tuberculeuses, consécutives aux injections de sérum, permet d'aboutir aux conclusions suivantes :

1° Les faits cliniques montrent que l'injection sous-cutanée de sérum équin peut provoquer, chez le tuberculeux, des évolutions et des aggravations ;

2° L'expérimentation montre que l'injection de sérum équin favorise l'évolution de la tuberculose chez le cobaye, même si elle est pratiquée en même temps que l'inoculation des bacilles à dose limite de virulence ;

3° Parmi les tuberculeux pulmonaires, seuls ceux, qui ont des lésions évolutives, mal éteintes ou en voie d'apparition, présentent des aggravations par le sérum ; les enfants paraissent les plus sensibles :

4° Cette aggravation, pour fréquente qu'elle soit, ne se produit pas fatalement et certains tuberculeux supportent fort bien la sérothérapie ; il est impossible actuellement de fixer la proportion des malades tolérants et de connaître d'avance les sujets intolérants ;

5° La nocivité des sérums ne paraît pas tenir à leur spécificité thérapeutique, mais à leur nature hétérologue. Le sérum équin normal suffit à provoquer les accidents ;

6° Cette action aggravante ne s'observe pas par voie buccale.

(P. Courmont, H. Gardère et L. Ngong. Les évolutions tuberculeuses consécutives aux injections de sérum. *Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1934.)

Psychiatrie

Les statistiques de l'Asile de Naugeat, concernant la paralysie générale, permettent de se rendre compte qu'elle est en régression :

1918-1923	(hommes)	65 cas	9,5 %
1923-1928	—	57 —	7,1 %
1928-1933	—	52 —	5,7 %

L'asile reçoit les aliénés de la Haute-Vienne, de la Creuse et de l'Indre, ainsi que quelques malades transférés des Asiles de la Seine.

La fréquence de la paralysie générale est bien moindre chez les femmes.

Les milieux urbains sont plus touchés que les milieux ruraux.

(G. Marquet. Enquête sur la proportion des paralytiques généraux d'origine urbaine et rurale. *Gazette médicale limousine*, octobre 1934.)

Pathologie coloniale

La question de la pneumococcémie des indigènes tropicaux africains a bénéficié de la pratique systématique de l'hémoculture chez les grands fébricitants.

Onze cas ont été observés à l'hôpital de Soc-trang (Cochinchine).

L'hémoculture, faite en bouillon peptoné aérobie, fut positive en un temps ne dépassant pas vingt heures ; le pneumocoque fut toujours identifié par les méthodes usuelles ; il était toujours virulent pour la souris. Il ne fut pas fait d'agglutination avec les stock-sérums.

On n'a pas noté de frissons intenses, de sueurs, de crise terminale. L'adynamie, la prostration étaient extrêmes, au point de faire croire à la typhoïde. Les signes pulmonaires manquaient au début; les signes de foyer apparaissaient entre le quatrième et le sixième jour ; elles étaient du type lobaire ou pseudo-lobaire.

L'évolution a tourné court avec la sérothérapie, sauf dans deux cas, terminés par la mort.

Si, dans tous les hôpitaux, on pratiquait systématiquement l'hémoculture, on décèlerait de nombreux cas de pneumococcémie.

(Ch. Massias. Dix cas de pneumococcémie chez des Cochinchinois. — Ch. Massias. Suite à la note sur les pneumococcémies. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, avril 1934.)

Le traitement des abcès du foie est tantôt médical et tantôt chirurgical.

Sont justiciables de l'émétine les abcès histologiques et les petits abcès (uniques ou multiples) en voie de collection et sans coque appréciable.

La discussion commence quand il s'agit d'abcès moyens bien collectés et entourés d'une coque appréciable ; l'émétine (par voie sous-cutanée, intraveineuse et en injection dans la cavité) peut parfaitement les guérir.

Les grands abcès bien collectés, à coque épaisse, doivent être traités chirurgicalement surtout s'ils sont anciens et enkystés ; dans le cas où ils sont récents, on est en droit, dans certains cas, de tenter le traitement médical, dont on peut attendre des succès ; la meilleure technique sera alors d'associer le traitement général (émétine, novarsénobenzol, stovarsol, etc.), l'aspiration du pus et l'injection d'émétine dans la poche ; chez les malades, qui supportent mal l'émétine, l'intervention chirurgicale s'impose.

(L. R. Montel et Tran-Van-Hanh. Grand abcès du foie collecté traité médicalement et guéri. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, avril 1934.)

Thérapeutique

La notion du choc thérapeutique est intimement liée à la notion de terrain organique : Le choc thérapeutique est efficace ou non suivant le terrain, c'est ce qui explique les trois constatations paradoxales suivantes :

1° Une même maladie peut être guérie par des médications variées ;

2° Une même médication peut guérir des maladies variées ;


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS-4e

3° Une médication dite spécifique peut ne pas agir sur la maladie dont elle est spécifique.

On ne peut analyser le choc thérapeutique, mais on a, dans les variations du chiffre leucocytaire consécutives aux médications de choc, un test du choc thérapeutique, suffisamment pratique et démonstratif pour le déceler et, jusqu'à un certain point, pour en mesurer l'efficacité.

Le choc provoqué est un phénomène biologique à double face, une arme à double tranchant. On a soit un *choc positif*, caractérisé par une réaction en leucocytose à la deuxième heure, choc favorable et thérapeutique, soit un *choc négatif*, caractérisé par la réaction en leucopénie à la deuxième heure, choc inutile sinon nuisible.

Il existe trois types de choc :

1° Les rayons X déterminent un *choc banal* chez n'importe quel sujet, sain ou malade ;

2° L'injection d'auto-sang détermine un *choc personnel* ;

3° L'injection de certains médicaments dits spécifique détermine un *choc spécifique*.

Cet essai de classement établit, dans une certaine mesure, une hiérarchie des chocs ; le premier type concourt à restaurer l'équilibre organique rompu dans des manifestations morbides de toute sorte ; le second type s'adresse à toutes les manifestations développées sur un terrain infectieux ; la troisième type s'adresse plus particulièrement à un terrain déterminé, specifique. Il apparait recommandable d'utiliser le choc le plus spécialisé.

Un choc, même qualitativement approprié, peut, dans la pratique, se montrer inefficace. L'association de plusieurs chocs peut réussir là où un seul s'est révélé insuffisant.

(J. Gouin et A. Bienvenue. Etude sur les médications de choc. *Gazette médicale du Sud-Ouest* 1er novembre 1934.)

Le traitement des cardiopathies syphilitiques a divisé l'opinion des cardiologues et des syphiligraphes en ce qui concerne l'opportunité du traitement spécifique.

La défaillance du foie et des reins contre-indique l'emploi à doses efficaces des préparations classiques.

Les préparations mercurielles diurétiques sont encore utilisables aux stades avancés de l'insuffisance cardiorénale et elles exercent une action spécifique ; on avait déjà observé qu'elles étaient nettement plus efficaces chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques.

Deux observations montrent une rémission prolongée et un arrêt d'évolution de la cardiopathie pendant de très long mois avec reprise de l'efficacité des cardiotoniques et des diurétiques usuels, ce qui ne peut s'expliquer que par une action étiologique.

(L. Mathieu. De l'emploi des sels mercuriels diurétiques à doses refractées dans le traitement des cardio-aortiques syphilitiques. *Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1934.)

Varia

Depuis vingt ans les classifications de psychiatrie ont continué à se succéder à une allure vertigineuse. Des néologismes, plus barbares les uns que les autres, ont remplacé, sans qu'ou sache pourquoi, ceux qui les avaient précédés, persistant à cacher, sous une désolante pauvreté de conception, une indigence intellectuelle supérieure (René Cruchet, de Bordeaux).

J. Lafont.

Sang et organes hémopoïétiques, par A. Touraine. Un volume de 275 pages avec 21 figures et une planche double en couleurs (*Collection des initiations médicales*), 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre constitue un guide aussi simple que possible pour le débutant. Il permet de comprendre l'étude des grands syndromes sanguins. L'hématologie intervient, en effet, journellement en pathologie médicale et chirurgicale, et fait partie du bagage scientifique de tout médecin. Les maladies du sang et des organes hémopoïétiques sont de compréhension aisée dès que l'on a acquis une notion du sang normal et de sa formation. Presque toutes rentrent dans quelques grands syndromes fort simples, tels que l'anémie, la leucocytose. Les types pathologiques sont habituellement bien différenciés. Alors même que le médecin hésiterait devant la technique pourtant simplifiée de l'examen du sang, et qu'il en confierait le soin à un spécialiste, ce livre lui permettra de savoir quand le sang doit être examiné, comment il pourra tirer parti des résultats qui lui seront communiqués pour en déduire diagnostic, pronostic et traitement.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pédiatrie

Une curieuse étude de diagnostic a été faite par Albert Jobin à l'occasion d'une maladie existant à la Crèche de Saint-Vincent-de-Paul de Québec depuis six mois et qui y était inconnue auparavant.

Cette maladie a pour caractéristique de n'atteindre que les enfants d'un seul étage et âgés de plus de deux ans et demi ; de revêtir un caractère épidémique et de présenter comme lésion anatomique une gingivite hémorragique.

L'auteur affirme qu'il fut hésitant et même un peu embarrassé pour poser un diagnostic ferme et précis ; après avoir éliminé avec un grand sens clinique les différentes hypothèses, il conclut qu'il s'agissait de scorbut et le traitement confirma le diagnostic.

Autrefois on employait le jus de citron ou d'orange un peu trop parcimonieusement ; aujourd'hui on donne le jus de deux citrons par vingt-quatre heures ; en trois jours généralement la bouche est guérie.

Une enquête fit constater que les enfants de la salle ne prenaient que peu ou pas de lait frais ; tous les autres aliments donnés (légumes, farineux, viande) étaient cuits, surchauffés ; il n'y avait pas de fruits ; ces enfants étaient privés de vitamines.

Pour se confirmer encore plus dans son opinion, l'auteur fit l'expérience suivante : sur les 102 enfants de l'étage, il en laissa 32 à l'ancien régime carencé et il soumit les 70 autres au traitement préventif du scorbut (lait frais, beurre, farineux et légumes peu cuits, jus de viande, viande crue, moelle crue d'os de veau, purée de pommes de terre faite avec des pommes de terre en robe de chambre additionnées de lait frais). Les enfants de ces deux groupes continuèrent à vivre en commun, afin de voir si la contagion y était pour quelque chose. Le résultat de cette expérience fut que le scorbut continua à faire des victimes dans le premier groupe, tandis que le second restait indemne.

Une fois en possession de la vérité, l'auteur comprit alors certains états pathologiques paraissant auparavant incompréhensibles.

Sans doute, quand le scorbut se présente sous sa forme typique, le diagnostic s'impose.

Mais, quand cette maladie se présente sous une forme latente ou fruste, le diagnostic devient d'une grande difficulté, à moins d'être dans un foyer épidémique.

Le scorbut offre les formes atypiques les plus imprévues, certaines sont monosymptomatiques ; l'auteur observe un cas de fièvre, un cas d'anorexie et un cas de diarrhée ; si ces enfants ne s'étaient pas trouvés en milieu épidémique, le diagnostic eût été retardé.

On peut dire en manière de conclusion : chaque fois qu'on est en présence d'un problème de pathologie infantile difficile à résoudre, il faut s'enquérir du facteur alimentaire.

(Albert Jobin. Gingivite hémorragique. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, septembre 1934.)

Ici encore les fautes alimentaires, les régimes mal équilibrés sont en cause ; l'insuffisance hépatique chez les enfants ne reconnaît pas d'autre origine dans la plupart des cas.

On est frappé du nombre considérable d'enfants, petits ou grands, chez lesquels on constate l'existence d'un hépatisme plus ou moins larvé ; on en voit beaucoup plus qu'autrefois.

L'anamnèse accuse en maintes occasions l'existence d'une cholémie familiale.

Le tableau clinique ne présente rien de caractéristique, on doit cependant attacher une importance spéciale à l'inappétence pour les graisses ; le ralentissement de la digestion et la présence de graisse dans les selles sont des indices précieux d'une hypocholie.

L'argument le plus probant reste l'amélioration constante de la plupart des signes sous l'influence de l'opothérapie biliaire.

L'insuffisance hépatique et la dyspepsie chronique se succèdent souvent chez les enfants ; elles coïncident aussi dans nombre de cas ; ce sont, le plus souvent, les troubles fonctionnels du foie qui dominent la situation et commandent la thérapeutique.

Dans ce qui précède il ne s'agit nullement des affections systématisées du foie, mais de la simple insuffisance hépatique chez l'enfant.

Les causes de cette insuffisance sont des erreurs d'hygiène alimentaire, des régime mal équilibrés, de la tachyphagie, dont les effets se font sentir entre 3 et 10 ans, avec un maximum entre 5 et 7 ans.

(V. Pechere. L'insuffisance hépatique chez les enfants. *Scalpel*, 29 septembre 1934.)

Chirurgie

Une appendicectomie par balle est le sujet d'une curieuse observation d'Abel Ramiro Moreno.

Dans la soirée du 1er juin 1934 arrive au Service de chirurgie d'urgence du Poste de secours n° 3 un jeune soldat, avec une blessure par coup de feu de la fosse iliaque droite ; orifice d'entrée à deux centimètres au-dessus et en dedans du point de Mac Burney, orifice de sortie à la fesse droite.

La trajectoire du projectile fait penser à une blessure du cæcum et fixe le siège de l'incision ; on pratique une laparotomie latérale droite.

Le ventre ouvert, on trouve un épanchement sanguin intrapéritonéal de 200 c.c. environ, des matières fécales dans la cavité et onze blessures, quatre de la base du cæcum et six des anses grêles. L'appendice était sectionné à l'endroit exact où on a coutume de le faire dans les interventions ; on lia le moignon et le méso, on enlève l'appendice. On suture les plaies, on verse du bactériophage dans la cavité, on draine avec un tube et de la gaze.

Le blessé meurt de péritonite hyperseptique dans les soixante-douze heures.

(Abel Ramiro Moreno. Seccion del Apendice por Proyectil de Arma de Fuego. *Revista Mexicana de Cirujia, Ginecologia y Cancer*, septembre 1934.)

Les abcès sous-phréniques sont actuellement moins fréquents parce que les complications d'appendicite aiguë et de perforations d'ulcère sont plus rares ; la précocité du diagnostic et la qualité du traitement ont permis de les éviter.

Quand l'abcès sous-phrénique évolue, le diagnostic radiologique autorise une indication opératoire plus rapide ; aussi la mortalité globale (cas opérés et non opérés) est-elle tombée de 60 à 40 %.

La technique opératoire est devenue plus prudente, elle s'est perfectionnée en même temps que les connaissances sur la chirurgie thoracique se précisaient. Les avantages des interventions peu mutilantes ont été mis en évidence ; la méthode de choix évite la plèvre pour les incisions postérieures et la grande cavité péritonéale pour les ouvertures antérieures ; on se rappellera aussi que les complications répondent surtout à un drainage insuffisant.

La meilleure prophylaxie des collections sous-phréniques consiste dans la recherche systématique et persévérante de l'appendicite aiguë, de la perforation de l'ulcère, de la cholécystite et dans l'application précoce et énergique du traitement approprié.

Au cours d'une infection, la douleur à la base du thorax et la diminution d'amplitude des mouvements respiratoires doivent attirer l'attention sur la possibilité de la présence d'un abcès sous-phrénique ; on pratiquera sans retard une radioscopie et une radiographie.

De la concordance des signes cliniques et radiologiques découleront le diagnostic et l'intervention, de la précocité de laquelle dépend la guérison.

(Jean Cahen et Paul Cogniaux. Les abcès sous-phréniques. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, septembre 1934.)

Voies respiratoires

Certaines affections pulmonaires, qui simulaient la tuberculose, ont été identifiées et attribuées au streptocoque paragrippal 1932.

Deux observations résumées présentent des faits caractéristiques qu'il importe de signaler : le début insidieux, la présence de sang dans l'expectoration, le type thermique, la discordance absolue entre l'exploration stéthacoustique et le film font penser à la tuberculose ; par contre la localisation et le type anatomique du processus s'éloignent de ce diagnostic ; l'examen de l'expectoration dissipe tous les doutes en montrant l'absence de bacille de Koch et la présence du germe causal.

La quinine a, dans ces deux cas, fait preuve d'une efficacité remarquable.

(G. Xalabarder. Contribucion al estudio de la patologia pulmonar provocada por el estreptococo paragripal 1932. *Revista espanola de tuberculosis*, août-septembre 1934.)

Thérapeutique

Les sels d'or ont été utilisés dans le traitement de la sclérose en plaques à la Polyclinique de Bruxelles ; on utilise un auro-thio-glucose en suspension huileuse, pour réduire au minimum les risques d'accidents cutanés et rénaux.

La posologie la plus favorable débute par des doses très faibles (2 milligrammes) ; on pratique une injection tous les quatre jours en répétant une fois la dose précédente ; de huit en huit jours on double la dose employée pendant la huitaine précédente. A partir de 5 centigrammes on ne pratique plus qu'une injection par semaine, en répétant toujours une fois la dose précédente ; on ne dépasse généralement pas 30 centigrammes, dose que l'on répète deux fois à dix jours d'intervalle.

Sur douze cas traités on a obtenu douze succès ; pendant trois ans d'observation, on n'a pas constaté de rechute. On pense que le processus de néoformation névroglique, caractéristique de la sclérose, a pu être enrayé avant que les cylindres n'aient été profondément lésés ; il faudrait donc des cas assez récents pour que les préparations auriques donnent des résultats tangibles, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce.

(G. Dubois-André. Les sels d'or, traitement nouveau de la sclérose en plaques. *Scalpel*, 27 octobre 1934.)

Les injections iodées intraparenchymateuses semblent constituer un bon traitement du goitre.

Le liquide employé est le suivant : iodure de potassium, 4 grammes, teinture d'iode, 20 grammes, eau distillée, 40 grammes.

Lss injections intraparenchymateuses sont pratiquées tous les jours ou tous les deux ou trois jours suivant la tolérance. On injecte de 1 à 2 c.c., en procédant par infiltration dans les formes diffuses et par injection massive dans les formes nodulaires.

La statistiques de l'Institut de pathologie chirurgicale de Turin comprend quatre-vingts malades (cinquante-huit hommes et vingt-deux femmes) de 15 à 54 ans, chez lesquels la cure iodée par voie buccale ou sous-cutanée avait échoué. Les goitres diffus, au nombre de vingt-huit, ont reçu une moyenne de douze injections et les goitres nodulaires, au nombre de quarante-six, une moyenne de dix-huit injections ; six goitres kystiques ont été ponctionnés et le contenu aspiré et remplacé par la solution iodée.

Le résultat esthétique a été parfait dans soixante-quatorze cas.

Les dangers de cette méthode ont été exagérés ; ils sont dus le plus souvent à une erreur technique.

(Pier Carlo Borsotti. Sull trattamento del gozzo con il metodo Luton. *Minerva medica*, 27 octobre 1934.)

L'hémothérapie a donné un succès à Fabien Tascon dans la pneumonie.

Un enfant de treize mois, atteint de pneumonie lobaire, reçut, par voie intramusculaire, 20 c.c. de sang paternel ; en vingt-quatre heures il y eut une amélioration considérable ; en quarante-huit heures le processus était complètement enrayé. Il faut signaler que le père avait eu une pneumonie trois mois auparavant, ce qui avait incité l'auteur à employer son sang.

Il est logique de supposer qu'il y avait une concentration élevée d'anticorps et que le résultat fut dû à une immunisation passive ; les convalescents de pneumonie pourraient être utilisés comme donneurs de sang, tant pour l'adulte que pour l'enfant.

(Fabian Tascon. Contribucion al tratamiento de las neumonias en la infancia por la hematoterapia. *Siglo medico*, 13 octobre 1934.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1935

L'albuminurie au cours de l'appendicite. — *M. C. Pœnaru Caplesco* (de Bucarest). — « Je pense que l'albuminurie qui apparaît au cours d'une crise aiguë d'appendicite, ou celle que nous découvrons après avoir posé le diagnostic d'appendicite latente, sans crise aucune, ou l'albuminurie qui accompagne l'appendicite chronique après une ou plusieurs crises, *ne doit plus être une contre-indication à l'appendicectomie*. Au contraire, nous devons être convaincus, et faire comprendre au Corps médical, que l'albuminurie peut être causée et entretenue par ce foyer infectieux et septique appendiculaire, et qu'elle disparaîtra après l'ablation de l'appendice. Je ne trouve pas nécessaire de discuter ce phénomène pathologique que nous connaissons très bien, car la corrélation est évidente entre le foyer toxi-infectieux appendiculaire et l'albuminurie. Ces malades albuminuriques ont été guéris. Je puis vous rappeler pour ma cause le vieil adage de nos ancêtres : *Naturam morborum curationes ostendunt*. Parce que l'albuminurie a immédiatement diminué et disparu complètement après l'appendicectomie dans dix de mes cas, et, seulement dans un cas d'albuminurie trop ancienne, elle a quand même beaucoup diminué sans disparaître complètement, mais dans ce cas je n'ai plus revu la malade. Je puis quand même conclure, si je ne me trompe, que l'appendicite a été, dans tous ces cas, la cause indubitable de l'albuminurie, car : *Sublata causa tollitur effectus* ; autrement l'albuminurie aurait dû persister. Je pense que chez ces malades albuminuriques, nous devrions toujours, *sans exception aucune*, faire aussi l'examen du sang pour le dosage de l'urée, car avant l'opération on le néglige souvent, à cause du diagnostic d'urgence. *Opérons toujours ces malades appendiculaires albuminuriques qui nous confient leur vie.* »

Pasteur et la rage de laboratoire. — *M. P. Remlinger.* — Près de cinquante années se sont écoulées depuis ces séances de l'Académie de médecine des 4, 11, 18 janvier ; 5, 12 juillet 1888 qui mirent aux prises Pasteur et Peter et où la vaccination antirabique fut accusée d'être non seulement inefficace, mais dangereuse.

M. Remlinger s'est proposé de rechercher si — les allégations de Peter au sujet de l'inefficacité de la méthode étant, du consentement universel, reconnues sans fondement — ses affirmations relatives à certains dangers de la vaccination ne renfermaient pas quelque parcelle de vérité. Les résultats de cette enquête amènent l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° Des six observations produites par M. Peter à l'appui de l'opinion que la vaccination pasteurienne ne préservait pas de la rage ordinaire, mais inoculait la rage de laboratoire, trois se rapportent à la rage vulgaire et une à l'urémie. Il est difficile rétrospectivement de se faire une opinion ferme au sujet des deux autres. Toutefois, l'inoculation du bulbe n'a pas été pratiquée et, en conséquence, l'existence du virus fixe n'a été démontrée chez aucun des malades.

2° En dépit d'affirmations contraires, on est en droit d'attribuer un décès au virus fixe si celui-ci est décelé dans le bulbe par l'inoculation au lapin. De même — sauf peut-être rarissimes exceptions intéressantes du point de vue scientifique pur, mais négligeables en pratique — le virus de rue ne se rencontre que dans le cerveau de personnes mortes de rage ou en incubation de la maladie.

3° L'inoculation expérimentale ne permet pas toujours à elle seule de distinguer à coup sûr la rage à virus fixe de certaines rages à virus de rue (virus renforcés). Les corps de Negri et aussi les nodules de Babès, les nodules de Van Gebuchten et Nelis doivent, dans les cas douteux, être recherchés conjointement.

4° Parmi les accidents classés sous la rubrique : accidents paralytiques du traitement antirabique, figurent indubitablement des cas de rage à virus fixe, c'est-à-dire des cas de rage de laboratoire. Ceux-ci, avec les méthodes basées sur la dessication, ne s'observent que si les moelles virulentes ont été injectées trop tôt, ou en trop grande abondance, la longue préparation à l'aide de moelles inoffensives ayant été négligée, contrairement aux préceptes de M. Pasteur et de son École.

5° L'atténuation du virus fixe pour l'homme ne doit pas être exagérée. Le grand nombre des passages a pour résultat une sensibilité du virus plus grande à la dessiccation et à la glycérine, mais infiniment moindre à la dilution. D'où fréquence plus grande de la rage de laboratoire chez les mordus traités par la méthode d'Hogyes qui n'a rien à voir avec la méthode pasteurienne. Si, au lieu d'accuser celle-ci d'inoculer la rage, M. Peter s'était borné à attirer l'attention sur le danger du virus fixe, il ferait aujourd'hui figure de prophète et de précurseur.

Action du bleu de méthylène sur les lépromes, in vivo. — *E. Marchoux et V. Chorine.* — On sait depuis Montel que le bleu de méthylène se fixe sur les tissus infiltrés, les auteurs, voulant savoir plus intimement où le colorant est retenu, ont fait avec le bacille de Stéfansky, un certain nombre d'expériences et ils ont constaté avec surprise que c'est le bacille lui-même qui retient électivement la couleur. C'est-à-dire que les germes spécifiques sont seuls incapables de transformer le bleu de méthylène en leucobase. Étant donné ce qu'on sait de la résistance du bacille lépreux à la coloration, il est à présumer que le bleu de méthylène ne l'influence pas plus *in vivo* qu'*in vitro*. Cependant cette localisation pourrait sans doute permettre de se servir du bleu de méthylène comme d'un conducteur pour porter sur les germes un corps actif.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1934

Les streptococcémies et les méningites suppurées à streptocoques. Action du sérum antistreptococcique dans ces états infectieux. — *H. Vincent.* — Comme agent d'infection primitive ou secondaire, le streptecoque sous toutes les races (hémolytique, *viridans* y de Smith et Brown) se classe parmi les plus fréquents et les plus dangereux pour l'espèce humaine. Chez les malades atteints de septicémie, les caractères peu antigènes du streptocoque et, d'autre part, sa forte résistance aux moyens de destruction biologique ou médicamenteuse, enfin son déversement régulier dans le sang par les foyers infectieux où il s'est initialement ou ultérieurement cultivé, expliquent la rareté des guérisons spontanées. Parti du rhino-pharynx, de la bouche, de l'oreille moyenne, d'un sinus infectés, de l'utérus *post-partum* et *post-abortum*), le streptocoque trouve dans le sang un milieu très peu favorable, mais les ondées bactériennes issues de ces foyers l'y renouvellent et l'y entretiennent.

Injecté dans ces états septicémiques, le sérum antistreptococcique amène la disparition brusque des grands frissons et une amélioration rapide des symptômes nerveux : prostration ou coma, délire, agitation, dyspnée toxique, etc... chez les malades traités avec continuité, à la dose de 10 c. c. par jour. La défervescence est un peu plus tardive. Lorsque la septicémie doit guérir, c'est généralement entre le sixième et le onzième jours que la défervescence se produit et que le sang devient stérile ; la guérison apparaît quelquefois plus tôt.

Le critérium la plus sûr de l'activité de l'antisérum est donné par ses résultats dans les deux manifestations les plus sévères de la streptococcie, savoir la septicémie vérifiée par l'hémoculture et la méningite suppurée. On pourrait cependant en rapprocher l'érysipèle ombilical du nouveau-né dont le pronostic est très grave. Trois enfants traités par le sérum antistreptococcique ont été guéris par le sérum.

La première série de streptococcémies et de méningites suppurées à streptocoques traitées par la sérothérapie portait sur 136 cas de ces affections (*Académie de Médecine*, 22 mai 1934). Leur nombre actuel est de 218.

Une forte proportion des malades guéris par le sérum antistreptococcique ont présenté des formes cliniques ou des complications d'une gravité extrême du côté du cerveau, des méninges, de la plèvre, et des poumons, de l'endocarde et du péricarde, des grandes articulations, du péritoine, etc. La statistique des guérisons établie avec une grande rigueur et comprenant les malades traités très insuffisamment par le sérum, ou injectés *in extremis*, n'en donne pas moins, comme celle que j'ai publiée précédemment les résultats suivants :

La proportion générale des guérisons déterminées par le sérum antistreptococcique a été de 82, 53 pour 100. Celle des décès a été de 17, 47 pour 100.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1934

Infarctus de l'intestin. — *M. Grégoire* rapporte une observation d'infarctus intestinal inexplicable. Dans ce cas, l'auteur a sauvé un malade moribond par une simple injection d'adrénaline, la laparotomie étant restée purement exploratrice.

Il s'agit peut-être d'une « asystolie » du cœur périphérique, qui n'est pas sans analogie avec un choc anaphylactique localisé.

M. Gosset a observé un cas comparable, s'accompagnant de très gros ganglions.

Désarticulation temporaire dans le traitement des ostéoarthrites tuberculeuses du pied. — *MM. Clavelin* et *Sarroste* ont traité de la sorte six cas d'ostéoarthrite médiotarsienne. Ils ont obtenu quatre fois la réunion par première intention. Immobilisation pendant quatre à six mois.

Il est indispensable de conserver rigoureusement la concavité de la voûte plantaire.

M. Sorrel défend aussi la désarticulation temporaire avec résection à la demande.

M. Huet a pratiqué, après incision transversale, l'ablation de toute la zone malade entre deux traits de scie.

Kyste hydatique calcifié de la rate. — *M. Leveuf* rapporte cette observation de *M. Goinard* (d'Alger).

Anesthésie par injection intra-artérielle. — *M. Wilmoth* rapporte un travail de *M. Goinard* sur plusieurs centaines d'observations.

Kyste vrai du pancréas. — *M. Brocq* analyse cette observation de *MM. Delannoy* et *Driessens*.

Arthroplastie du genou. — *M. Mathieu* analyse une observation de *M. Redon*. Il insiste sur la nécessité absolue de pratiquer systématiquement l'allongement du quadriceps, même dans l'ankylose en flexion.

M. Sorrel est du même avis.

Radiographie dans l'iléus. — *MM. Moulonguet* et *Roussel* montrent les avantages de la méthode et présentent de belles radiographies.

G. MENEGAUX

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1934

Erythème noueux au cours d'une cortico-pleurite tuberculeuse et d'un abcès bismuthique évoluant simultanément. — *MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille* et *Auzepy*, à la suite de la communication de M. Coste, insistent sur les conditions particulières de développement d'un érythème noueux : chez un sujet de 32 ans, spécifique bien traité, apparaissent une cortico-pleurite tuberculeuse puis un abcès bismuthique de la fesse. Ces toxi-infections diverses ont contribué au fléchissement de l'immunité. La réponse négative de la cuti-réaction, lors de l'éclosion de l'érythème noueux, en est un témoin.

La primo-infection tuberculeuse chez l'adulte. — *MM. Vaucher, Strauss* et *Schneegens* (Strasbourg).

Système noueux. — *M. Comby.*

Paralysie diphtérique à forme vestibulaire. — *MM. Kourilsky, Baruk* et *Aubry.*

Syndrome basedowien et encéphalopathie infantile. — *MM. Labbé, R. Boulin* et *F. Uhry* rappellent l'observation de syndrome basedowien accompagné d'encéphalopathie infantile qu'ils ont précédemment publiée. L'absence de goitre permettait de discuter l'origine purement encéphalique, sous-thalamique, du syndrome, par atteinte des centres du métabolisme. La thyroïdectomie a montré que le corps thyroïde avait effectivement des dimensions normales, mais qu'il était le siège d'une hyperplasie microscopique du type basedowien. Cette constatation va à l'encontre de la nature encéphalique pure du syndrome, mais elle laisse entière l'hypothèse de l'origine encéphalique possible de certaines hyperplasies thyroïdiennes.

Lésions dégénératives du foie au cours du coma diabétique. — *M. Labbé, R. Boulin* et *Balnus* rapportent les observations de quatre malades morts de coma diabétique malgré l'injection de doses suffisantes d'insuline (220 à 870 unités), à l'autopsie desquels ils ont trouvé des lésions de dégénerescence aiguë et massive du foie.

Ils attribuent cette hépatite aiguë à l'intoxication cétonique et rappellent qu'il a été possible d'obtenir des lésions hépatiques chez l'animal soit en l'intoxiquant avec les acides butyriques, soit après dépancréatation et maintien en vie par l'insuline en le sevrant brusquement de l'hormone. Ils rappellent d'autre part la moindre sensibilité à l'insuline chez les diabétiques porteurs de cirrhoses ; ils posent la question de savoir si les lésions hépatiques observées chez leurs malades n'ont pu faire obstacle à l'action de l'insuline et expliquer sa moindre efficacité.

Tuberculose avec néphrite aiguë mortelle causée par les sels d'or. — *MM. Olmer* et *Saradon.*

Néphrite aurothérapique. — *M. F. Coste.*

Néphrose lipoïdique et helminthiase. — *M. G. Marchal, P. Soulié* et *A. Grigaut* rappellent un cas de néphrose lipoïdique avec ascaridiose guérie après l'administration d'un vermifuge. L'œdème des membres inférieurs, une albuminurie massive, des poussées d'urticaire et d'œdème de Quincke et un amaigrissement rapide résument la sémiologie de cette lipoïdose. Une forte hypoprotéinémie portant uniquement sur la sérine et une hyperlipémie avec augmentation du cholestérol en constituaient le substratum humoral.

L'amélioration du double syndrome clinique et humoral s'est poursuivi durant quelques mois jusqu'à la guérison totale.

Les auteurs rappellent qu'une trentaine d'observations de néphroses lipoïdiques dues à des helminthiases ont été publiées au Brésil. Ils estiment que même sous nos climats l'helminthiase peut déterminer des désordres sanguins protido-lipidiques susceptibles d'aboutir à la lipoïdose rénale et ils conseillent : 1° l'analyse des protides et lipides sanguins au cours de toutes les ascaridioses ; 2° la recherche d'une helminthiase possible dans tous les cas de néphrose lipoïdique.

Hypertrophie du thymus. Leucémie monocytaire aiguë. — *M. G. Marchal, Mlle C. Brun* et *M. Grupper* rapportent l'observation d'un homme jeune, dans laquelle quatre périodes cliniques se succèdent et aboutissent à la mort en cinq mois.

1° Phlegmon amygdalien bilatéral ; 2° adénopathie sous-maxillaire, et anémie sans leucémie ; 3° polyadénopathie et leucémie subaiguë à monocytes ; 4° leucémie aiguë terminale.

L'autopsie montre les lésions habituelles de la leucémie aiguë, ainsi que la persistance et l'hypertrophie du thymus.

Les lésions histologiques se résument en leucoblastomatose généralisée, avec hyperplasie lymphoïde et métaplasie leucoblastique du thymus.

Les auteurs rattachent l'hypertrophie du thymus au « thymolymphatisme », et lui attribuent une grande importance à titre d'état préleucémique. Ils ont isolé d'une biopsie ganglionnaire un germe qui paraît une forme dégradée, dans le cycle du virus tuberculeux, et ils lui accordent un rôle de probabilité dans l'étiologie de ce cas de « thymo-lymphatisme ».

Le phlegmon amygdalien peut être interprété comme la cause infectieuse qui a déclenché le processus leucémique sur un terrain prédisposé, mais les preuves de cette pathogénie ne sont pas formelles. Les auteurs considèrent la leucémie monocytaire aiguë comme une simple variété de leucémie aiguë mortelle dans les mêmes conditions en dépit de tout traitement.

Trois cas de brucellose d'origine parisienne. — *MM. J.-J. Garnier, Chabrun* et *Gorse* ont observé en dix mois

trois cas de brucellose dans un service de médecine générale. Ces trois cas ont évolué vers la guérison sans présenter de grandes particularités cliniques. Au point de vue étiologique, les auteurs insistent sur le nombre grandissant des brucelloses observées à Paris. En outre, les trois cas rapportés ont été contractés à Paris même par des ouvriers travaillant dans les abattoirs.

Il s'agit donc de véritables maladies professionnelles. Les abattoirs représentent à Paris une source de contamination très importante. Si de telles observations se multipliaient, l'étude de mesures prophylactiques deviendrait nécessaire dans les abattoirs.

Strumite syphilitique. — ***MM. Jacques Decourt, I. Bertrand*** et ***Malinsky*** rapportent l'observation d'une femme chez qui avait été porté le diagnostic de maladie de Basedow, en raison de l'existence d'un goitre associé à des signes d'hyperthyroïdie avec élévation du métabolisme basal. Il s'agissait, en réalité, d'un goitre nodulaire dont la nature syphilitique était rendue vraisemblable par l'association d'un tabes, d'un double souffle aortique et d'un Wassermann positif. L'ablation chirurgicale du nodule goitreux le plus volumineux, pratiquée aux fins de biopsie, n'apporta aucune amélioration des signes d'hyperthyroïdie. L'examen histologique aurait pu faire conclure à un goitre banal ; seules l'intensité des lésions interstitielles et l'accumulation anormale des plasmocytes ayant pu paraître anormales. Mais le traitement spécifique par le bismuth, indépendamment de toute médication iodée, fit régresser les symptômes d'hyperthyroïdie et abaissa le métabolisme basal, en même temps que la glande reprenait ses dimensions normales.

A propos du diabète insipide et du régime déchloruré. — ***MM. M. Labbé, R. Boulin*** et ***Gilbert-Dreyfus.***

Séance du 21 décembre 1934

Nécrologie. — Le secrétaire général, M. Rivet, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société décédés au cours de l'année :

MM. Charles Giraudot, Christian Toeller, Achille Louste, Léon Bernard, Alexandre Manquet et Paul Ravaut.

Elections. — *Membre du bureau.* Président : M. Sergent ; vice-président : M. Rist ; secrétaire général : M. Rivet ; trésorier : M. Debray ; secrétaires annuels : MM. Lemaire et Justin-Bezançon.

Membre titulaire : M. Boidé (Val-de-Grâce).

Membres correspondants nationaux. MM. Fenu (Poitiers), Meersseman (Lyon), et Pieri (Marseille).

Membres correspondants étrangers. MM. Costantini (Bologne), Dautrebande (Liège), de Sanctis-Monaldi (Rome).

Traitement des paralysies diphtériques. — ***M. J. Comby***, à propos de la récente communication de M. Kourilsky, soulève à nouveau la question du traitement des paralysies tardives de la diphtérie par le sérum antitoxique. Il rappelle un cas fort ancien et conclut à la nécessité d'injecter du sérum dans tous les cas de paralysie diphtérique.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 décembre 1934

Considérations sur les nouvelles méthodes de traitement de l'hypertrophie prostatique. — ***M. F.-A. Papillon*** montre que ces méthodes se développent suivant deux tendances : l'une cherche à supprimer l'obstacle de la miction : au forage et à l'électro-coagulation s'ajoute maintenant la résection endo-urétrale venue d'Amérique, ; l'autre vise à décongestionner la prostate : à côté des rayons X, la ligature de Steinach entre le testicule et l'épididyme agirait peut être à la façon d'une auto-greffe de rajeunissement, à condition d'être pris suffisamment à temps, le malade pourra souvent éviter l'opération.

Obnubilations visuelles, artérite rétinienne précoce et possibilité de lésions vasculaires générales. — ***M. Jean Gallois*** montre que la coexistence de spasmes artériels visuels (obnubilations visuelles) et périphériques (doigt mort) avec l'artérite chronique rétinienne, banale chez le vieillard est exceptionnelle chez les sujets jeunes. La constatation de lésions précoces des artères de la rétine est importante pour le traitement, mais elle a, sans doute, une valeur encore plus grande, comme premier témoin d'altérations plus étendues de tout l'appareil artériel.

Anesthésie locale dans le traitement des traumatismes. — ***M. André Trèves*** emploie couramment cette méthode dans les fractures et luxations avec une analgésie parfaite. Il y a adjoint l'évacuation par la même piqûre du sang épanché entre les fragments osseux et dans les articulations, ce qui évite les œdèmes et les raideurs consécutifs. Dans les entorses, la méthode de Leriche donne des résultats constants. Les indications doivent en être étendues à des traumatismes même très anciens et l'auteur relate deux observations, l'une d'un traumatisme de l'épaule datant de plusieurs mois, l'autre d'une lombalgie de plus de quatre ans, où les résultats sont très encourageants.

Elections. — M. L. Lematte est élu président pour l'année 1935.

Séance du 29 décembre 1934

Présentation d'un malade guéri depuis un an et demi d'une maladie de Burger avec gangrène. — ***M. L. Filderman*** présente un malade atteint de maladie de Burger avec gangrène des deux premiers orteils et de la jambe sur une hauteur de 8 cm. L'amputation avait été proposée. A la suite de l'hémocrinothérapie le malade retrouvait des oscillations aux deux malléoles mais gardait une ankylose du genou. Actuellement la guérison se maintient et le malade marche normalement.

L'anesthésie électrique dans la dysphagie de la laryngite tuberculeuse. — ***MM. Grain*** et ***A. Tardieu*** à l'aide d'une observation démonstrative, préconisent dans le traitement symptomatique de la dysphagie accompagnant les laryngites tuberculeuses, l'anesthésie électrique obtenue par un procédé simple et facilement applicable à tous les cas. Ce mode de traitement offre sur les autres procédés habituellement utilisés, l'avantage d'être *instantanée, fidèle, totale et progressive*.

Anévrysme de l'aorte secondaire à une endocardite maligne. — ***M. Kervarec*** rapporte un cas rare d'endocardite maligne au cours de laquelle s'est développé un gros anévrysme de l'aorte dont les caractères anatomo-pathologiques particuliers justifient l'origine infectieuse aiguë. Il insiste sur la latence clinique de pareilles ectasies et la difficulté de leur diagnostic, en dehors des secours de l'examen radiologique du cœur sous diverses incidences. Après une courte revue des théories pathogéniques en présence, il montre l'impossibilité actuelle de réparer une thérapeutique appropriée des mutilations aussi étendues de la paroi aortique.

La conception clinique des névroses cardiaques (*avec projections*). — Pour ***M. A. Pruche***, il n'y a pas une, mais des névroses cardiaques. L'auteur en expose la classification clinique basée sur une épreuve simple : l'épreuve conjuguée du nitrite d'amyle et du réflexe oculo-cardiaque, qu'il a mise au point et qui est à la portée de tout praticien. De nombreux sujets ont été suivis pendant plusieurs années et le traitement appliqué a été déduit de la forme de l'épreuve neuro-végétative sus-indiquée. Les résultats thérapeutiques ont toujours été satisfaisants. L'épreuve conjuguée du nitrite d'amyle et du réflexe oculo-cardiaque est facile à pratiquer en clinique. Elle permet toujours de situer le sujet atteint de névrose cardiaque et de le traiter rationnellement.

M. J.-C. Bayle expose **Le traitement des maladies infectieuses aiguës par l'opothérapie des organes de défense.** — L'injection d'un extrait spléno-surrénal total convenablement dosé a tous les effets d'un sérum pasteurien : atténuation rapide de la virulence et des signes généraux, chute thermique prompte, durée abrégée, convalescence courte. A l'appui, nombreuses projections de courbes (grippes, bronchopneumonies, congestions pulmonaires, typhoïdes, érysipèles, etc...), dont celles de trois malades traités avec succès *in extremis* au moment où le pouls était incomptable et filant.

L'étude graphologique du refoulement. — *M. Pierre Menard* après avoir défini le refoulement insiste sur l'intérêt que présente la graphologie comme méthode scientifique d'étude du subconscient. Le refoulement se reconnaît dans l'écriture, les lettres forment avec la ligne de base un angle plus grand que 90°. L'écriture est dite renversée, inclinée à gauche. L'inclination est tantôt à peu près fixe (autour de 100° par exemple) tantôt sujette à de grandes variations (55° à 110° par exemple). Le rythme est lent, plus ou moins inégal, avec mouvements mesurés, de faible amplitude.

La pince de donati. — *MM. Le gac et A. Becart* présentent cette pince qui est une merveille d'ingéniosité. Elle écrase le duodénum en le godronnant et permet sa fermeture en vase clos. Utilisée dans plusieurs opérations elle a donné toute satisfaction et mérite d'être adoptée.

A propos de la négativation électrique. — *M. Peugniez* présente l'ensemble des travaux originaux de P. Le go sur les réactions vertébrales superficielles qui apparaissent au cours d'affections viscérales variées. Ces zones réactionnelles présentent une topographie déterminée pouvant servir de base à une reflexothérapie électrique nouvelle à l'aide des courants exponentiels de basse fréquence du même auteur.

G. L[illegible]

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Notes sur l'acrodynie infantile

Nouvelles notes sur l'acrodynie infantile. — M. Péhu (*S. méd. des hôpit. de Lyon* (12 juin 1934). — 1° Les formes frustes de cette maladie. — De plus en plus, on constate que la variété complète, avec sa riche symptomatologie n'est pas la seule et que l'acrodynie peut, pendant la totalité ou une grande partie de son évolution, revêtir une physionomie « atténuée ». Actuellement, en effet, on arrive à authentifier des formes : entéralgique — une variété unique psycho-nerveuse, — une variété avec diminution accusée — une forme mutilante. Toutefois, les signes cardinaux existent toujours à savoir : la tachycardie et l'élévation de la pression.

2° Les récidives. — En général, quelque longue que soit son évolution, l'acrodynie guérit pour ne plus reparaître. Il se peut cependant que, après une accalmie longue, de plusieurs mois après une guérison en apparence complète, une récidive vraie se produise. L'auteur en relate une observation typique chez un enfant de 5 ans 1/2. Dix-huit mois après, l'atteinte première qui avait duré trois mois, une récidive s'est produite avec un tableau symptomatique plus accentué. Mais pareilles observations sont rares.

3° L'extension de la maladie. — A l'heure actuelle, indiscutablement, dans certaines régions de la France, la fréquence de l'acrodynie est bien plus considérable. Que cette augmentation numérique soit réelle, ou qu'elle résulte de la reconnaissance plus fréquente de la maladie, c'est ce dont il est difficile de décider. Mais on doit faire cette constatation.

Acrodynie fruste diagnostiquée par les signes cardiovasculaires. — M. Mouriquand, Mlle Weill (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 12 juin 1934) et M. Badinand rapportent l'observation d'une fillette de 2 ans et demi chez laquelle l'examen somatique était à peu près négatif en dehors d'une tachycardie régulière et d'une tension à 16/9. C'est devant ces signes cardiovasculaires, l'interrogatoire révélant de légers troubles psychiques que le diagnostic d'acrodynie fut posé. Il fut vérifié par la suite par l'apparition de quelques douleurs au niveau des mains et de légers troubles cutanés avec prurit. Les auteurs, après R. Debré, insistent sur la très grande valeur diagnostique de cette tachycardie sans fièvre, de cette hypertension constatée chez un enfant, l'acrodynie étant seule à réaliser un tel syndrome cardio-vasculaire à cet âge.

Deux observations d'acrodynie fruste à forme douloureuse. — Dans ces deux cas, le caractère discret des symptômes a fait errer quelque temps le diagnostic. Contrastant avec des signes cardinaux effacés, il existait des manifestations douloureuses intenses qui ont marqué le début de la maladie et qui, chez une malade, ont dominé la scène clinique.

A retenir, dans une observation, la survenance d'une diplopie qui dura plus d'une semaine. Ce fait servira de nouvel argument aux auteurs qui, selon toute vraisemblance, admettent une parenté entre l'acrodynie et la névraxite épidémique. (M. Bernheim, *S. méd. des hôp.*, 12 juin 1934.)

Acrodynie avec réactions abdominales. — MM. Mouriquand, Bernheim et Badinaud (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 12 juin 1934) présentent un cas d'acrodynie avec réactions abdominales. Il s'agissait d'une enfant de 9 ans qui présenta pendant deux mois des douleurs abdominales très vives avec diarrhée au début, ce n'est pas secondairement qu'apparurent des signes très nets et très intenses d'acrodynie. Les auteurs insistent sur l'acrodynie facteur possible de douleurs abdominales chez l'enfant, soit qu'il s'agisse d'une forme abdominale pure, soit que ces douleurs ne constituent que le début d'une forme banale. Ils insistent également sur l'intensité des troubles de la série encéphalitique qui permettent dans certains cas — au moins cliniquement — de rapprocher l'acrodynie de l'encéphalite épidémique.

Les métastases du cancer de l'œsophage

Le cancer œsophagien peut se propager par continuité : pharynx, estomac, — par contiguïté : plèvres, poumon, colonne vertébrale, — ou à disance, dans les os et dans tous les viscères.

M. Bernard (*S. méd. et anat. cl. de Lille*, 19 juin 1934) rapporte deux exemples de métastases, l'une dans le foie, l'autre dans le quadriceps gauche et les muscles de la paroi abdominale.

Ces métastases sont rares, mais importantes à connaître pour deux raisons :

1° Elles peuvent être la première manifestation du cancer de l'œsophage ;

2° Elles peuvent être la source d'erreurs de diagnostic.

Comme le noyau métastatique reproduit le même type histologique que le néoplasme primitif, la biopsie lorsqu'elle est possible, permet d'établir la nature et l'origine de la métastase.

A propos de l'hématoéthyroïdine

En analysant dans notre numéro du 28 juillet, le travail présenté à l'Académie de médecine par MM. Étienne et Drouet, sur « le traitement de la maladie de Basedow en fonction de l'intervention de l'hypophyse dans l'hyperthyroïdie », nous avons omis de mentionner, parmi les médications classiques rappelées par les auteurs nancéens, l'emploi de l'hématoéthyroïdine. On sait en effet que cette dernière, couramment utilisée, réalise l'opothérapie antithyroïdienne, par l'administration du sang d'animaux éthyroïdés.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement de l'appréhension et de la douleur en pratique stomatologique A. Jacquot (*L'Odontologie*, n° 5 1934.

Au cours de ce travail, l'A. expose le fruit de sa longue expérience, en ce qui concerne le traitement de l'appréhension et de la douleur en stomatologie.

Contre l'appréhension, le Belladénal lui a donné des résultats remarquables en supprimant les réflexes et l'anxiété du malade. Son action, complexe au bout de 15 minutes, persiste plusieurs heures, diminuant ainsi les réactions douloureuses post-opératoires.

La posologie normale est d'un à deux comprimés pour un adulte. Toutefois, chez un cardiaque, il convient de réduire cette dose à un demi-comprimé.

Quant à l'élément douleur, si les analgésiques sont nombreux pour le combattre, c'est à l'Optalidon que l'A. donne sa préférence.

Il déclare n'avoir jamais observé de douleurs chez ses opérés traités par ce médicament, même dans les cas d'ostéite maxillaire consécutive. La sédation de la douleur ainsi obtenue dure en moyenne de 2 à 6 heures suivant les sujets.

L'optalidon ne présente aucune contre-indication. Il ne détermine aucun trouble. L'A. a même pu observer des malades ayant absorbé 8 à 10 comprimés par 24 heures sans avoir été incommodés.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vrey dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Hérédité et cancer. — *Détaché d'un article de M. le doyen, Roussy dans* LE MOUVEMENT SANITAIRE (novembre 1934), *numéro spécial du Xe anniversaire de cette revue.*

...Une enquête sur l'hérédité du cancer a été faite, par nous il y a quelques années, à l'Institut du Cancer.

Elle a consisté à interroger tous les malades atteints de tumeurs malignes et à rechercher dans leurs antécédents, comme dans leur famille, s'il existait ou non des cas du cancer. Pour cela, on a noté, avec le plus grand soin, aussi bien les cas négatifs que les cas positifs.

Une telle façon de procéder comporte bien entendu de nombreuses erreurs. Le plus souvent les malades ne peuvent donner des renseignements que sur leurs parents, père et mère ; quelquefois seulement sur leurs grands-parents ; souvent, ils ignorent la cause de la mort de leurs parents ou de leurs collatéraux, frères ou sœurs.

A ces causes d'erreurs, il y a cependant un correctif à apporter ; c'est le fait qu'une mort par cancer frappe particulièrement l'imagination, et que le souvenir en reste fixé dans les familles ; on sait qu'à l'heure actuelle, le grand public croit généralement à l'hérédité du cancer. Il est à remarquer enfin que notre enquête tient le grand compte des faits négatifs, et c'est là un point auquel on n'attache généralement pas suffisamment d'importance.

Les premiers résultats de cette enquête portent sur 439 malades, sur lesquels les antécédents cancéreux n'ont été retrouvés que 58 fois. Ce qui montre que le pourcentage des antécédents cancéreux chez des malades atteints de tumeur maligne, du moins chez les parents, les grands parents ou les collatéraux, n'est pas toujours élevé. Ces chiffres ne peuvent avoir qu'une valeur relative en raison du fait que cette statistique repose sur un nombre de cas trop faible.

Dans le *domaine expérimental*, le rôle de l'hérédité dans le cancer a été longuement étudié. Cette étude a porté à la fois sur l'hérédité des cancers spontanés ou sur celle des cancers provoqués par greffe ; elle a abouti à une série de résultats intéressants, mais qui sont assez contradictoires.

On sait qu'il y a bien des années, un auteur américain, Maud Slye, soutint que les cancers (épithéliomas et sarcomes), observés dans son élevage de souris, se transmettent héréditairement comme facteur mendélien simple, du type récessif.

Mais ce type récessif du facteur héréditaire n'est pas admis par tous les auteurs qui discutent encore sur le nombre et la qualité des facteurs mendéliens. Le cancer serait un facteur « dominant simple » pour Lynch, ou « dominant, limité au sexe », pour Little. Par contre, Marsh admet un facteur complexe et J. Loeb fait intervenir des facteurs multiples. Comme le dit Wells, le mode de transmission héréditaire reste à déterminer. Pour la plupart des auteurs, cette prédisposition héréditaire semble être une prédisposition d'organe ou de tissu, et non une prédisposition générale.

Maud Slye a montré encore que l'apparition du cancer, sous l'influence d'un traumatisme important était commandée par l'hérédité, chez les animaux. L'existence de différences génétiques a été observée aussi pour le cancer du goudron de la souris par Lynch, par Kreyberg, et, pour le sarcome à cysticerque du foie chez le rat, par Bullock et Curtis, au Crocker Laboratory.

En présence de ces résultats, Maud Slye a cru pouvoir tirer des conclusions susceptibles d'être appliquées à l'espèce humaine. Elle pense, en effet, que chez l'homme le cancer se comporte comme un caractère héréditaire récessif et qu'il serait possible, par des « croisements judicieux » d'en diminuer la fréquence.

Madame Dobrowlskaïa-Zavadskaïa a repris, en France, ces recherches à l'Institut du Radium. Cette étude longuement poursuivie, l'a conduite à des résultats qui viennent confirmer ceux de Maud Slye. Mais elle a eu soin de montrer les difficultés du problème et d'insister sur la difficulté « d'accumuler des faits



comparables sur la base desquels on pourra dresser des formules numériques qui, seules, pourront aider à résoudre les problèmes complexes liés à l'hérédité du cancer ».

Enfin, Mercier et Gosselin, en France, ont noté que la réceptivité à la greffe du lymphosarcome de la souris présentait un caractère familial, dont il restait à préciser le mécanisme héréditaire. Ils ont, par ailleurs, signalé la transmission héréditaire de l'épithélioma dendritique de la mamelle chez la souris.

Tous ces faits valent d'être pris en considération ; mais ils ne sont point encore concordants.

En somme, les recherches expérimentales tendent à faire admettre qu'un facteur héréditaire existe surtout chez la souris, mais il n'est point encore démontré que ces notions puissent être reportées du domaine de l'expérimentation dans celui de la pathologie humaine.

Ainsi donc, l'observation des faits montrent que si certains plaident en faveur de l'influence de l'hérédité dans l'origine du cancer, rien ne permet encore de dire en quoi consiste cette influence.

Pour ma part, et tout en reconnaissant que certains individus semblent plus prédisposés que d'autres « au cancer », je persiste à penser qu'il est difficile de considérer le cancer comme une maladie héréditaire. Rien ne permet, en effet, de rapprocher le processus tumoral malin de ces malformations, dites héréditaires, et auxquelles la notion des « cancers embryonnaires », aujourd'hui de plus en plus battue en brèche, a pu donner, durant un temps, une apparence de réalité.

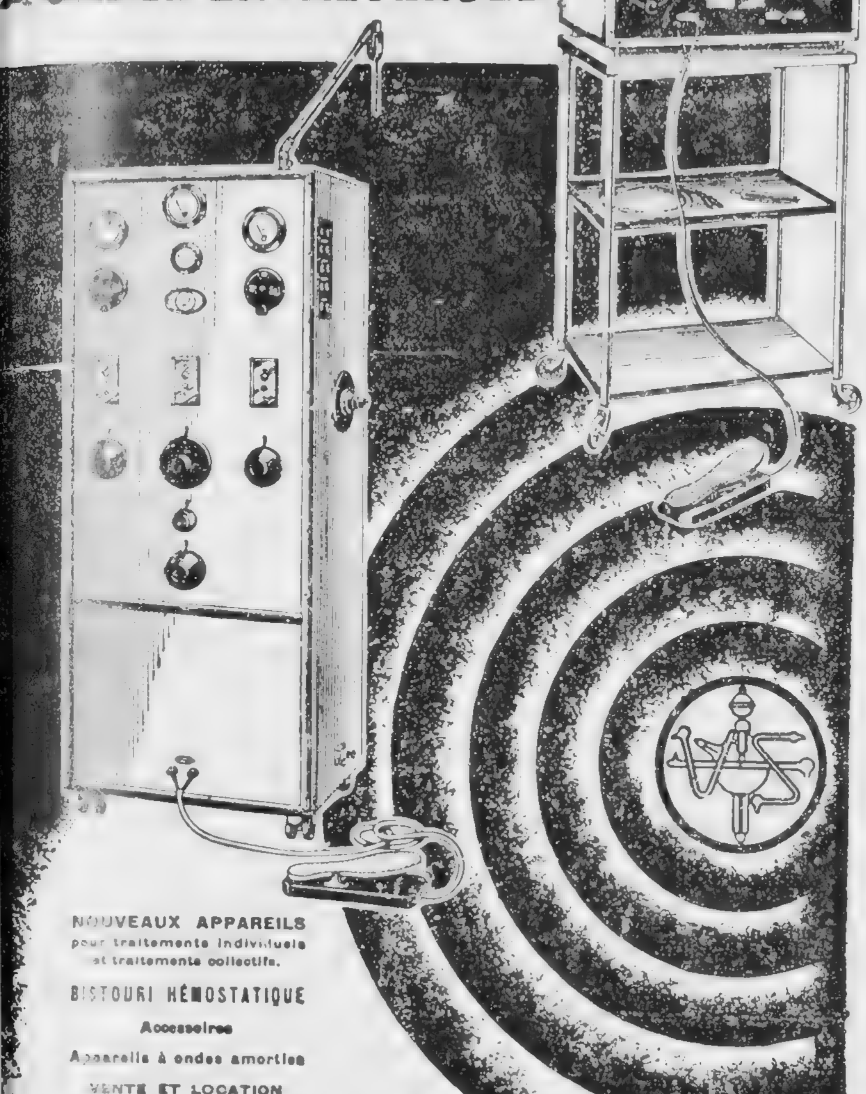
Quant à savoir quel est le rôle de l'hérédité dans la transmission du « facteur de prédisposition ou de résistance au cancer », c'est là une question très difficile et très complexe. Avec beaucoup d'auteurs, j'ai admis l'influence de « l'hérédité indirecte » dans le cancer. Et l'on sait que certains auteurs comme Slosse et Reding, ont cru pouvoir retrouver dans l'état d'acidose ou d'alcalose du sang, un des caractères chimiques de ces états de réceptivité ou de résistance, état qui pourrait se transmettre par hérédité. Mais cette intéressante question reste à l'étude et n'est point encore généralement admise. Parler de terrain cancéreux, c'est, il est vrai, évoquer des conditions que l'observation clinique semble nous révéler souvent, mais c'est aussi répondre à une question par une hypothèse, puisque la démonstration scientifique de la nature de ce terrain n'est pas encore faite.

Médecine et littérature. — *De M. Emile Henriot, cet article paru dans* LE TEMPS (24 décembre 1934) :

J'aime beaucoup les médecins. Même — et surtout ! — quand on n'a pas besoin d'eux, leur compagnie est agréable. Elle rassure, si l'on est malade ; si l'on se porte bien, leur conversation fait plaisir. Ce sont gens qui savent parler, qui ont des idées, de la culture ; que leur formation scientifique oblige à se porter toujours et tout de suite *in medias res* ; que leur expérience de l'homme et de la douleur incline à l'humanité et et à l'indulgence, étant habitués à tout voir à tout entendre, à tout comprendre. Sans remonter à Rabelais et à Guy Patin, ou même à Littré et à Jean Lahor, et pour ne parler que de nos contemporains, de M. Georges Duhamel à M. F.-L. Céline, du stendhalien Henri Martineau au mériméiste Maurice Parturier, du montaigniste Armaingaud au huysmanien René Dumesnil, du Professeur Jean-Louis Faure et de M. Gilbert Robin à M. Voivenel, à M. Marcel Hamon, à M. Léo Gaubert, à M. Octave Béliard et à bien d'autres, tous bons disciples d'Hippocrate, il y en a beaucoup qui écrivent. Et toujours, quel que soit le talent littéraire dont ils disposent, il y a dans les livres publiés par des médecins un goût de la vérité et un accent qu'on ne trouve pas nécessairement dans les ouvrages des autres amateurs, ni même dans ceux des écrivains professionnels. Sur ces rapports singuliers de la médecine et des lettres, il était naturel d'attendre qu'il se fît un jour une enquête. Notre ami Maurice Parturier, lui-même écrivain et docteur, a eu l'idée de la mener, en demandant à ses confrères en Esculape comment ils ont été conduits à la littérature, et quelle influence leurs études médicales et l'exercice de leur profession ont pu avoir sur leur œuvre littéraire. J'ai en mains les réponses que M. Parturier a obtenues pour sa consultation, et qu'il va commencer de publier d'ici peu, dans le *Phare Médical de Paris*, en attendant, comme on l'espère bien, qu'il les réunisse en volume. C'est un document instructif et du plus grand intérêt philosophique. On y voit penser des hommes de méthode et s'expliquer sur ce qu'ils ont fait. Il y a là beaucoup à apprendre pour les écrivains qui ne sont que cela, et qui ne savent rien que par génie.

A première vue, les correspondants de M. Maurice Parturier se classent en deux groupes distincts : celui des médecins qui ont passé de la médecine à la littérature, parce qu'ayant d'abord appris beaucoup de leur état ils ont à la longue éprouvé le besoin de mettre par écrit leurs expérience et d'en faire part aux hommes ; et celui des médecins qui, ayant d'abord reçu l'appel de leur vocation littéraire, ont fait leurs études médicales ou par nécessité, pour se procurer un métier pratique, ou par esprit philosophique, pour augmenter leurs moyens d'information sur l'homme, éternel sujet de toute recherche littéraire, et qu'il y avait ainsi occasion de connaître mieux. Quel que soit le chemin parcouru, de la médecine à la littérature, ou de la littérature à la littérature par la médecine, tous les praticiens qui écrivent sont d'accord pour proclamer l'utilité, l'efficacité, le profit qu'ils ont retirés de leur formation scientifique ; et que s'ils savent quelque chose de précis et de positif sur l'homme, c'est à leurs habitudes cliniques qu'ils le doivent. « Anatomistes et physiologistes, je vous retrouve partout ! » s'écriait à la fin de son article sur *Madame Bovary* le clairvoyant Sainte-Beuve, qui lui-même, avant d'être poète, avait étudié la médecine et, pour cela sans doute, subodoré du premier coup dans le débutant Gustave Flaubert sinon un médecin, du moins un esprit élevé dans le voisinage d'un amphithéâtre : le père et le frère de Flaubert étaient en effet docteurs, comme on sait.

Cet exemple est intéressant : c'est par lui qu'à travers les observations sur eux-mêmes de Georges Duhamel, de L.-F. Céline, d'Henri Martineau, de Gilbert Robin, de Marcel Hamon, l'enquête du *Phare Médical* se trouve justifier, dans ce qu'il eut de meilleur, les prétentions du naturalisme à étudier les réalités de la vie avec une méthode scientifique. Mais il y a lieu de souligner le propos très juste du Docteur Gilbert Robin, qui, après avoir vanté l'utilité, pour l'intellectuel, de la formation médicale, remarque que la création littéraire n'a aucun rapport avec le fait médical lui-même, et qu'il ne suffirait pas au médecin d'enregistrer son expérience toute brute pour faire du coup une œuvre d'art. Ce n'est pas le scientisme de Zola qui constitue la partie la plus valable de son œuvre : mais il était poète, à sa façon, et c'est le lyrisme dont il a su animer au surplus les résultats de son observation méthodique qui a fait de lui un écrivain capable de compter. Telle est sans doute aussi l'opinion de M. Georges Duhamel, qui, tout en affirmant que ce qu'il sait il le doit à son métier de médecin, et aux disciplines





de ce métier, ne saurait pour sa part contester à la poésie le rôle pour le moins aussi important qu'on lui voit jouer dans son œuvre. Comme dit très bien encore M. Marcel Hamon, l'éducation à la fois classique et scientifique du médecin lui donne l'observation et la forme. Mais le talent n'est qu'à l'artiste, et de surcroît ; et ce talent est nécessaire. Sans quoi, la littérature ne serait que collection de documents. Pour compter, au surplus, la littérature doit être œuvre d'art.

Il y a cependant dans les productions des médecins littérateurs un élément qui n'est qu'à eux, et, qui, bien ou mal faits, rend toujours leurs écrits particulièrement émouvants et dignes d'intérêt : c'est l'humanité de leur observation, que M. Luc Durtain, entre autres, me paraît avoir très délicatement définie, quand il parle de cette « sympathie humaine » que le médecin, dans ses livres, apporte à traiter l'homme « comme un malade que l'on connaît mal si l'affection n'accroît pas la pénétration du regard ». Une vue de l'homme, en effet, qui ne suppose pas une infinie pitié à son égard est incomplète, et ne vaut rien. C'est pourquoi si dans l'ouvrage littéraire d'un médecin j'aperçois, joint à beaucoup d'art, un travail soigné, le respect des faits, une connaissance approfondie de la nature humaine et la plus sûre information du sujet traité, j'admirerai à la rigueur sa compétence et son talent ; mais s'il y manque l'indulgence, je me dirai aussi que, chez l'auteur, le littérateur l'emporte sur le médecin ; et, le cas échéant, je me ferai soigner par un autre. Le livre d'un médecin sans charité doit être d'un mauvais médecin.

Médecins et étudiants en médecine allemands en France. — *De M. Maurice Mordagne dans la* GAZETTE DES HÔPITAUX :

Avant les vacances parlementaires, M. le général Stühl, sénateur de la Moselle, d'accord avec les représentants autorisés du monde médical, avait posé au ministre de la Justice une question indiscrète sur le nombre des naturalisations accordées à des médecins allemands.

Voici, d'après l'*Officiel*, le texte de la question et celui de la réponse bizarre qui a été faite :

Question écrite (2.777). — M. le général sénateur, Stühl, demande à M. le ministre de la Justice combien de naturalisations ont été accordées à des médecins ou étudiants en médecine allemands *depuis avril* 1933, dans quelles conditions et sous quelles garanties la naturalisation a été accordée.

Réponse. — Les statistiques établies par le service de naturalisation ne contiennent pas de rubriques spéciales relatives aux médecins et étudiants en médecine naturalisés : *il n'est donc pas possible de fournir les chiffres demandés.*

Avant d'accorder la naturalisation à un médecin ou à un étudiant en médecine étranger, la Chancellerie s'assure toujours que les premiers sont titulaires du diplôme d'État français de docteur en médecine et que les seconds remplissent les conditions exigées pour pouvoir obtenir, à la fin de leurs études, ledit diplôme d'État.

Sur quoi, M. Maurice Mordagne écrit :

Ainsi donc, le ministère de la Justice répond au sénateur de Metz qu'*il ne peut pas lui répondre.*

Quand nous avons demandé cet été à M. Louis Marin, alors ministre de la Santé publique, *combien de doctorats d'État avaient pu être décernés à des Allemands ou ex-Allemands*, il a été obligé de nous déclarer, *après enquête administrative*, qu'il ne pouvait pas le savoir !...

Poussant plus loin, ses investigations, l'Association corporative des étudiants en médecine est allée dans les bureaux du ministère de l'Éducation nationale, poser les mêmes questions. Là, il lui a été prouvé, très aimablement du reste, qu'*on ne classait pas par nationalité* les docteurs d'État provenant des docteurs d'Université. C'est donc toujours la même méthode employée, ou plutôt la même absence de méthode. On ne sait pas..., on ne classe pas... ; mais alors, que fait-on, dans les bureaux, des multiples classeurs qui y sont installés ?

En ce qui concerne la naturalisation, le ministre de la Justice ignorerait s'il naturalise un médecin, un étudiant en médecine ou un champion de boxe. Or, ce qu'il répond à M. le général Stühl est totalement inexact, puisqu'il reconnaît dans sa réponse que *la Chancellerie s'assure que le médecin candidat à la naturalisation est titulaire du doctorat d'État.*

Étudiants et praticiens de France qui vous plaignez avec raison de la pléthore, nous vous demandons de vous défendre et d'exiger de vos assemblées professionnelles qu'elles fassent au plus tôt la lumière sur cette question mystérieuse des étudiants en médecine et médecins allemands entrés en France depuis avril 1933. Vous ne devez pas être dupes plus longtemps.

La clef des noms, par TALDIR JAFFRENNOU. Éditions de Psyché, 35, rue du Bac, Paris 1934.

Ce n'est pas un recueil de poèmes que nous donne cette fois le barde mais une sorte de lexique indiquant l'origine et la signification des noms propres de la Bretagne et de ses marches : Cotentin, Maine, Anjou, Vendée.

Noms d'origine celtique, d'origine germanique, d'origine latine et religieuse, si vous voulez savoir ce que signifie votre nom, ou celui de vos amis, celui encore de votre pays d'origine, ne manquez pas de recourir à cet excellent petit livre.

Reçu en même temps que ce livre une charmante mélodie : *An heur a sko* ; poésie de F. Jaffrennou Taldir, musique de Jean le Flem Larvor.

Tous mes remerciements au Barde. — E. de M.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 3 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 JANVIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


ANGIOXYL
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2-3 cuil. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C 18.000
Roger Dacosta. Edit.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 11 janvier. M. Albeaux-Fernet : Etude des cholécystites toxiques. — M. Quinidio-Armaigna : Syndrome ictéro-ascitique post-traumatique. — Mme Boutboul : De quelques difficultés d'interprétation des radiographies faites avec les grilles antidiffusantes.

15 janvier. — M. Boutboul : Rapports des hémiplégies avec l'hypertension artérielle (étude clinique). — M. Zeiler : Les collaborateurs médicaux de l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert. — M. Beyra y Alemany : La fièvre syphilitique chez l'enfant. — Mlle Zyberfenik : Etude de l'avenir mental des enfants atteints de chorée de Sydenham.

16 janvier. — M. Gateau : Etude des occlusions intestinales du nouveau-né par malformation congénitale. — M. Lévy-Boladerès : Les pneumonies prolongées. — M. Villette : Les abcès pneumococciques de la loge de Retzius.

17 janvier. — M. Albessard : Contribution à l'étude de l'hallucinose pédonculaire. — Mlle Fié : La formule hémo-leucocytaire et l'état de la coagulation au cours de chrysothérapie. — M. Leschi : L'autopyothérapie dans les affections gangréneuses du poumon. — M. Docal : Etude de la radio-nécrose tardive du larynx non cancérisée.

15 janvier. (*Thèses vétérinaires*). — M. Saklas : Le cheval dans la Grèce antique. — M. Hemelsdael : La race porcine flamande.

16 janvier. (*Thèses vétérinaires*). — M. Fourmont : Coccidiose bovine et son traitement. — M. Ducoux : Traitement des plaies accidentelles du cheval par l'intivirus mixte staphylococcique-streptococcique.

Commission des sérums. — *Président* : M. Louis Martin. *Vice-président* : M. le Professeur Tiffeneau.
Membres de droit : MM. Serge Gas, conseiller d'Etat ; Jules Renault, le Professeur Tanon, Tétreau, Henri Garnier, les Professeurs Achard, Roussy et Paul Guérin.
Membres nommés : MM. Tiffeneau, Dopter, Brouardel et Ramon, de l'Académie de médecine ; MM. Ponchet, Debré, Bordas, Nattan-Larrier, Radais, du Conseil d'hygiène.
Membres adjoints : MM. Barthet, Henri Bonnet, Broquet, Cruveilhier, Dimitri, Dujarric de la Rivière, Fabre, Lormand, Pannisset.
Secrétaire : M. Henri Bonnet.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Le bureau pour 1935 est ainsi composé :
Président : M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur ; vice-présidents : M. le Professeur Pouchet et M. Jules Renault ; secrétaire : M. le Docteur Eugène Briau.

Concours de l'agrégation. — *Section d'hydrologie, thérapeutique et climatologie.* — Jury : président, M. le Professeur Carnot ; MM. Villaret, Santenoise, Fabre, Soula.
Candidats : MM. Justin-Besançon (de Paris), Castagné (de Montpellier).

Exposé de titres. — Séance du 7 janvier. — MM. Castagné : note 18 ; Justin-Besançon : note 20.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 8 janvier. — M. Castagné : « Cures climatiques. La tuberculose pulmonaire » ; note 15.

M. Justin-Besançon : « Traitement hydrominéral et climatique de l'asthme » ; note 20.

Epreuve clinique. — M. Justin-Besançon est proposé pour le titre d'agrégé.

Légion d'honneur. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *A la dignité de grand officier.* — M. le Médecin général inspecteur Dopter, président du Comité consultatif de santé, membre de l'Académie de médecine.
Au grade de commandeur. — M. le Médecin général inspecteur Sacquépée, membre de l'Académie de médecine.
M. le Médecin général Sandras, directeur de Service de santé des troupes de Tunisie.
M. le Médecin colonel Cristiani.

Education nationale. — *A la dignité de grand officier.* — M. Charles Walther, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, président de l'Académie de médecine.
M. Auguste Lumière, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Société française d'ophtalmologie. — Le 48e Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à Paris du lundi 13 mai au jeudi 16 mai, à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique.
Le rapport sur l'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte sera présenté par le Docteur de Saint-Martin (de Toulouse).
Une séance spéciale pour l'étude du traitement du décollement de la rétine aura lieu le mercredi 13 mai, à 16 heures.
Une séance spéciale de l'Institut d'optique sera consacrée à l'étude de la photographie du fond d'œil.
Une exposition d'instruments sera organisée pendant le Congrès, des séances opératoires auront lieu dans les hôpitaux.
La promenade traditionnelle se fera cette année à Maintenon et sera suivie d'un dîner à Versailles.
Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, Docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

Le bal des médecins et des pharmaciens de la Marine et des Troupes coloniales. — Le bal de bienfaisance qu'organise chaque année l'Association médicale des anciens élèves de l'École de Bordeaux et des anciens médecins et pharmaciens de la Marine et des Troupes coloniales au profit des veuves et des orphelins de l'A. S. N. C. (Amicale, Santé Navale

Coloniale), aura lieu le samedi 26 janvier prochain, à 22 heures, dans les magnifiques salons du ministère de la Marine, place de la Concorde, Paris.

M. le Président de la République et plusieurs membres du Gouvernement ont promis d'honorer de leur présence cette fête de charité qui promet d'être très brillante.

On peut se procurer des cartes : au ministère de la Marine (bureau de la Presse) ; au ministère des Colonies, 27, rue Oudinot (Service de santé), au siège social de l'Association (98 *bis* boulevard Haussmann). Prix des cartes : 40 francs.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1934-1935, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE DEUXIÈME TRIMESTRE 1934-1935.
13 janvier, M. LEVEUF : Les progrès récents dans le traitement des fractures du coude chez l'enfant (projections).
20 janvier, M. PICHON : Le développement du langage chez l'enfant. — 27 janvier, M. Jean RAVINA : Gonococcie et fonction de reproduction. — 3 février, M. RICHARD : Rôle et valeur de la greffe dans la tuberculose osseuse (projections). — 10 février, M. BABONNEIX : De quelques erreurs de diagnostic (projections). — 17 février : M. SAINTON : Le cœur goitreux (projections). — 24 février, M. DESMAREST : Les obstructions non calculeuses des voies biliaires. — 3 mars, M. CHEVALLIER : Les formes non anémiques de la chlorose. — 10 mars, M. LESNÉ : Les fièvres alimentaires du nourrisson. — 17 mars, M. M.-P. WEIL : La fonction génitale de la femme. — 24 mars, M. N.
31 mars, M. AMEUILLE : La tuberculose pulmonaire abortive (projections). — 7 avril, M. JUSTIN-BESANÇON : Traitement de la néphrite mercurielle.

Concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 25 février 1935, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 heures à 17 heures, du lundi 21 janvier au lundi 4 février 1935 inclusivement.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 4 février 1935, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Le registre d'inscriptions sera clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — *Première série* : 1. Chirurgie des plaies pleuro-pulmonaires : voies d'abord. — 2. Chirurgie du cœur : l'opération de Brauer ; la voie d'abord de P. Duval et Barnsby. — 3. Chirurgie des suppurations pleuro-pulmonaires : la pleurotomie ; la résection costale. — 4. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire : la phrénicectomie : les voies d'abord de la première côte ; la thoracoplastie. — 5. Chirurgie thoraco-abdominale : thoracophréno-laparatomie.

Deuxième série : 6. Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott : technique de Hibbs ; technique de Albee. — 7° Chirurgie de la hanche : la voie d'abord d'Ollier ; la voie d'abord de Smith-Petersen Mathieu ; l'arthrodèse de la hanche.
8. Technique générale des arthroplasties : l'opération de Whitman. — 9. L'arthroplastie du genou. — 10. Interventions orthopédiques sur le pied.

Hôpital Saint-Michel. — Place d'assistant vacante, service de gastro-entérologie, hôpital Saint-Michel. Trois matinées par semaine, 300 francs par mois.

Place destinée à docteur en médecine habitant Paris, ayant déjà expérience en gastro-entérologie.

Écrire avec titres et références (externat, internat, stages hospitaliers), Docteur Delort, 1, place d'Iéna, Paris (XVIe).

Prix Etienne Taesch. — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de

candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Pour l'anéne 1935, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1935, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général, 34, boulevard des Invalides, Paris (VIIe).

L'amitié franco italienne. — Des télégrammes très chaleureux ont été échangés entre l'Association de la Presse médicale française et le président de la Presse latine le Professeur Giordano, de Venise.

Le prochain Congrès de Presse latine, qui se tiendra en Italie, se prépare sous des auspices particulièrement favorables.

Nécrologie. — Docteur DE BROU DE LAURIÈRE, de Périgueux, président de l'Association des médecins de la Dordogne — Docteur Ernest BUCHHOLZ, de Reims, décédé dans sa 49e année. — Docteur Jean CHRÉTIEN. — Docteur Louis DELTEIL, maire et conseiller général de Saint-Pierre-d'Oléron (Charente-Inférieure), décédé à l'âge de 58 ans. — Docteur Gontran DUVAL, de La Roche-Guyon (Seine-et-Oise), décédé à l'âge de 52 ans. — Docteur Jean ETCHEPARE, de Cambo (Basses-Pyrénées), ancien président de la Société des amis des Basques, décédé à l'âge de 57 ans. — Docteur EVEN (Mme), femme de M. le Docteur Roger Even chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — Docteur Jean-Baptiste LANDOUAR, de Saint-Brieuc, médecin principal de la marine en retraite, décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur Georges MAILHETARD, de Saintes, ancien conseiller général de la Charente-Inférieure. — Docteur Harris VIVIEN, de Bordj-Bou-Arrérij.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le traitement des hémoptysies rebelles par la phrénicectomie

Par le Pr Jean MINET et le Dr J. DUPIRE

L'idée de traiter par la phrénicectomie les hémoptysies rebelles au traitement médical n'est pas, à vrai dire, une innovation thérapeutique.

Au temps où l'exérèse du phrénique n'avait pas encore détrôné la section du nerf, l'application de l'opération de Stuertz au traitement des hémoptysies était déjà envisagée. Nous la voyons en effet proposée dès 1918 par Pribram qui rapporte quatre observations d'hémoptysies ainsi traitées et conclut formellement à l'opportunité de cette méthode. Le titre de sa publication ne laisse aucun doute à ce sujet.

Lorsque l'opération de Félix eût remplacé définitivement la simple section du nerf, elle fut aussi proposée comme traitement de l'hémoptysie. Dumarest, au Congrès de Strasbourg, classe les hémoptysies récidivantes parmi les indications de la phrénicectomie « lorsque le pneumothorax est impossible ». Et Desjacques, dans sa thèse, Bérard, Dumarest et Desjacques dans leur monographie, signalent les bons effets de l'intervention sur les hémoptysies rebelles. « Les hémoptysies graves et répé-« tées fournissent une bonne indication à la phrénicec-« tomie, soit que le pneumothorax soit irréalisable, soit « que, réalisé, il soit inefficace ou aggravant pour les « hémoptysies. Sa valeur hémostatique est incontestable « et parfois souveraine. »

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question se bornent d'ailleurs à signaler cette indication, soit *a priori*, soit par ouï dire ; rarement ils apportent des observations personnelles probantes.

C'est ainsi qu'Alary signale « l'effet curateur que peut avoir la paralysie opératoire du diaphragme au cours des hémoptysies récidivantes » ; Borg note « d'après les auteurs » les bons effets de la phréni. Parlant de la phréni, comme traitement de certains symptômes, Lipszyc écrit : « Il en est ainsi de l'hémoptysie qui, du fait de ses récidives ou de son abondance, relève dans de nombreux cas d'une thérapeutique active et efficace, telle la phréni. »

Nous pourrions multiplier les citations : « On l'a préconisée, dit Mlle Lahaye, contre certaines hémoptysies. Ce sont des indications rares, parfois posées à l'étranger, presque jamais en France ; aussi n'insisterons-nous pas ». Charrier et Loubat écrivent : « La phréni ne pourra agir que dans les cas d'hémoptysies de petite importance... Sur les hémoptysies graves, elle sera sans effet... Elle est inférieure à l'action du pneumothorax artificiel ».

Pourtant, selon d'autres auteurs, quand un pneumothorax artificiel est inefficace ou aggravant pour les hémoptysies, il y a lieu d'envisager la phrénicectomie (Bérard, Dumarest et Desjacques, Caussade et Tardieu).

Nous avons eu l'occasion de traiter par exérèse du phrénique deux malades atteints d'hémoptysies rebelles à tous les traitements médicaux et chez qui le pneumothorax était impossible. On trouvera rapportées plus loin les observations de ces malades.

Dans l'une, le résultat fut excellent : dans l'autre, nul. C'est pour tenter d'expliquer cette action différente, que nous avons recherché dans la littérature médicale les observations analogues afin de les confronter avec les nôtres, et d'essayer d'en tirer quelques indications. Nous avons, en outre, fait état de trois observations inédites que le Professeur agrégé Gernez a bien voulu nous communiquer.

Ces observations sont de deux ordres : dans quelques-unes, c'est l'arrêt de l'hémoptysie, et rien de plus, qui est demandé à la phréni ; dans les autres, l'hémoptysie ne commande pas la phréni, mais elle en bénéficie.

Nous les avons classé en trois groupes :

a) Hémoptysies traitées par la phréni : bon résultat.
b) Hémoptysies traitées par la phréni : résultat nul.
c) Hémoptysies, en cours de collapsothérapie, traitées par la phréni.

Observations personnelles

OBSERVATION I. — M... Rachel, servante 25 ans, entre à la clinique médicale et phtisiologique de la Charité, à Lille, le 7 avril 1931, parce qu'elle tousse et crache depuis trois semaines, et qu'elle a présenté une hémoptysie huit jours auparavant.

Ses antécédents sont assez chargés. Son père est mort d'une affection pulmonaire hémoptoïque, et une sœur est décédée à 22 ans de tuberculose pulmonaire confirmée. Elle-même a présenté il y a huit ans une pleurésie séro-fibrineuse droite. Il y a cinq ans, elle fit pendant quinze jours des hémoptysies : un examen clinique et radioscopique pratiqué à ce moment n'aurait décelé aucune lésion pulmonaire.

A son entrée, elle se présente sous l'aspect d'une jeune femme amaigrie et pâle. État fébrile léger. Toux persistante, parfois émétisante. Expectoration abondante, muco purulente.

A l'examen, on constate des signes de ramollissement étendu du sommet droit, aussi bien sous la clavicule que dans les fosses sus et sous-épineuse. La radiographie montre une opacité non homogène, d'aspect nébuleux, de toute la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, nettement limitée vers le bas par une ligne légèrement oblique en haut et en dehors, vraisemblablement scissurale. Rien de net à gauche. La bacilloscopie est fortement positive.

Un pneumothorax artificiel est décidé : il se révèle impossible malgré plusieurs tentatives.

Quinze jours plus tard surviennent à trois reprises des hémoptysies très abondantes de sang rouge et, en même temps, l'état général devient alarmant : la fièvre monte, le pouls est rapide, les muqueuses décolorées, la faiblesse extrême. La thérapeutique médicale se montre incapable d'arrêter l'hémorragie, et une phrénicectomie droite est pratiquée d'urgence le 27 avril.

A la suite de cette intervention, les hémoptysies ne se reproduisent plus. A l'examen radioscopique, l'hémidiaphragme droit apparaît immobile et remonté de trois travers de doigt ; sur une radiographie pratiquée un peu plus tard, le rapprochement des côtes supérieures, l'aspect pointu du sommet, une légère déviation trachéale à droite, la forme curviligne de la limite scissurale inférieure, dénotent une tendance légère mais indiscutable à la rétraction des lésions.

Pourtant l'état général ne s'améliore pas : même faiblesse, amaigrissement continu, fièvre vespérale. La toux, pénible, émétisante, persiste ainsi que l'expectoration. Cet état reste stationnaire pendant deux mois environ. Puis, la malade décline de plus en plus. Les signes fonctionnels et généraux s'accentuent. Le 25 juin apparaissent quelques crachats fortement teintés de sang. L'examen clinique et radiologique montre l'extension des lésions pulmonaires à la base droite et au poumon gauche.

A partir de ce moment, l'évolution se poursuit inexorablement. Le tableau de la phtisie se complète : la malade est en proie à des crises de dyspnée qui nécessitent la morphine ; la fonte musculaire est extrême et la mort survient le 20 septembre 1931 par cachexie progressive, cinq ans après la phrénicectomie.

L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION II. — C... Maria. 56 ans, fille de salle, entre à la clinique médicale et phtisiologique de la Charité, à Lille, pour une hémoptysie survenue deux jours auparavant.

Son mari est décédé de tuberculose pulmonaire il y a neuf ans. Un an après, âgée de 48 ans, elle fait une hémoptysie abondante : depuis lors, elle tousse tous les hivers ; pendant ces périodes elle maigrit, est fébrile et oppressée.

Le début de ses malaises actuels remonte au 25 novembre, date à partir de laquelle elle fit de la fièvre, se sentit oppressée et fatiguée. Le 6 décembre, elle fut prise brusquement d'une quinte de toux pendant laquelle elle cracha en abondance du sang rouge, aéré, se déposant en caillot dans le bassin. Cette hémoptysie s'est répétée cinq fois avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

En ce moment, on se trouve en présence d'une femme de forte corpulence, au ventre volumineux et étalé, dont la face et les muqueuses sont pâles. La température est de 39° ; la dyspnée vive. Deux hémoptysies, l'une d'un crachoir, l'autre d'un demi-crachoir, surviennent dès son entrée.

A l'auscultation, on entend au sommet gauche des râles fins, plus nombreux après la toux. La radiographie montre des lésions à aspect fibreux au sommet gauche ; la bacilloscopie est positive.

Un traitement médical est institué. Les accidents aigus s'amendent et la situation reste stationnaire pendant dix mois, pendant lesquels la malade présente de temps à autre quelques crachats hémoptoïques.

Le 11 octobre 1932, nouvelle hémoptysie abondante et incoercible par les moyens médicaux. Grave atteinte de l'état général. Une phrénicectomie est pratiquée d'urgence le 13 octobre : les hémoptysies cessent jusqu'au 3 novembre.

A partir de cette date, les hémoptysies se reproduisent à intervalles irréguliers. L'état général est profondément touché : l'anémie est accentuée ; la température affecte de grandes oscillations. L'examen montre l'extension des lésions : bruits cavitaires à gauche, râles congestifs à droite.

La malade meurt de cachexie progressive et d'anémie le 11 mars 1933, cinq mois après la phrénicectomie.

A l'autopsie, l'hémithorax gauche est réduit aux deux tiers de son volume. Atélectasie massive de tout le poumon gauche, entièrement symphysé. A la coupe, sclérose massive avec, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, cicatrice dense, étoilée. Le poumon droit est légèrement congestionné, sans lésions tuberculeuses. Surcharge graisseuse de tous les organes, du foie en particulier.

Voici maintenant résumés, les points particuliers des observations des groupes A et B. Celles du groupe C seront signalées plus loin de façon suffisamment détaillée.

GROUPE A

DEMANGE. — Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, droite. Poussée évolutive, avec hémoptysie, un mois après la phréni.

SERVEL. — Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, sommet gauche. Diaphragme remonté de 5 cm. Stabilisation maintenue deux ans.

CARLE. — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse gauche, toute la hauteur. Fibrose droite. Bonne ascension du diaphragme. Régression de tous les signes.

RAINE. — Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse droite. Stabilisation.

RAINE. — Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse gauche. Formation ultérieure de cavernes.

GUIRAUD. — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse, sommet droit. Ascension de 5 cm. Action remarquable sur des hémoptysies menstruelles.

BOSNIÈRES. — Broncho-pneumonie tuberculeuse droite, sur toute la hauteur, surtout à la base. Poussée évolutive avec hémoptysies neuf mois après.

PARNET. — Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, sommet droit. Lésion radiologique du sommet gauche. Excellent résultat technique. Action sur des hémoptysies menstruelles.

PRIBRAM. — Broncho-pneumonie tuberculeuse droite, sur toute la hauteur. Diaphragme remonté de quatre travers de doigt. Guérison.

PRIBRAM. — Tuberculose pulmonaire droite, sommet. Ascension de trois travers de doigt. État satisfaisant.

PRIBRAM. — Broncho-pneumonie tuberculeuse droite, sur toute la hauteur.

PRIBRAM. — Tuberculose pulmonaire. Sommet droit. Thoracoplastie ultérieure

GERNEZ. — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse, sommet droit. Ascension de 3 cm. Stabilisation pendant trois ans.

GERNEZ. — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse gauche, côté droit atteint.

MINET et DUPIRE. — Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, lobe supérieur droit. Ascension de trois travers de doigt ; rétraction radiologique. Bilatéralisation.

BERTOTTO et DAL LAGO. — Tuberculose pulmonaire fibreuse gauche ; côté droit atteint.

BERTOTTO et DAL LAGO. — Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse bilatérale.

GROUPE B

PIGEANNE. — Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, lobe supérieur gauche. Sommet droit douteux. Cachexie progressive.

CARLE. — Tuberculose pulmonaire cavitaire, sommet droit. Signes radiologiques base gauche. Ascension suffisante. Augmentation du volume de la caverne.

GERNEZ. — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse base droite. Faible ascension. Apparition d'une caverne à la base.

MINET et DUPIRE. — Tuberculose pulmonaire fibreuse gauche, sur toute la hauteur. Grosse rétraction après phréni. Mort cinq mois après.

Nous avons éliminé les notions d'âge et de sexe, le mois de début et l'évolution de la maladie avant l'intervention. Nous avons retenu le type anatomo radiologique de la lésion, sa situation droite ou gauche et en hauteur, l'état du côté opposé, le résultat technique de la phréni, et l'évolution ultérieure.

En fait, nous n'avons pu tirer aucune conclusion des quatre premiers facteurs.

En ce qui concerne le type lésionnel, c'est la forme chronique fibro-caséeuse commune qui est la plus fréquente ; signalons trois cas de forme subaiguë broncho-pneumonique parmi les succès, et deux formes cavitaires parmi les insuccès.

En ce qui concerne la localisation, c'est le côté droit et le sommet qui sont le plus souvent notés. L'atteinte du côté opposé est parfois signalée.

Que ces différents facteurs aient une influence sur le résultat éloigné de la phréni, cela ne fait pas de doute ; mais il ne semble pas qu'ils influent sur son action hémostatique.

Au contraire, la relation entre l'action de la phréni sur l'hémoptysie, son action sur la lésion du poumon, et le résultat technique de l'intervention, paraît plus importante à considérer.

En ce qui concerne la lésion, on reconnaît à la phréni une action mécanique et une action « biologique ».

Au point de vue mécanique, la section du nerf phrénique supprime la tonicité et la contractilité du diaphragme. La disparition de la première provoque l'ascension de la coupole diaphragmatique ; celle de la seconde abolit le mouvement de piston qu'effectue le muscle au cours de la révolution respiratoire. Il en résulte un effet double : effet de relâchement, de détente, permettant au poumon, du seul fait de son élasticité, de s'adapter à la diminution de volume de l'hémithorax ; et suppression du traumatisme inspiratoire provoqué par la course du diaphragme.

La paralysie du diaphragme n'explique pas toujours certaines améliorations obtenues après phrénicectomie, et l'existence d'une action « biologique » a été admise. On a pu croire que cette action due aux modifications circulatoires, mal connues, résultant de la paralysie du diaphragme ; on l'interprète plutôt actuellement comme une action vaso-motrice et trophique, s'exerçant sur l'intermédiaire des filets sympathiques contenus dans le nerf et sectionnés avec lui.

Ne peut-on, par analogie, rapporter l'action hémostatique de la phréni à des phénomènes mécaniques, d'une part, vaso-moteurs et trophiques d'autre part ?

Toutes les observations que nous avons réunies ne renferment pas les indications qui nous auraient été utiles pour la discussion de cette hypothèse : nous en tiendrons compte au cours de notre exposé.

Observation du premier groupe

Dans ce groupe, lorsqu'il est fait mention du résultat technique de l'intervention, l'auteur signale, soit « une bonne ascension » (Carle), soit que « le diaphragme est remonté de quatre doigts » (Pribram), soit « un excellent résultat technique » (Parnet), quelle que soit par ailleurs l'action de la phréni sur les autres symptômes, sur les signes cliniques ou radiologiques. Chez le malade de Carle, on assiste à la disparition progressive de tous les signes cliniques ; dans la première observation de Pribram, le résultat de la phréni équivaut à une guérison. Au contraire, dans notre observation personnelle, la rétraction lésionnelle n'empêche pas l'extension du processus vers la base et du côté opposé, et la mort du malade.

On voit donc que l'action hémostatique dépend étroitement de la phénicectomie, quelle que soit l'évolution ultérieure de la tuberculose.

Observation du deuxième groupe

A la suite des faits précédents, il faut placer les phrénicectomies inopérantes avec ascension diaphragmatique insuffisante.

Dans l'observation de Gernez, la phréni ne détermine qu'une ascension faible, incapable d'enrayer l'apparition d'une spélunque de la base droite ; la guérison n'est obtenue qu'au prix d'une sclérose rétractile, avec ascension diaphragmatique, consécutive à l'abandon d'un pneumothorax institué après la phréni.

Dans l'observation de Carle, la phréni n'empêche pas le développement d'une caverne du lobe supérieur droit « en dépit d'une parfaite immobilisation et d'une ascension suffisante du diaphragme ».

Il ne paraît pas douteux que l'échec de la phréni chez ces deux malades soit dû à une action mécanique insuffisante dont l'apparition d'une spélunque a la valeur d'un test.

Observations du troisième groupe

Les observations de Jessen et de Luton sont comparables. Dans les deux cas, en effet, il existe des adhérences qui aggravent un pneumothorax « en libérant la base, la phréni a permis une rétraction pulmonaire efficace » (Jessen). Dans l'observation de Luton, l'hémoptysie a cédé à la décompression pleurale, et la paralysie phrénique n'a fait que consolider le résultat thérapeutique. Enfin, chez le malade de Prallet, porteur d'une thoracoplastie, le diaphragme est, après phréni, remonté de cinq à six centimètres.

A ces observations qui nous portent à attribuer à l'ascension diaphragmatique l'action hémostatique de la phréni, et les insuccès au mauvais résultat technique, il nous faut maintenant opposer celles, à vrai dire plus rares, où les faits inverses sont notés.

C'est ainsi qu'une phrénicectomie hémostatique est suivie de la formation de cavités (Raine). Il n'est pas fait mention de l'ascension phrénique. Si le diaphragme est remonté, il ne l'est pas assez pour arrêter l'évolution *in situ* ; doit-on alors rapporter l'action hémostatique à des phénomènessympathiques ? Rien ne nous permet de conclure affirmativement ou négativement.

Parmi les insuccès, nous notons une tuberculose congestive hémoptoïque (Pigeanne) non améliorée malgré « un très beau syndrome de paralysie du diaphragme ». La malade dont nous rapportons l'observation est atteinte de tuberculose fibreuse ; l'autopsie a montré que la phréni avait réduit le poumon aux deux tiers de son volume.

On ne peut donc, en ce qui concerne ces deux malades rapporter l'échec thérapeutique à une ascension insuffisante du diaphragme.

Sans doute s'agit-il de tuberculoses congestives, de formes diffuses s'accompagnant de lésions vasculaires. Notre malade présentait en outre des lésions hépatiques susceptibles d'aggraver les hémorragies. Si donc ces patients ne pouvaient bénéficier de l'action mécanique de la phréni en raison de la nature et de l'étendue des lésions, ils n'ont pas non plus tiré parti d'une action sympathique hypothétique.

Par ailleurs, le moment est venu de rapprocher de ces observations les cas d'hémoptysies survenant après l'exérèse du phrénique, chez des individus n'ayant jamais saigné auparavant.

Ces cas sont signalés par la plupart des auteurs qui ont traité de la phrénicectomie (Thomopoulos, Zadeck, Desjacques, Bresson, etc.). Leur fréquence est diversement appréciée. C'est ainsi que nous avons relevé les chiffres de :

6 hémoptysies sur 600 phréni, soit 1 % (Wirth et Kohn von Jaski).

3 hémoptysies sur 60 phréni, soit 5 % (L. Bernard et Poix).

3 hémoptysies sur 75 phréni, soit 4 % (Steiger).

10 hémoptysies sur 680 phréni, soit 1,6 % (Bérard, Dumarest et Desjacques).

5 hémoptysies sur 200 phréni, soit 2,5 % (Rist *in* thèse Auerbach).

Leur gravité est souvent signalée :

« M. G... Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche. Prénicectomie le 13 février 1927. Mort d'hémoptysie foudroyante six jours après l'intervention ». (Guiraud. Th. Lyon, 1930. Obs. 101.)

Plusieurs hypothèses ont été émises au sujet de ces hémoptysies. Certaines, qui surviennent dès l'intervention, sont dues à la lésion d'un organe médiastinal, notamment la plèvre. Desjacques remarque que celles qu'il a observées se sont toujours accompagnées d'une poussée thermique ; il pense qu'il s'agit d'une poussée évolutive de tuberculose. Sergent admet deux causes : l'une mécanique, en rapport avec la stase veineuse par compression exercée sur les gros vaisseaux veineux hilaires ; l'autre sympathique, déterminant la vaso-dilatation paralytique des capilllaires pulmonaires et la stase sanguine. Pour Rist (thèse Auerbach), la cause de l'hémoptysie est l'ascension diaphragmatique qui exerce sur la lésion une action directe : si elle agit par étirement, elle provoque l'hémoptysie ; si elle agit par compression, elle détermine l'hémostase.

Il est difficile d'admettre que l'action sympathique de la phrénicectomie se manifeste suivant les cas par des phénomènes de vaso-dilatation ou de vaso-constriction. Il serait alors bien délicat de poser l'indication de cette intervention, susceptible de tarir une hémoptysie par vaso-constriction, mais aussi de la provoquer par vaso-dilatation ; en particulier, dans l'observation que nous

rapportons, la question se poserait de l'aggravation de l'hémoptysie par la phrénicectomie.

Aussi bien une action sympathique de la phrénicectomie est-elle fondée sur des faits isolés et disparates (troubles oculo-sympathiques, etc.) et en ce qui concerne nos observations personnelles, il n'en est pas où cette action soit indiscutable. Au contraire, les insuccès comme les faits favorables s'expliquent aisément par le rôle mécanique de la paralysie du diaphragme, discuté pour chaque cas particulier.

Nous sommes donc tentés de nous rallier à l'hypothèse de l'action directe, qui répond mieux aux faits et qui est plus accessible à nos moyens de contrôle. Selon nous, c'est l'ascension diaphragmatique qui, par tassement, arrête l'hémorragie. Quant à l'action parfois hémorragipare de la paralysie chirurgicale du diaphragme, elle ne représente qu'un cas particulier de l'inégalité des résultats de la méthode. La phrénicectomie, en effet, donne parfois, en dépit des prévisions, un résultat nul. Dans un article récent, inspiré des travaux de Parodi, Dumarest et Lefebvre tentent une explication de ces faits défavorables ; ils montrent que, si la phréni supprime la force inspiratoire diaphragmatique, elle libère les forces costales, de telle sorte que vis-à-vis des zones soumises à l'action prédominante de celles-ci, la paralysie du diaphragme est inefficace ou nuisible.

Ces dernières considérations nous empêchent de conclure de façon formelle en faveur de la phrénicectomie hémostatique. Néanmoins, les observations que nous avons réunies sont assez nombreuses et probantes pour assurer à cette méthode une place dans le traitement chirurgical de l'hémoptysie.

Nous ne pensons pas qu'on puisse la substituer d'emblée au pneumothorax hémostatique qui a fait ses preuves et a acquis droit de cité. Mais quand celui-ci est irréalisable, soit qu'il existe une contre-indication absolue, soit que les tentatives faites pour le créer aient échoué, il est indiqué de réaliser la paralysie du diaphragme. Bien que nous n'ayons pas, en pareil cas, l'expérience de l'alcoolisation du phrénique, il peut être avantageux de la préférer à l'exérèse, intervention définitive dont l'action se poursuit après que le but est atteint (deux observations de Gonzalo Corbalan Trumbell).

La paralysie chirurgicale du phrénique est en outre indiquée lorsque l'hémoptysie survient en cours de traitement collapsothérapique ; nous en avons rapporté plus haut des observations.

Enfin, si la phréni est sans action sur l'hémorragie, et si celle-ci met en danger la vie du malade, une thoracoplastie peut être envisagée, à condition que le risque propre de cette intervention ne dépasse pas le risque de l'hémorragie. De tels faits ont été signalés (Colbert et Chatard) ; nous nous réservons d'y insister ultérieurement.

BIBLIOGRAPHIE

ALARY. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie. Thèse Paris, 1926, n° 234.

AUERBACH. — Les résultats éloignés de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris 1934, n° 86.

BÉRARD, DUMAREST et DESJACQUES. — La phrénicectomie.

BERTOTTO et DAL LAGO. — Sur deux cas d'hémoptysies traitées par la phrénicectomie. *Semana Medica*, 28 novembre 1929.

BLUMBERG. — La valeur de l'ascension et de l'immobilité du diaphragme pour l'interprétation des résultats de la phrénicectomie chez les tuberculeux. Thèse Paris, 1931, n° 213.

BONNIOT et FOIX. — Essai sur les indications rationnelles de la phrénicectomie. *Archives méd. chir. de l'app. resp.*, 1934, n° 2.

BORDET. — La phrénicectomie. Résultats et indications. *Archives méd. chir. de l'app. res.* 1926, n° 1.

BORG. — La phrénicectomie. Son mode d'action ; ses résultats, ses indications dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Strasbourg, 1934, n° 27.

BOSNIÈRES. — Etude de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 193?, n° 469.

BRESSON. — Les hémoptysies dans la collapsothérapie pulmonaire. Thèse Paris, 1930, n° 166.

BRUNNER. — *Tuberkulose*, 1924, et *Therap. d. Gegens*, nov. 1924.

CARLE. — Essai sur la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Thèse Lyon, 1931, n° 124.

CAUSSADE et TARDIEU. — Traitement des hémoptysies au cours de la collapsothérapie. *Soc. de thérapeutique*, 12 novembre 1930.

CHAMALET. — Etude sur les accidents de la phrénicectomie. Thèse Paris, 1934, n° 688.

CHARRIER et LOUBAT. — Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, 1932.

DAVIES MORRISTON. — *British méd. Journal*, 1933, p. 138 et 1926, 20 février ; *The Lancet*, 1924, I, p. 1051 et II, p. 1145.

DEMANGE. — Contribution à l'étude des résultats du pneumothorax et de la phrénicectomie. Thèse Lyon, 1933, n° 93.

DESJACQUES. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des affections pulmonaires. La phrénicectomie. Thèse Lyon, 1927, n° 6?.

DUMAREST, MOLLARD et GUIRAUD. — *Revue de Médecine*, juillet 1930.

FAYANCE. — Accidents consécutifs à la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1934, n° 186.

FAYOT. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Montpellier, 1929, n° 39.

GARCIA. — Au sujet d'un cas de mort par hémoptysie peu de jours après une phrénicectomie. *Medicina Ibera*, 21 avril 1934.

GONZALO CORBALAN TRUMBELL. — Collapsothérapie par alcoolisation du nerf phrénique. *Revista medica lat-americana*, juillet 1932.

GUIRAUD. — Les résultats éloignés de la phrénicectomie. Thèse Lyon, 1930, n° 72.

HECHT. — Contribution à l'étude des hémoptysies dans la collapsothérapie. Thèse Paris, 1931, n° 544.

JESSEN. — L'exérèse du phrénique dans l'hémoptysie. *Zeitsch f. tuberk.*, 1er mai 1931.

LAGUERRE. — La phrénicectomie dans la tuberculose gravidique. Thèse Toulouse, 1933, n° 65.

LAHAYE (Mlle). — Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Thèse Toulouse, 1932, n° 56.

LILIENTHAL. — Du choix des malades et de l'opération dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. *Am. Journal of Surgery* 1924, 38, 21.

LIPSZYC. — La phrénicectomie. Son mode d'action et ses indications dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Montpellier, 1933-34.

LUTON. — Caverne tuberculeuse. Pneumothorax artificiel. Hémoptysies par compression. Phrénicectomie. Guérison rapide. *Journal médical français*, juin 1931.

MAURY (Mlle). — Nouvelles orientations de la phrénicectomie. Thèse Toulouse, 1930, n° 43.

MERLE. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie. La phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Thèse Montpellier, 1929, n° 46.

MORONE. — La phrénicectomie dans diverses maladies du poumon et de la plèvre. *Annali Italiani di chir.*, 1925, 4, 189.

NAEGELI. — Hémorragie pulmonaire mortelle trois jours après une phrénicectomie. *Zeitr. f Chir.*, 29 novembre 1930.

PARNET. — Bases anatomiques, physiologiques et technique opératoire de la phrénicectomie. Thèse Lyon, 1927, n° 62.

PENANHOAT. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1929, n° 435.

PIGEANNE. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse Bordeaux, 1930-31, n° 88.

PRALLET. — De la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse Marseille, 1933, n° 42.

PRIBRAM. — Phréni bei hemop. und einseitiger lungentub. *Wien. Klin. Woch.*, 1918, XXXI, 1275-78.

RAFFALI. — La phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Marseille, 1929-30, n° 1.

RAINE. — La phrénicectomie envisagée dans quelques affec-

tions pulmonaires, et en particulier dans la tuberculose. Thèse Bordeaux, 1929-30, n° 145.
SERVEL. — Les indications de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Montpellier, 1932, n° 29.
TELSON. — La phrénicectomie dans les affections pulmonaires. Thèse Paris, 1929, n° 79.
THOMOPOULOS. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie. Thèse Paris, 1925, n° 550.
WIRTH et KOHN VON JASKI. — Observations sur 600 phrénicectomies. *Beiträge zur klinik der Tuberkulosen*, novembre 1929.
ZADECK. — *Med. Klin.*, 1922, t. XIX, n° 29.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

La Médecine française sous la Révolution [1]

Par le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Avant d'aborder l'histoire de la Médecine française de Laennec à nos jours, je veux parler d'abord de la Médecine sous la Révolution.

Si l'on applique les idées directrices de la méthode clinique à l'Histoire, on peut le faire de deux manières, en ce qui concerne la Révolution française :

Ou bien considérer la Révolution du point de vue médical, c'est ce que j'ai fait avec un certain nombre de mes collaborateurs, et étudier par exemple Marat, Saint-Just, Robespierre en tant que paranoïaques (2), Danton (3), en tant que cyclothymique, Le Bon (4), en tant qu'hypomaniaque : c'est ce qu'ont fait nos confrères Cabanès et Lucien Nass dans leur livre sur les *Névroses révolutionnaires.*

Ou bien appliquer la méthode clinique à l'étude de l'Histoire de la médecine en fonction de la Civilisation puis en fonction de l'Histoire des Sciences et, enfin, en fonction des Institutions. C'est ce que nous allons faire, et dans chaque groupe essayer de nous rendre compte, par l'étude de l'homme et du milieu, du déterminisme des réactions qui sont connues de l'histoire.

Mais d'abord un mot de chronologie.

En 1789 se réunissait l'Assemblée nationale constituante :

1791 : la Législative ;

1792 : la République, la Convention et la Terreur, celle-ci allant jusqu'au 9 Thermidor 1794 ;

1797 : Campagnes d'Italie, Traité de Campo-Formio ;

1798 : Campagne d'Egypte.

Enfin le 18 Brumaire 1799, qui clôt la période révolutionnaire proprement dite.

Nous étudierons successivement :

Les médecins en fonction de la politique ;

Les médecins en raison de leur apport aux sciences touchant la médecine ;

Les médecins en fonction des Institutions.

***

1° Les *Médecins en fonction de la politique.*

Un premier groupe, le plus important du moins pour le nombre, comprend les médecins parlementaires ;

Un second, les médecins non parlementaires.

Parmi ceux-ci nous considérerons :

Les médecins de province ;

Les médecins de Paris sous la Révolution et le Directoire ;

Les médecins aux armées durant la même époque.

On pourrait mettre en exergue d'une étude sur les médecins parlementaire cette phrase : « J'ai réduit la médecine à me servir de marchepied... ».

En effet, si on relève les noms des médecins parlementaires, on en trouve dix-sept qui siégèrent à la *Constituante* et je dois dire que ce ne sont pas les plus connus. Nous relevons les noms de : Allard, Auclerc-Descottes, Desèze, Fisson-Soubert, Fos de la Borde, Girar (de Lyon), Laloi (de Chaumont), Latour (du Comminges), maire d'Aspect ; Meyer, Pélissier (d'Arles) ; Thorret (du Berry) : Guillotin (de Paris) ; Gallot, député de la Vendée, commissaire du Comité de salubrité ; Blin, médecin de Nantes ; Bouisson ; Beauvais de Préaux ; Salles (de la Meurthe).

Parmi eux, ALLARD mérite d'être retenu, car il personnifie bien le caractère enthousiaste, un peu puéril par certains côtés, qu'on a observé si souvent chez les gens de la période révolutionnaire. C'est, de plus, un homme de bien. Il s'imagine qu'il pourra régénérer tout et que tout ira pour le mieux dans le meilleur des mondes. Quand il est élu membre de l'Assemblée nationale constituante, il célèbre le rôle de l'Assemblée par ce dithyrambe :

« Rassemblés sous les voûtes de l'auguste demeure de « leur souverain, avec quelle ardeur je vois les Français « poser les fondements de la puissance et de la tranquil- « lité publiques ! Approfondir les besoins de l'Etat et con- « noître ses ressources ; prévenir les déprédations et la « perversité des ministres ; établir une juste proportion « entre les provinces ; assurer la plus exacte répartition « des charges publiques entre tous les citoyens ; réformer « les impôts moins intolérables encore par leur énormité que par la tyrannie insultante des exacteurs ; encoura- « ger le commerce et le protéger : rapprocher la législa- « tion de nos mœurs, donner au citoyen la liberté, à « l'homme la dignité, porter partout le flambeau de la « raison, le génie du patriotisme, le respect pour l'huma- « nité, tel est, Messieurs, l'aperçu rapide des opérations « de l'Assemblée la plus solennelle, la plus célèbre dont « se soit jamais honoré aucun empire de l'Europe. » (Docteur Jean-François ALLARD, député de l'Assemblée nationale.)

Allard, après avoir siégé à la Constituante, ne fit pas partie des autres Assemblées révolutionnaires ; il se retira de la politique et mourut tranquillement le 30 juin 1819, à l'âge de 84 ans.

***

L'Assemblée *Législative* compte vingt-six médecins parmi ses membres. Les principaux sont : Broussonnet, botaniste, de Montpellier ; Tenon, l'illustre chirurgien ; Gastalier : Jard-Panvilliers : Bagot : Bonesbard ; Deperet ; Faye-Lacheze ; Germiniac ; Desperat ; Gaulmier ; Lacoste ; Lucat ; Paigis ; Roubaud ; Sablière-la-Condamine ; Siblot ; Gerede, etc.

Ils n'ont pas laissé un très grand sillage, sauf Tenon appelé le « Nestor de la Chirurgie française » et dont le nom est connu de tous non seulement parce qu'un hôpital porte son nom à Paris, mais aussi par ce qu'il a réorganisé les hôpitaux de la capitale.

A la Convention, il y eut trente-neuf médecins et mon collaborateur M. Cornilleau les a divisés en différents groupes répondant aux groupes politiques de l'Assemblée : Girondins et Montagnards.

Parmi les *Girondins* : J.-François Baraillon ; L.-N.

(1) Leçon du 19 novembre 1934.
(2) DUHAMEL. — Thèse, 1930.
(3) BARRÉ. — Thèse, 1932.
(4) DHOTEL. — Thèse, 1934.

Fockedey ; C.-M. Jard-Panvilliers ; Salles ; Pierre Le Hardy ; Fr. Bodin ; Lepage de Langerville ; René Eschasseriaux ; François Bergonier ; François Hardy ; Philippe Marcoz ; François Lanthenas.

Certains méritent d'être tirés de l'oubli. On pourrait consacrer à chacun d'eux un médaillon, car tous ces hommes avaient une flamme, au moins de conviction, et parfois de véritable talent.

Jean-François Baraillon, né en 1743, fut maire de Chambon, en Auvergne. Il était déjà partisan de l'École unique avant la lettre et fut chargé de l'organisation de l'enseignement dans dix-sept départements.

Jard-Panvilliers, né en 1757, vota pour le sursis de Louis XVI.

Salles, d'abord député à la Constituante, réélu à la Convention, poète à ses heures écrivit un poème sur « l'Entrée de Danton aux Enfers » ; il est aussi l'auteur d'une tragédie sur Charlotte Corday.

Dans les époques les plus tristes, même les plus tragiques, la plaisanterie, surtout en France, ne perd jamais ses droits. Ainsi Pierre Le Hardy, médecin de Dinan, fut exécuté le même jour que Vergniaud. Liés côte à côte sur la charrette qui les emmenait à l'échafaud, Vergniaud lui dit : « Docteur, vous devez un coq blanc à Esculape, tous vos malades sont guéris » !

Les médecins ne s'occupaient pas toujours de régénérer l'espèce humaine, mais aussi de régénérer les espèces animales. René Eschasseriaux, par exemple, a rédigé un mémoire sur les « Moyens de régénérer les haras ».

Un personnage plus intéressant à étudier en raison de son amitié avec la famille Roland, c'est François Lanthenas, qui vota la mort de Louis XVI, mais « avec des réserves ».

* * *

Les Montagnards. — Parmi les médecins de ce groupe, nous trouvons : Marc-Antoine Baudot, commissaire de l'armée du Rhin ; Jérôme Bo ; George Taillefer ; Pierre Duheim ; Elie Lacoste ; Beauvais de Préaux ; François Bourguet ; Laurent, de Strasbourg ; Bernard (suppléant, remplace Barbaroux, de Marseille) ; René Levasseur ; et enfin Marat.

Ces deux derniers méritent qu'on s'y arrête.

René Levasseur est né au Mans ; il y a sa statue et le principal boulevard de la ville porte son nom. Levasseur a été très bien étudié par mon ami M. Delaunay. Député à la Convention, commissaire aux armées du Nord, René Levasseur a joué un rôle important. Il n'était pas dépourvu de mérite, au point de vue médical. Chirurgien accoucheur, il a montré l'avantage de la symphyséotomie. Exilé à la fin de sa vie, il a rédigé des *mémoires* d'un réel intérêt pour l'histoire de la Convention. Jaurès en fait grand cas dans son Histoire socialiste de la Révolution.

Le style de René Levasseur est caractéristique de l'époque. Voici, par exemple, quelques prophéties qu'on trouve, à la fin de ses mémoires :

« Une époque viendra où la démocratie sera le seul « gouvernement possible ; alors on saura apprécier les « travaux de cette Convention, qui peut-être a eu le tort « de devancer son siècle et de faire trop tôt le bien, mais « qui du moins a eu le courage de ne pas reculer devant « l'application de ce qu'elle a regardé comme la vérité.

« Oui, un jour viendra où l'égalité sera prise pour « base du pacte social, où chaque individu, si infime « qu'il soit, aura les mêmes droits, la même part aux « affaires publiques que l'homme le plus élevé dans la « hiérarchie sociale.

« On reconnaîtra alors que les titres ne sont rien, puis- « qu'ils sont l'ouvrage de l'homme et non de la nature ; « que la richesse ne saurait être la base des droits, puisque « la richesse elle-même n'est qu'un droit conventionnel. »

« On sentira que tout habitant du territoire, qui n'est « pas dégradé par une action infâme, a intérêt au bien « général et doit participer aux avantages comme aux « charges de la société. On ne traitera plus de folle uto- « pie une constitution qui reposait sur ces bases sacrées.

« Oui, un jour viendra, j'en ai l'espoir et la certitude, « un jour viendra où la perfectibilité de l'espèce humaine « rendra applicables toutes les vérités générales que les « publicistes du jour regardent comme de vaines uto- « pies...

« En attendant, permis aux cerveaux étroits, aux poli- « tiques d'un moment, de rire de notre ouvrage. Permis « à eux de dire que nous nous sommes laissé entraîner à « l'exagération en voulant placer, comme la nature, « tous les hommes sur la même ligne. Leurs sarcasmes « puérils ne nous atteindront pas. Cinquante ans, cent « ans encore peut-être, ils nous traiteront avec dédain. « Le genre humain n'en continuera pas moins ses hautes « destinées. »

Il y aurait encore beaucoup à dire sur René Levasseur qui avait des idées sociales intéressantes. Il fut en quelque sorte le précurseur de Ledru-Rollin et de M. Marquet. Car pour procurer du travail aux chômeurs, lui aussi avait imaginé un plan d'aménagement urbaniste. Il fit faire au Mans une des plus belles promenades qui ornent la ville.

Je passe maintenant à Marat. Jean-Paul Marat, né à Genève, a joué un tel rôle sous la Révolution que sa carrière politique, puis sa mort tragique sous le couteau de Charlotte Corday, ont éclipsé sa carrière médicale. Cependant, comme ophtalmologiste et comme électrothérapeute, il avait une réelle valeur et il a été en quelque manière un précurseur. C'est ce qu'a révélé Cabanès dans son livre auquel je vous renvoie « *Marat inconnu* ».

A propos de l'état mental plus ou moins pathologique, sur lequel on a beaucoup discuté, — de Marat, je vais vous lire un passage de son auto-portrait, publié dans *L'Ami du Peuple*. Voici ce que Marat dit de lui-même :

« Né avec une âme sensible, une imagination de feu, « un caractère bouillant, franc, tenace, un esprit, un « cœur ouverts à toutes les passions exaltées, surtout à « l'amour de la gloire, je n'ai jamais rien fait pour altérer « ou détruire les dons de la nature, et j'ai tout fait pour « les cultiver. La seule passion qui dévorait mon âme « était l'amour de la gloire, mais ce n'était encore qu'un « feu qui couvait sous la cendre.

. . . .

. . . .

« Je crois avoir épuisé toutes les combinaisons de « l'esprit humain sur la morale, la philosophie et la poli- tique, pour en recueillir les meilleurs résultats.

« J'ai huit volumes de recherches métaphysiques et « physiologiques sur l'homme. J'en ai vingt de décou- « vertes sur les différentes branches de la physique. « Plusieurs sont publiés depuis longtemps.

Marat avait séjourné longtemps en Angleterre. Il y a publié en 1772 son *Essay on the Human soul* dans lequel il s'efforce de démontrer que l'âme n'est pas le moteur immédiat du corps. De 1773 à 1776, il fut à Amsterdam où il a publié un mémoire : « De l'homme ou des principes et des lois de l'influence de l'âme sur le corps et du corps sur l'âme ». Marat s'y révèle le précurseur de Cabanis et de ses théories sur les Rapports du physique et du moral.

C'est en 1792 qu'il traduit en français « Les chaînes de l'esclavage ». Il ne s'agit plus là d'idées médicales, mais de politique. Le 15 juillet de la même année, il avait été reçu franc-maçon. Il continue d'exercer la médecine jusqu'à la Révolution.

Ses *Essais sur la blennorragie* datent de 1775. Marat invente, pour soigner cette maladie, des bougies emplastiques et médicamenteuses qui ressemblent à celles de Daran.

En 1776, il publie un beau travail sur la *Presbytie ac-*

BIBLIOGRAPHIE

Thérèse Neumann. Die Resl. Medizinisches aus Konnersreuth, par le Docteur WITRY (de Metz) Saarbrücker Druckerei U. Verlag. A. G. Sarrebruck 1931.

Histoire et examen de Thérèse Neumann par le plus éminent médecin spécialiste des questions de *stigmatisation* : notre confrère le Docteur Witry (de Metz). Il reprend après le Professeur Ewald et le Docteur Seidl l'étude du cas stupéfiant de Thérèse Neumann.

Je tiens à signaler que non seulement le texte mais les dessins et photographies originaux dont est parsemé l'ouvrage *sont de la plus grande valeur* et le mérite est d'autant plus grand de les avoir reproduits que certains théologiens s'efforcent plus ou moins d'en retenir la publication, fut-ce dans des ouvrages exclusivement scientifiques, comme l'est celui du Docteur Witry.

Ouvrage d'un très puissant intérêt, le Docteur Witry ayant pu seul et sans nul témoin interroger et examiner longuement Thérèse Neumann.

Les stigmates *dessinés* et *photographiés* peuvent déjà satisfaire la curiosité scientifique de tous les médecins.

Espérons qu'une traduction en langue française rendra le texte accessible à ceux de nos confrères qui ne connaissent pas l'allemand.

E. de M.

Pour et contre le transformisme. Darwin-Vialleton par le Docteur A. MIGNON. Paris. Masson, 120, boulevard Saint-Germain (VIe).

Je le dis, *m'engageant à bloc*, un ouvrage de fond que doit posséder tout médecin, tout philosophe, tout savant et tout scientiste.

Certes bien des gens parlent du darwinisme sans le connaître et davantage encore ignorent Vialleton.

Voici, faite par un maître, une étude *objective* du darwinisme et du vialletonisme.

Il ne s'agit ni de doctrine ni de philosophie, mais bien de l'exposé des faits sur quoi ont été à tort ou à raison édifiées les doctrines, des faits qui les appuient et de ceux qui les contredisent.

L'auteur expose et ne prend pas parti.

Je crois que désormais personne ne pourra plus parler ou écrire pour ou contre *darwinisme* ou *vialletonisme* sans avoir lu cet exposé lumineux de *faits*.

E. de M.

L'Europe et la paix (2e édition) par TROUBAT LE HOUX. Société générale des cires françaises, Montluçon, 1931.

Comme toutes ses congénères, cette brochure est remplie de *parce que* et de *si*. Le malheur est que les *parce que* et les *si* apparaissent très différents et même parfois fort opposés aux hommes différents.

Intentions fort louables de l'auteur. Mais à quoi bon peuvent servir les intentions contre les réalités biologiques ?

E. de M.

Une Mutuelle de la paix dans la [illegible] guerre aéro-chimique et bactériologique, par [illegible]. Éditions Baudinière, rue du Moulin-Vert, 27 [illegible], Paris (XIVe).

Même [illegible]ervation que pour l'*Europe et la paix* de Troubat le Houx.

[illegible] donc, hommes, mes frères, que l'idée de la paix universelle n'est pas neuve... » nous dit l'auteur.

Pardi ! cette idée était en grand honneur dans le ménage Adam [illegible] et cela n'empêcha pas le vilain Caïn de tuer le bon Abel.

Toute cette littérature relève d'une critique : *Avec des « si »* comme dit le proverbe, *on mettrait Paris* — et la Paix — *en bouteille* ».

Que de petits flacons pour un pareil contenu !

E. de M.

Le Vrai milieu par G. MONTHO. Editions Mignolet et Storz, rue Fléchier, 2. Paris (IXe), 10 francs.

Ayant retrouvé souteneur un camarade de régiment, Montho s'est fait piloter dans le « *milieu* ». Il l'a donc vu et étudié, le connaît parfaitement, n'en parle pas « de chic » comme tant d'autres.

Le vrai *milieu* enfin, pas celui de la tournée des Grands Ducs.

« Sans mentalité » dit le préfacier *Francis Carco*, rien n'existe. C'est ce que Gaston Montho a compris admirablement dans cet ouvrage. Son étude, tout en restant intéressante, aurait pu se tromper d'objectif. Ce n'est point le cas heureusement ! Elle souligne comme nul ne l'a fait encore jusqu'à présent, les raisons essentielles qui gouvernent, dans ce monde spécial, les opinions, les sentiments, les réactions, les actes ... C'est le livre du moment ; il éclaire de façon tout à fait saisissante ce « milieu » dont on a tant parlé depuis l'affaire Prince et nous le montre jusqu'en ses arrière-fonds les plus secrets, les plus troubles. Lisez ce livre ; il vous passionnera. Je lui prédis un grand succès ».

Ainsi parle avec justesse le préfacier.

Pour moi, ce que j'aime chez Montho c'est cette douceur humaine qui nimbe de pitié l'histoire des pires déchéances. Il y a là une sorte de sentiment chrétien, breton peut-être, avec lequel je me sens en parfaite sympathie.

C'est ce qui me fait supporter et même aimer ces peintures pimentées où d'autres sans doute ne trouveront qu'un régal tout différent.

Seul, à mon avis, le lecteur parvenu à la pleine maturité d'esprit peut discerner la valeur vraie de pareil ouvrage.

E. de M.


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


CONTRE LES INSOMNIES
DE TOUTE NATURE
VERONIDIA
le plus maniable
le plus actif
le plus agréable
THÉRAPLIX
DES SEDATIFS NERVEUX
THERAPLIX, 98, RUE DE SÈVRES PARIS (VIIe) — SEGUR 70-27 et la suite

cidentelle, où il montre une connaissance très nette de l'astigmatisme.

C'est en 1777 qu'il est nommé médecin du comte d'Artois. Il continue ses études non seulement d'oculistique, de médecine générale, mais s'intéressant toujours aux rapports du physique et du moral — comme on disait à cette époque — il fait voir le rôle incontestable de la disposition des organes dans les manifestations psychologiques. Il écrit son *Système physiologique* dans lequel il soutient cette thèse que « les raisons de la différence des esprits est dans la disposition des organes :

« L'impétueux Eschyle, le tendre Tibulle, le bouillant « Fénelon, le sublime Corneille, l'inconséquent Voltaire, « tous doivent la tournure et le caractère de leur esprit à « la constitution de leur corps. »

Marat a fait des découvertes incontestables dans le domaine de l'électricité : il avait une excellente méthode d'expérimentation physique.

Il a publié également, en 1784, des Notions élémentaires d'optique.

Cet homme, si exalté en politique, était au contraire très modéré dans les déductions qu'il tirait de ses observations et de ses expériences. Il ne se lançait pas dans des déclamations dithyrambiques comme Robespierre à propos du paratonnerre :

« On sait qu'une barre électrique est placée sur le ca- « binet de physique du château de la Muette, maison « royale, que le monarque qui vous gouverne, honore de « sa présence auguste ; s'il restait encore quelques dou- « tes sur les effets de ces machines, on n'en aurait point « fait l'essai sur une tête si chère et si sacrée : cette preuve « est sans réplique ; j'en atteste les sentiments de toute « la France pour un Prince qui fait ses délices et sa « gloire ».

C'est en 1783 que parut son *Traité d'électrothérapie* ; il fut l'occasion de nombreuses discussions, qui n'ont jamais été mises au clair avec le physicien Charles.

Je vous ai indiqué, d'après son auto-portrait, l'état mental de Marat. Il est un autre mal qui lui causait des douleurs constantes : il souffrait d'un prurigo particulièrement localisé au périnée et au scrotum : c'est à cause de ce prurigo qu'à la fin de sa vie, il passait une partie de son temps dans une baignoire construite spécialement pour lui, de manière qu'il pût s'y tenir assis et avoir une tablette sur laquelle il écrivait, tout en étant dans l'eau, ce qui apaisait ses souffrances. C'est dans cette baignoire qu'il fut assassiné par Charlotte Corday.

Ses dons de polémiste eurent l'occasion de s'exercer, avant *L'Ami du Peuple* à propos des charlatans. Mon collègue M. Lévi-Valensi a étudié le rôle considérable des charlatans à l'époque qui précéda la Révolution. Marat s'était inquiété des charlatans. Il écrivit un livre, paru en 1791 sur le charlatanisme et j'y relève ces lignes :

« *Les charlatans modernes ou Lettres sur le charlata-* « *nisme académique*. Que sont les académiciens ? Lavoi- « sier ? un romancier. Pilastre ? un saltimbanque. La- « place ? il n'est fameux que par sa jolie moitié. Monge ? « un cheval de moulin. Beaumé ? un marchand de vin « de groseilles. Lalande ? un sapajou crotté menant en « laisse trois ou quatre jouvencelles de l'autre siècle. Ca- « det ? le torche-cul des douairières ; il a commencé sa « fortune en recrépissant les reins des catins de la cour ; « il l'achève en rapetissant leurs appas secrets. L'Aca- « démie ? Elle s'est assemblée onze mille quatre cent neuf « fois ; elle a publié trois cent quatre-vingts éloges, et « elle a donné trois mille neuf cent cinquante-six appro- « bations tant sur de nouvelles recettes de fard, de pom- « made pour les cheveux, d'emplâtres pour les cors, « d'onguents pour les punaises que sur la forme la plus « avantageuse des faux-toupets, des têtes à perruque, des « canules de seringue et sur mille autres objets de pa- « reille importance ».

Vous savez le rôle politique de Marat du jour où il fut élu à la Convention. C'était l'un des députés les plus en vue de la Montagne. A vrai dire, il parlait moins qu'il n'écrivait, mais on redoutait ses écrits et ses dénonciations qui firent tomber plus d'une tête. Devant l'accumulation des cadavres, résultat de ses polémiques, une jeune fille, Marie-Anne Corday, originaire de Normandie, et grande admiratrice des Girondins, conçut le farouche dessein d'assassiner le rédacteur de *L'Ami du Peuple*.

Elle débarqua à l'hôtel de la Providence par le coche qui venait de Caen ; l'hôtel occupait l'emplacement actuel de l'immeuble sis à l'intersection de la rue du Louvre et de la rue Etienne-Marcel. Le lendemain, elle se présentait à l'hôtel de Cahors, rue des Cordeliers, où habitait la fille Evrard, qui était la maîtresse de Marat. C'était chez elle que logeait *L'Ami du Peuple*. L'hôtel de Cahors se trouvait exactement à la place du bâtiment où est logé maintenant le doyen de la Faculté de médecine. Une description précise des lieux a été donnée par plusieurs auteurs, notamment par Victorien Sardou. Celui-ci a pu visiter l'appartement qui était occupé avant 1876 par le Docteur Galtier, lequel y demeura pendant trente ans. Sardou a évoqué le logis de Marat dans sa pièce *Thermidor* ».

Charlotte Corday avait envoyé au tribun deux suppliques. Le 13 juillet, elle parvint à pénétrer, presque de force, auprès de Marat ; à son corsage était épinglée une adresse aux Français. Elle s'entretint quelques minutes avec Marat, qui lui demanda des détails sur le mouvement fédéraliste à Caen ; la jeune fille cita les noms d'un certain nombre de Caennais qui y prenaient part. « C'est bien, dit alors Marat, je les ferai bientôt tous guillotiner à Paris ». Cette phrase déclencha le drame. Charlotte Corday saisit le couteau, qu'elle avait acheté le matin chez un marchand du Palais-Royal et qu'elle dissimulait sous son châle. Elle le plongea en pleine poitrine de Marat entre la première et la deuxième côte, du côté droit. Le coup fut si violent que, d'après le certificat établi par Pelletan, la lame avait tranché l'aorte à sa naissance et pénétré jusqu'à l'oreillette gauche. Un flot de sang jaillit de la blessure et la mort fut immédiate. La fille Evrard appela au secours. On alla chercher un chirurgien-dentiste qui habitait dans le voisinage ! C'était le sieur Antoine-Clerc Michon Delafondée. Il s'efforça vainement de panser la blessure. Peu après, arrivait Pelletan, qui était professeur à la Faculté de médecine et chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il ne put que constater la mort et rédigea le certificat suivant :

« Le coup de couteau a pénétré sous la clavicule du « côté droit, entre la première et la deuxième vraie « côte, et cela si profondément que l'index a fait écart « pour pénétrer dans toute sa longueur à travers le pou- « mon blessé et que d'après la position des organes il « est probable que le tronc des carotides a été ouvert, ce « qu'indique la perte de sang qui a causé la mort et qui « sortait de la plaie à flot au dire des assistants. »

L'autopsie fut pratiquée le lendemain par Deschamps, chirurgien de l'hospice de l'Unité (actuellement la Charité). Le protocole de l'autopsie nous apprend que le poumon droit était adhérent à la plèvre dans toute l'étendue de sa surface externe ; le péricarde avait été rempli de sang coagulé ; l'aorte près du commencement de sa courbure était percée de part en part, et, conclut très justement Deschamps : la mort est survenue du fait d'un instrument piquant et tranchant entré entre la première et la deuxième côte à travers la partie supérieure du poumon. Après section de l'aorte, il a pénétré dans l'oreillette gauche du cœur.

Il est assez curieux de comparer le coup de couteau reçu par Marat à celui reçu par Henri IV. Même coup oblique, mais chez Henri IV, il fut porté du côté gauche et c'est l'artère pulmonaire qui fut touchée au lieu de l'aorte.

Deschamps fit l'embaumement de Marat le 17 juillet. Il envoya sa note d'honoraires le lendemain. Elle s'élevait à 6.000 livres !

Les Patriotes trouvèrent que c'était beaucoup. On demanda à Desault, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, d'expertiser la note. Et Desault s'en tira de très habile façon. Il ramena le chiffre de 6.000 à 1.500 livres en disant :

La somme de 6.000 livres ne serait pas excessive, s'il « s'agissait de satisfaire l'orgueil et la vanité d'un riche « héritier, mais un Républicain se trouve déjà dédom- « magé de ses peines par l'honneur d'avoir contribué à « conserver les restes d'un grand homme que la Patrie « veut honorer. »

C'est le 15 juillet que la Convention proclama la nouvelle de la mort de Marat. Un silence sépulcral répondit à cette annonce, faite par Jean Bon Saint-André : Il a été assassiné ! On demanda : Où es-tu David ? — Je suis là ! répondit le peintre révolutionnaire, qui fut chargé de fixer sur la toile la scène du meurtre.

Les obsèques de Marat eurent lieu le mardi 16. L'inhumation se fit dans le Jardin des Cordeliers, où se trouve aujourd'hui l'Ecole pratique de Médecine.

Le 18 juillet, se déroula la cérémonie de la translation du cœur de Marat au Club des Cordeliers. On avait dressé dans une allée du Luxembourg un théâtre orné de tentures tricolores avec, tout en haut cette invocation : ô cœur de Jésus ! ô cœur de Marat ! Un certain Morel expliquait la comparaison avec Jésus de cette manière : « Comme Jésus, Marat aime ardemment le peuple !... ». Il y eut alors un véritable culte, même une épidémie de culte pour Marat : on le portait en breloque, en boutons de manchettes, en médailles, en épingle de cravate : on le représentait en estampes, en bustes, bref de toutes les façons ; on avait même institué la Saint-Marat et quantité d'enfants furent appelés Marat. Un grand nombre de villes qui portaient le nom de « Saint... » le remplacèrent par celui de Marat. Le Havre s'appela « Le Port Marat ». Hector Chaumié, fils d'un médecin, fit une pièce intitulée « *L'arrivée de Marat aux Champs-Elysées.* »

Le 19 août, grande séance. Les citoyens du quartier portèrent tout ce qui avait appartenu à Marat, en particulier sa fameuse baignoire, en triomphe sur un brancard. Un monument gothique fut élevé sur la Place du Carrousel, où des sentinelles veillèrent jour et nuit les restes de Marat.

Une mère écrivait à la Convention :

« Nous avons juré d'élever autant de Marat que nous « avons d'enfants, nous leur donnerons pour Evangile « les œuvres du grand homme. »

On dit même que Joachim Murat, qui devait s'illustrer sous l'Empire, avait sollicité de la Convention l'autorisation de remplacer l'u de son nom par un a.

Mais l'apothéose ou le comble, ce fut le 20 septembre 1794 (26 Fructidor an II). On transféra les restes de Marat de la ci-devant église Sainte-Geneviève au Panthéon. Comme l'un des bras était endommagé, on le remplaça par le bras d'un autre cadavre, on le mit au-dessus du drap avec une palme dans la main. Marat fut conduit au Panthéon, cependant que les restes impurs de Mirabeau étaient transférés au cimetière ci-devant Saint Etienne-du-Mont. L'un des grands hommes de la Révolution sortait du Panthéon, tandis que l'autre y entrait. Cependant la foule chantait l'hymne de gloire aux martyrs de la Liberté, du poète Marie Joseph Chénier, sur la musique de Chérubini.

Après la Panthéonisation, il y eut la dépanthéonisation. Six mois plus tard, en effet, le 26 février 1795 (7 Fructidor an III), les restes de Marat furent enlevés du Panthéon pour être transférés dans la ci-devant église Saint-Etienne-du-Mont.

* * *

Les médecins de province

Quelques mots maintenant sur les médecins de province ayant joué un rôle sous la Révolution.

Il faudrait étudier dans les Archives de province, les « Cahiers de doléances ». On y retrouverait très souvent la plume et l'esprit de médecins de petites villes ou de campagnes, car beaucoup s'intéressaient aux améliorations possibles, du fait même de leur profession et de leur contact avec l'humanité souffrante. Ils étaient les premiers à figurer parmi les rédacteurs de ces « Cahiers de doléances », qui préparèrent la réunion des Etats généraux.

Nombre de « Cahiers » sont très bien écrits et contiennent des idées justes. Si je prends au hasard le « Cahier de doléances » du département du Jura, signé d'un nommé Jeunet, je remarque, par exemple, qu'il indique fort bien l'utilité d'une « Consultation prénuptiale » :

« Il n'y auroit qu'à obliger les personnes, qui se propo- « sent en mariage, de se présenter à ce tribunal, assistées de leurs parens respectifs...

« Ensuite les juges prononceroient affirmativement ou négativement, etc... »

Combien de médecins de province, sans avoir de mandats parlementaire jouèrent un rôle de premier ordre pendant la période révolutionnaire ! Le drame de Varennes, qui causa la chute de la royauté, fut provoqué par un médecin, le Docteur MARTIN. Il exerçait à Varennes et avait été délégué par ses compatriotes à Paris, à la Fête de la Fédération. C'est à cette occasion qu'il vit Louis XVI et la famille royale. Quand la vaste berline, qui emmenait le Roi, s'arrêta dans Varennes, le Docteur Martin remarqua un homme corpulent, qui se montrait à la portière et le reconnut pour être le roi. Il donna l'alarme et fit fermer les portes de Varennes. Lui-même fut chargé par la municipalité d'aller informer l'Assemblée législative. Il partit à cheval et, bride abattue, arriva le lendemain à Paris. On sait le reste...

D'autres médecins sont extrêmement intéressants à étudier, parce qu'ils personnifient tel ou tel type de révolutionnaire. L'un d'eux, PONTAS-DUMERIL, oncle maternel de Barbey d'Aurevilly, a été fort bien décrit dans la thèse de M. Cornilleau (1931).

Certains ont été emportés dans les remous tragiques de la Révolution. Tel Hippolyte-Désiré PUTOD, né à Lons-le-Saulnier le 17 mai 1755, docteur de l'Université de Besançon, médecin des épidémies pour la Bretagne, et de ce fait installé à Fougères. Ayant des relations à la Cour, il pria Xavier de Lassone, médecin de la reine, d'être le parrain de son enfant. Putod fut un des rédacteurs des « Cahiers de doléances » de Fougères. Il publia un livre intitulé : *Le vrai patriote, dissertation politique et philosophique.* Il fut délégué par la Municipalité de Fougères pour assister aux Fêtes de la Fédération ; il eut au Palais-Royal un incident à la suite duquel il rédigea en 1791 une adresse à l'Assemblée nationale.

Retourné à Fougères, quand l'armée vendéenne entra dans cette ville en novembre 1793, Putod se joignit aux royalistes et fut nommé général en chef de l'Armée catholique et royale de Fougères. Arrêté par les « patriotes » près de Combourg, il fut traduit devant le Conseil de guerre de Rennes, condamné à mort et guillotiné le 23 novembre 1793.

D'autres médecins sont ainsi passés de la carrière médicale à la carrière militaire.

Il en est enfin qui émigrèrent. Ce fut le cas de CORNETTE qui avait été secrétaire-adjoint de Xavier de Lassone. C'était le médecin de Madame Adélaïde ; quand elle quitta la France en 1791, il l'accompagna à Rome (*Cf.* Thèse de Désormonts sur Cornette).

Parmi les médecins qui passèrent aux armées, il y eut non seulement les commissaires envoyés par la Convention comme René Levasseur, mais ceux qui devinrent



officiers supérieurs, même généraux et dont le *curriculum vitæ* ne laisse pas d'être amusant.

M. Genty nous a raconté l'histoire de DOPPET dans le *Progrès Médical* du 10 mars 1934. Doppet avait des talents multiples ; la preuve cette Mesmériade :

> Non content de guérir les pauvres animaux,
> Il prête encore la main aux faibles végétaux,
> Il magnétise un arbre et la sève expirante
> Reprend bientôt vigueur sous sa main bienfaisante.
> Mesmer fait plus encore, car son doigt créateur
> D'un arbre quel qu'il soit peut nous faire un docteur
> Aussi savant que lui ; dont la saine influence
> Peut guérir un malade à certaine distance».

D'ailleurs il était poète et polémiste, il écrivit en 1786 *Le Médecin philosophe* ; puis il s'affilia à la Société des Amis de la Constitution. Il fut choisi par Kellermann, pour être Général de division de l'Armée des Alpes.

Vous voyez que la médecine mène à tout et que les médecins peuvent trouver dans leur trousse des étoiles de général et un bâton de maréchal !

***

Les médecins en fonction de la Science

Nombre de médecins de la période révolutionnaire furent de vrais savants. Citons : Vicq d'Azyr, Cabanis, Hallé, le chimiste Vauquelin, Cadet de Gassicourt, Geoffroy Saint-Hilaire, Lemonnier, Desault, le chirurgien, et Chambon de Mentaux.

VICQ D'AZYR est célèbre par ses travaux d'anatomie et ses recherches sur l'anatomie comparée, qu'il a enseignée d'une façon remarquable. Il a montré l'utilité de comparer les squelettes et les différents viscères dans la série animale. Médecin de la Reine Marie-Antoinette, qui l'appelait « son philosophe » à cause de ses opinions avancées, il avait une situation considérable. Il contribua beaucoup à améliorer la situation médicale en France, en créant la Société royale de médecine, qui tendit ses ramifications sur toute la surface du royaume et eut un rôle extrêmement actif, analogue à celui de l'Académie de chirurgie, cependant que la malheureuse Faculté de médecine achevait de mourir, paralysée par son verbalisme, étouffée sous les grimoires, de plus en plus éloignée de la clinique et de la médecine vivantes.

CABANIS (1757-1808) est une figure sympathique et touchante. C'est le type du médecin favorable au mouvement révolutionnaire et à toutes les idées nouvelles. Il faisait partie du groupe de l'Encyclopédie, et fréquentait chez Mme Helvétius, à Auteuil.

Avec Mme Helvétius, il eut des rapports d'amitié intime, toujours restés extrêmement purs. Mme Helvétius avait pris Cabanis en affection, parce qu'il avait exactement l'âge de son fils qu'elle avait perdu, ainsi d'ailleurs que son mari. Voici un des madrigaux que Cabanis écrivit à Mme Helvétius. Il permet de se rendre compte des sentiments qui les animaient tous deux.

> Si le temps, qui roule sans cesse,
> Amenait pour vous la vieillesse,
> Je n'oserais vous en parler,
> Mais les ans ont beau s'écouler,
> Votre gaieté légère et vive,
> Votre bonté toujours naïve,
> Ce teint qui garde ses couleurs,
> L'amour du soleil et des fleurs,
> Enfin cette âme jeune et pure,
> Tout dit que vous fixez le temps :
> Et vous paraîtrez à cent ans
> Sortie des mains de la nature.
> Ce destin qui vous est promis
> Sans doute a bien quelque avantage ;
> Mais vous y perdrez vos amis,
> Car vieillir est notre partage :
> Et bientôt, je vous le prédis,
> Nous ne serons plus de votre âge».

Cabanis écrivait ces vers pendant que la tempête faisait rage. La Société d'Auteuil avait été dispersée, tandis que lui restait tranquillement à Paris. Il ne fut jamais inquiété en raison des services médicaux qu'il rendait à tous. Auteur de différents Mémoires, il avait publié en 1789 des « Observations sur les hôpitaux ».

En 1790, il présenta un Rapport à la Commission des hôpitaux de Paris ; on y trouve l'embryon de cette idée que les aliénés doivent être considérés et traités comme des malades ordinaires. En somme, Pinel n'a fait que mettre plus tard à exécution les idées exprimées déjà par Cabanis.

La Société d'Auteuil l'avait mis en rapport avec Mirabeau dont il était devenu l'ami ; c'est lui qui le soigna dans sa dernière maladie. Mirabeau mourut le 2 avril 1791. Cabanis fit l'autopsie de Mirabeau ; il constata que «le péricarde contenait une quantité considérable d'une matière épaisse, jaunâtre et opaque ».

Il avait constaté les suffocations, la dyspnée effroyable dont souffrait Mirabeau dans ses derniers jours. Logiquement, Cabanis aurait dû rapporter la mort du tribun à cette matière anormale, dont il avait trouvé la présence dans le péricarde. Seulement, on était alors sous l'influence des idées de Van Helmont qui avait mis la diaphragmatite à la mode, une mode souveraine et tyrannique. Cabanis avait bien constaté un mince épanchement purulent dans le péricarde. Il s'obstina cependant à soutenir que Mirabeau était mort de diaphragmatite. Comme quoi les plus grands sont capables de se tromper et les esprits les plus affranchis se montrent parfois des plus soumis à des influences archaïques !

L'an III, Cabanis écrivit un *Aperçu sur la Révolution et la Réforme de la Médecine*. Il fut nommé cette même année à la Chaire d'hygiène de l'École Centrale.

Pendant la Terreur il se retira de la politique et traduisit du grec : *La mort d'Adonis*.

Le 9 Thermidor (27 juillet 1794), la Société d'Auteuil se reconstitua autour de Mme Helvétius, toujours belle, toujours séduisante. On vit Volney, Pinel, Richerand, Alibert, Pariset, de Gérando, Fontaine, venir former au tour d'elle leur cour.

En l'An IV, Cabanis est nommé Professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, afin de doubler Corvisart qui avait la Clinique de l'hôpital de l'Université (La Charité).

Le 14 mai 1794, il épouse Charlotte de Grouchy.

C'est en l'An V qu'il publie son célèbre *Mémoire sur les Rapports du moral et du physique*.

L'année suivante, ses *Essais sur le degré de certitude de la médecine*, livre toujours intéressant à consulter.

En 1799, il passe de la Chaire de Clinique et de chirurgie à la Chaire d'Histoire de la médecine. A ce titre, je le salue doublement !

Il eut malheureusement une première attaque à l'âge de cinquante ans ; puis une seconde, puis une troisième. Il mourut en 1808.

***

TENON a été l'élève de Winslow. On peut le regarder comme le Nestor de la Chirurgie française. Sa carrière, en effet, a été longue, puisque, né en 1724, il mourut en 1816.

PELLETAN (1747-1829) rédigea en collaboration avec Lassus, en 1790, les *Ephémérides* : je vous renvoie à l'*Histoire de toutes les parties de l'art de guérir*.

C'est Pelletan qui établit le certificat de décès de Marat. Il était d'ailleurs prédestiné à ce genre de certificats pour des personnages célèbres. Le 18 Prairial, on l'appelait d'urgence auprès du Dauphin, mais on ne le trouva que

le lendemain, et dans l'après-midi du 20, il assistait à la mort de Louis XVII. Pelletan fit l'autopsie et rédigea le certificat de décès. Ce fut pour lui la source de nombreux désagréments. La question de Louis XVII a prêté à d'innombrables controverses... Il semble démontré toutefois, d'après les recoupements, que c'est bien le Dauphin que Pelletan a autopsié. M. Tillaux prétendait, lui, que la question était insoluble. Il semble, malgré tout, que les faux dauphins soient le produit de l'imagination populaire. Les foules répugnent à admettre la disparition d'êtres parés d'une auréole et qui revêtent à leurs yeux un caractère symbolique. Il y a eu de faux Louis XVII, après le drame du Temple, comme il y a eu de fausses Jeanne d'Arc après le bûcher de Rouen. C'est là un phénomène de psychologie populaire.

Desault (1744-1795) a organisé l'Enseignement clinique chirurgical en France. C'est lui qui, le premier, à l'Hôtel-Dieu, a pratiqué l'enseignement au lit du malade. Il fut ainsi le maître de Bichat.

Xavier Bichat (1771-1802), habitait non loin de l'Hôtel-Dieu, 14, rue Chanoinesse, dans la maison où demeure aujourd'hui son biographe, M. Genty. Je vous ai parlé de Bichat il y a deux ans et je n'y reviens pas. Je vous renvoie à la biographie si complète et si documentée de M. Genty.

* * *

Rôle des médecins en fonction des Institutions

La Révolution acheva de faire mourir la vieille Faculté de médecine. Déjà nous avions vu, l'an dernier, que le Collège Saint-Côme et que surtout la création de la Société Royale de médecine avaient porté un coup très dur à cette pauvre Faculté.

La Société Royale de Médecine fut créée pour établir une liaison entre les médecins chargés de lutter contre les épidémies qui dévastaient le royaume. C'est sous l'influence de Turgot, de Malesherbes, de Vicq d'Azyr et de Xavier de Lassone que ce qui avait été la Société Médicale en 1776 devint la Société Royale de médecine en août 1778.

Son rôle fut remarquablement important au point de vue de l'organisation de l'enseignement. Vicq d'Azyr fut en quelque sorte le grand directeur de la Société. Il rédigea un très beau rapport sur l'organisation de l'enseignement. Guillotin, président du Comité de salubrité de l'Assemblée nationale Constituante, reprit les idées de Vicq d'Azyr.

La Constituante créa d'abord le 21 janvier 1790 le Comité de Mendicité.

Le 12 septembre 1790, Guillotin adressa au Comité de salubrité, dont Gallot était le secrétaire, un projet de décret, inspiré du plan de Vicq d'Azyr, pour l'établissement et la constitution de la Médecine en France. Ce plan fut longuement discuté dans les Comités, qui dépendaient de la Constituante et correspondaient à nos Commissions parlementaires d'aujourd'hui.

Guillotin a rendu ainsi un très grand service à l'enseignement de la médecine. On peut relire aujourd'hui encore avec profit ce projet de décret sur l'exercice de l'art de guérir.

Guillotin était un médecin intelligent, qui méritait d'être célèbre autrement que par la sinistre machine qu'il inventa et qui porte son nom. C'est d'ailleurs dans une pensée humanitaire, si l'on peut dire sans ironie, qu'il eut l'idée de cette machine à décapiter les condamnés à mort. Il faut se rappeler qu'auparavant ceux-ci étaient soumis à des supplices et à des tortures sans nom. La décapitation à coups de hache était réservée aux condamnés de marque...

Cependant la Constituante adopta de façon très judicieuse le projet de Guillotin, relatif à l'organisation de la médecine ; malheureusement l'Assemblée se sépara avant d'avoir terminé son œuvre. La Législative ne reprit qu'une partie du Rapport, que Talleyrand fit sien, et la meilleure partie du travail de Guillotin resta lettre morte. On avait supprimé les anciennes organisations et on n'avait pas eu le temps d'en créer de nouvelles, de telle sorte qu'à la fin de la Convention, 600 médecins étaient morts aux armées. Il n'y avait presque plus de médecins dans les provinces, mais il y avait toujours des malades et les charlatans pullulaient.

Fourcroy s'est inspiré des idées de Vicq d'Azyr et de Guillotin pour faire voter la loi du 14 Frimaire An III qui continue de réglementer, en partie, l'exercice de la médecine.

* * *

Concluons en constatant d'abord le grand nombre de médecins, qui se sont intéressés aux choses politiques sous la Révolution comme de notre temps. Pourquoi ? Parce qu'ils vivent au contact de différents milieux sociaux et qu'ils se rendent compte des besoins de la société où ils évoluent.

Quand ils obtiennent un mandat, c'est moins à cause de leurs qualités scientifiques qu'ils sont élus qu'à cause de leurs qualités humaines. C'est pourquoi les médecins parlementaires sont très rapidement ignorés, du moins en tant que médecins. La liste, que j'en ai donnée, ne réveille pas des noms restés dans la mémoire, comme ceux de grands savants.

D'autre part, ou bien il y a indépendance complète entre la pensée scientifique et la Révolution, ce fut le cas pour Lavoisier, — ou bien il y a corrélation, et ce fut le cas de Cabanis et d'autres.

Ou bien les médecins travaillent indépendamment de toute préoccupation et de toute participation politiques, et ils poursuivent leur œuvre sans être inquiétés, tel Desault.

Enfin, relativement aux institutions, les Révolutions se rapprochent beaucoup du mécanisme des inflammations : il y a une régénération des tissus jeunes, apparition des tissus inflammatoires avec élimination des séquestres. Ce caractère de régénération, avec renouvellement des couches sociales, fait que les individus jeunes arrivent beaucoup plus rapidement à remplir les emplois élevés ; c'est ce que nous avons vu à la fin de la Révolution, où les places de professeur étaient prises par toute une série d'hommes jeunes. La Révolution a connu les professeurs et les généraux de moins de trente ans !

Néanmoins, l'inconvénient du système parlementaire exagéré apparaît avec l'échec du plan de Vicq d'Azyr et de Guillotin. Ce plan n'a pas abouti à cause de la lenteur des discussions parlementaires. On peut résumer philosophiquement cette leçon par l'aphorisme suivant : la solitude pour penser, le nombre pour discuter et l'unique pour décider. Car l'unité d'action n'est pas vraie seulement dans la tragédie classique.

« L'organisation sanitaire de tous les pays il faut bien le reconnaître, est encore rudimentaire. Une enquête approfondie, conduite aux Etats-Unis, a révélé que la classe la plus riche elle-même se procure seulement 85 pour 100 des soins nécessaires, alors que la classe la moins favorisée n'en reçoit que 10 pour 100. De nombreux malades ne sont jamais traités ; souvent l'intervention médicale est insuffisante. Une étude de sir Arthur Newsholme, poursuivie dans dix-neuf pays de l'Europe, aboutit à des conclusions analogues, d'où il résulte que de nos jours la médecine n'est pas exploitée utilement pour les populations comme elle le devrait et que des réformes profondes sont nécessaires. (Georges Schreiber. L'amélioration du bilan de santé et l'organisation sanitaire moderne. *La Presse Médicale*, 5 janvier 1935.)

« Tout est une question de mesure, en œnophilie, comme dans le reste. » Léon Daudet.

CHIRURGIE

Les indications thérapeutiques précoces dans les fractures de la base du crâne

Une mise au point du Docteur Ody (Genève)

Je suis très surpris de lire dans le numéro 48 de votre intéressante revue du 28 novembre 1934, sous la plume de M. le Professeur Ch. Lenormant, les lignes suivantes page 1884) :

Une autre intervention doit être discutée : le drainage sous-occipital par résection de l'arc postérieur de l'atlas. Henschen l'avait proposée et exécutée, mais c'est Ody (de Genève) qui l'a vulgarisée sous le nom, d'ailleurs impropre, de «trépanation sous-occipitale».

Je tiens d'abord à faire remarquer que j'ai fait connaître mon intervention, non pas sous le nom de «trépanation sous-occipitale», mais de trépanation atlantoïdo-occipitale.

Voici ensuite le texte du travail publié en 1912 par Henschen, auquel le distingué auteur de votre article fait allusion (*Archiv. f. klin. Chir.*, t. 99, p. 102).

« Une tentative qui me paraît pleine d'espoir serait de supprimer la pression que causent sur le bulbe les hématomes primitifs ou secondaires de la base du crâne (hématomes péribulbaires), par une trépanation faite dans la loge cérébelleuse un peu en arrière de l'apophyse mastoïde ».

Or, non seulement ce vœu ne contient aucune suggestion technique pour mon intervention, mais elle en ignore jusqu'au principe qui est de drainer le lac cérébelleux inférieur directement, et cela en son point le plus déclive et dans sa portion le plus facilement accessible, c'est-à-dire la région atlantoïdo-occipitale.

D'autre part, s'il a exprimé, en 1912, un « espoir », le Professeur Henschen n'en a pas fait depuis lors une réalité, puisqu'il n'a publié, que je sache, aucune observation attestant qu'une semblable tentative eût été menée à bien par lui, alors qu'il était pourtant chef de service et que des centaines de grands traumatisés du crâne et de l'encéphale avaient passé par ses mains.

D'ailleurs, dans la bibliographie très complète du rapport de Lenormant et Patel au 42e Congrès de chirurgie à Paris, il n'est fait aucune mention d'une communication quelconque du Professeur Henschen, sur ce point, depuis 1912.

Cette longue abstention d'un chirurgien de valeur, placé dans des conditions éminemment favorables pour créer lui-même une méthode chirurgicale nouvelle, aurait constitué pour moi, dix-huit ans plus tard, si je l'eusse connue, non pas une suggestion, mais bien un sérieux motif de renoncer à toute intervention dans la loge postérieure.

La paternité d'une intervention, comme toute paternité, comporte un acte et le fait que je fus le rapporteur de la première intervention tentée — et tentée avec succès — me permet, je crois, de revendiquer mes droits d'auteur.

F. Ody.

Je regrette vivement qu'une phrase de la leçon qu'a publiée le *Progrès Médical*, — leçon qui ne comportait aucune bibliographie — ait désobligé, semble-t-il, mon collègue Ody, qui sait pourtant en quelle estime je tiens ses travaux.

En ce qui concerne la dénomination de l'opération je reconnais bien volontiers avoir fait erreur et que c'est le terme de « trépanation atlantoïdo occipitale » qu'a employé Ody ; mais je trouve que ce terme ne vaut pas mieux que l'autre, le mot de « trépanation » évoquant l'idée d'ouverture du crâne, et, par ailleurs, l'ablation de l'arc postérieur de l'atlas étant une résection, et non une trépanation, dans la terminologie générale des opérations osseuses. L'intérêt de cette discussion grammaticale me paraît, du reste, assez médiocre.

La revendication de priorité est plus importante. Si j'ai écrit : « Henschen l'avait proposée et exécutée », c'est que, lors de la discussion de notre Rapport au 42e Congrès français de chirurgie, dans la séance du 11 octobre 1933, Henschen a dit textuellement, parlant de l'opération en question : « J'ai proposé il y a déjà dix-neuf ans, la décompression opératoire basale dans la monographie citée dans le Rapport... j'ai moi même réalisé plusieurs fois cette idée née logiquement d'une considération physio-pathologique du cerveau traumatisé. L'idée a été reprise beaucoup d'années plus tard par Clairmont ».

Or, Ody ayant pris la parole, dans cette même séance et après Henschen, et n'ayant pas relevé les affirmations de celui-ci, j'ai cru pouvoir faire état d'un texte imprimé dans les comptes rendus du Congrès et qui n'avait soulevé aucune réclamation. Tout ceci ne diminue pas, d'ailleurs, le mérite d'Ody qui a montré par ses observations la valeur de cette intervention et l'a fait connaître aux chirurgiens : si bien que c'est sous son nom qu'elle est universellement connue.

Peut-être la morale de tout ceci est-elle que, dans une leçon qui n'a nullement la prétention d'être exhaustive, mieux vaudrait ne citer aucun nom.

C. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1935

Intoxication saturnine par l'eau d'alimentation. — MM. *A. Pellé* et *Artus* signalent la fréquence, la variété et la gravité des intoxications saturnines par les eaux d'alimentation pures et faiblement minéralisées.

Ils démontrent la nature de ces accidents par de nombreuses analyses qui ont révélé la constance de la présence du plomb dans ces eaux. Il s'y trouve probablement sous deux formes (sels dissous et composés complexes en suspension). Leurs recherches ont prouvé que les tuyaux étamés n'offraient aucune garantie de protection ; l'étamage provient d'ailleurs d'un alliage contenant au moins 80 p. 100 de plomb et présente rapidement de nombreuses et dangereuses solutions de continuité.

Ils envisagent des mesures pour la protection de la santé publique. La méthode de calcarification des eaux, par adjonction de chaux, semble présenter les avantages d'être efficace, peu coûteuse, d'application facile, et paraît s'imposer pour préserver la population contre les accidents dont la fréquence et la gravité paraissent incontestables.

Note sur la prémunition de la tuberculose par le vaccin BCG. — M. *C. Guérin*. — Pendant les dix premiers mois de l'année 1933, le nombre des vaccinations effectuées en France s'est élevé à 110.486, celui des revaccinations à 13.909, soit une moyenne quotidienne de 368 vaccinations et de 46 revaccinations. Au cours des dix premiers mois de l'année

1934, ces nombres sont passés à 136.544 vaccinations et 20.819 revaccinations, donnant une moyenne journalière de 455 vaccinations et de 69 revaccinations.

L'augmentation, en faveur de l'année 1934, est donc de 19 p. 100 en vaccinations et 33 p. 100 en revaccinations. Sur cinq enfants qui naissent, un est vacciné au BCG.

Recherches sur les embolies pulmonaires expérimentales. — *M. Maurice Villaret* met en évidence la discordance qui existe entre les données de la clinique et les constatations anatomo-pathologiques dans les embolies pulmonaires.

Le point le plus obscur dans la pathogénie de ces accidents est incontestablement la mort subite déterminée par des embolus de moyen volume contrastant avec des survies assez prolongées au cours de l'embolie massive, survie permettant même de pratiquer l'opération de Trendelenburg.

Depuis trois ans, M. Maurice Villaret a repris la question au point de vue expérimental avec MM. L. Justin-Besançon et Pierre Bardin. Ces recherches montrent qu'il est très difficile d'obtenir une mort rapide des animaux à l'aide de gros corps embolisants. C'est ainsi que l'embolus énorme représenté par une centaine de grosses perles du calibre de la jugulaire externe, permet au chien de survivre plusieurs jours.

Mais le groupe d'expériences le plus précis a été réalisé à l'aide de poudres calibrées : alors que l'embolie réalisée avec une poudre de pierre ponce passée au tamis 80 ne détermine même pas toujours de l'altération de la respiration par contre, dès qu'on utilise des poudres passant au tamis 120, on provoque, à faible dose, une polypnée intense et bientôt une mort foudroyante.

M. Maurice Villaret déduit de ces recherches l'importance des réflexes neuro-végétatifs et des troubles vaso-moteurs réalisés par l'embolie, notion qui ouvre des horizons nouveaux sur le mécanisme des lésions anatomiques, d'une part, et d'autre part, sur de nouvelles possibilités thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1935

Septicémies chirurgicales. — *M. L. Bazy* expose ses idées sur l'action des vaccins dans les septicémies, sur la mise en évidence de certaines septicémies par l'examen des leucocytes, et sur la virulence des germes en cause.

Dangers de l'artériographie. — *M. Leveuf* après artériographie pour un syndrome de Volkmann, a observé une gangrène ischémique de tout le bras et dut désarticuler le membre.

MM Desplas et *Reboul* ont observé deux fois des accidents. Dans le premier cas, après injection dans la fémorale, apparurent des plaques brunâtres sur la cuisse, avec hydarthrose bilatérale, et la malade mourut subitement le huitième jour. Dans le deuxième cas, une injection de thorotrast détermina au bout de quelques jours une induration périfémorale et péri-iliaque et de vives douleurs. L'injection avait été faite en réalité dans la gaine péri-artérielle.

MM. Sénèque et *Benoit* chez une diabétique avec gangrène du gros orteil virent une injection de ténébryl déterminer une aggravation rapide de la gangrène, suivie de mort malgré l'amputation.

M. Bazy, après injection pour artérite du membre supérieur, dut amputer après momification du membre. L'artériographie paraît pouvoir être utilisée dans les affections vasculaires, mais non dans celles de la vaso-motricité.

M. Mondor n'a eu qu'un renseignement précis pour une dizaine d'artériographies.

M. Robert Monod a observé, après injection de ténébryl au cours d'une artérite, une extension de la gangrène. Une resection poplitée a sauvé le membre.

MM. Roux-Berger et *Sorrel* remarquent que les accidents signalés sont tous survenus à la suite d'injection de ténébryl.

M. Mathieu connaît un cas de mort après artériographie au collotor.

M. Huet a observé après injection de chlorure de sodium hypertonique faite par erreur dans l'artère humérale, une thrombose artérielle. L'artériectomie ne put empêcher la gangrène, et le malade finit par succomber. L'endothélium vasculaire paraît donc être très sensible.

M. Leveuf : procédé opératoire pour les hypospadias en prenant la peau du scrotum.

M. Sorrel : résection pour tumeur blanche du poignet.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 décembre 1934

Le traitement des fractures de cuisse chez l'enfant. — *M. Roederer* pense que chez l'enfant le traitement de la fracture de cuisse doit être un traitement par le plâtre et non par l'extension continue. L'enfant, indocile, supporte mal l'extension continue à laquelle, d'ailleurs, ses téguments se prêtent mal. Par contre, il supporte bien le décubitus et la contracture musculaire cède facilement chez lui. Il n'y a pas à tenir compte de la forme de la fracture : la fracture oblique donne évidemment des résultats meilleurs que la fracture transversale, mais, même celle-ci, doit être traitée par le plâtre, car il se fait chez l'enfant, en cas d'angulation, des remaniements secondaires, et l'ostéotomie reste une ressource. La pseudarthrose est en pratique, exceptionnelle.

Deux cas de perforation utérine au cours de curetage avec engagement des anses intestinales. — *M. Weber* présente deux cas de perforation utérine. Dans le premier, la lésion, de dimensions importantes, a permis l'inclusion totale d'une anse intestinale qui occupait toute la cavité utérine. L'examen histologique de la pièce après hystérectomie a permis de reconnaître l'existence d'une tuberculose du corps de l'utérus. Le deuxième cas est celui d'une femme ayant subi un curetage trois semaines avant une laparotomie. Celle-ci a révélé l'existence d'une perforation méconnue dans laquelle s'était incomplètement engagée une anse grêle. Douze jours après l'hystérectomie mort subite par embolie.

Cas grave à forme anormale de diverticule de l'œsophage. — *M. Guisez.* — Il est classique d'affirmer que l'intervention chirurgicale, soit qu'il s'agisse d'extirpation en un ou deux temps, soit de simple diverticulopexie, amène toujours la guérison du malade atteint de diverticule de l'œsophage. Cette règle générale présente cependant quelques exceptions. L'auteur communique l'observation d'un malade opéré en mars dernier pour volumineux diverticule de l'hypopharynx. Il s'agissait d'un cas très ancien remontant à une trentaine d'années, la dysphagie, devenue complète, avait nécessité la gastrostomie six mois auparavant. A l'intervention la poche diverticulaire était très adhérente aux tissus du médiastin, et le pédicule la reliant à l'hypopharynx était très large. En outre, l'hypopharynx était très dilaté de sorte qu'au-dessus de la bouche de l'œsophage il y avait deux véritables poches, sorte de double diverticule. Le diverticule proprement dit était seul opérable, mais il restait cette sorte de large dilatation de l'hypopharynx ; aussi l'intervention n'améliorera pas la dysphagie du malade d'autant plus que la bouche œsophagienne était sténosée par un véritable processus inflammatoire, et elle ne fut partiellement rétablie que par plusieurs séances de dilatation locale multibougiraire. Il faut donc, au point de vue du pronostic opératoire, tenir compte de l'état de l'œsophage lui-même et l'extirpation du diverticule n'est pas toujours suffisante à elle seule pour guérir le malade : il faut lui adjoindre la dilatation locale de la bouche œsophagienne, siège de la sténose. L'auteur rappelle qu'il a rapporté antérieurement deux cas analogues.

Arthrite chronique du genou. Infection. Amputation de cuisse. — *M. André Trèves* présente l'observation, les radiographies et les pièces opératoires d'une femme de 68 ans, soignée depuis quatre ans pour une tuberculose du genou prise pour un rhumatisme chronique et chez laquelle l'infection secondaire, due à des ponctions, a nécessité l'amputation de cuisse. Guérison.

Mauvais résultats des hallux valgus opérés. — *M. Raphaël Massart* présente une série de mauvais résultats éloignés observés chez des opérés d'hallux valgus auxquels, souvent dans un but esthétique, on a réséqué largement la tête du premier métatarsien. Ces malades ont de telles difficultés pour marcher qu'il y a lieu de ne pratiquer ces interventions que pour des cas réellement pathologiques.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Pourquoi nous défendons Hugo. — Il appartenait à la ville natale de Victor Hugo de prendre l'initiative des manifestations du souvenir qui se dérouleront, en 1935, pour célébrer le cinquantenaire de sa mort et de ses funérailles nationales. La revue régionale *Franche-Comté et Monts Jura* lui consacre son numéro spécial.

Après un émouvant article d'Edmond Haraucourt, président de la Fondation Victor-Hugo, un des derniers survivants de la veillée glorieuse du 1er juin 1885, sous l'Arc de Triomphe, M. Georges Gazier s'attache à montrer les attaches réelles que le poète conserva, tout le long de sa vie, avec la ville où il était né et qu'il ne devait jamais revoir. Il garda une vive reconnaissance à l'Académie de Besançon, qui accueillit toujours avec sympathie ses œuvres, même les plus discutées, et à Ch. Nodier, qui lui ouvrit les salons de l'Arsenal et le défendit contre ses détracteurs. Quelques lettres et dédicaces, la présence de Hugo à des banquets comtois (1827, 1829) attestent la permanence d'un véritable sentiment comtois.

Voici, de M. Pierre Moreau, professeur à la Faculté des lettres de Besançon, une délicate étude sur Victor Hugo, adolescent, le « jeune jacobite » de 1820, qui aima, qui fut vertueux et dont une énergique volonté commençait de façonner le génie. M. Charles Léger emprunte aux *Souvenirs littéraires* d'Edouard Grenier de pittoresques impressions sur la façon dont Victor Hugo recevait les candidats à l'Académie qui venaient se présenter à lui. Et M. Charles Dornier recherche dans *Les Pauvres Gens*, dans le *Souvenir de la nuit du Quatre*, dans *Les Misérables*, les origines de l'école populiste récemment fondée par Léon Lemonnier et André Thérive ; M. Paul Souchon nous présente la maison de Victor Hugo, 6, place des Vosges, dont il est le conservateur, et M. Jean Sergent, conservateur adjoint, reconstitue la curieuse histoire de deux dessins de Victor Hugo : *Le Palais du Concile, à Constance* (1839), *L'Eglise de Bacharach* (1840).

On conçoit que les violentes attaques de G. Barault et de Claude Farrère contre « le pontife de la démagogie » et « le plus formidable des imbéciles du XIXe siècle » devaient avoir ici leur écho. M. le Professeur G. Ascoli, titulaire de la chaire Victor Hugo, à la Sorbonne, a ouvert son cours public le 4 décembre dernier, en répondant à ces détracteurs et il a communiqué à notre confrère de Besançon la dernière partie de sa leçon. M. J.-L. Faure, de l'Académie de médecine, un hugophile de la première heure, ajoute sa plaidoirie et M. Ernest Prévost résume le début avec beaucoup de vigueur et un peu de violence. Cependant, M. Louis Villat rappelle (*Les politiques de Victor Hugo*, que, en dehors du domaine de la poésie, il y eut, chez Victor Hugo, une certaine inconstance spirituelle et, parfois, plus de grandiloquence que de solidité.....

Voici, extrait de ce numéro de *Franche-Comté et Monts-Jura*, l'article de M. J.-L. Faure, *Pourquoi nous défendons Hugo* :

> Alors, dans Besançon, vieille ville espagnole,
> Jeté comme la graine au gré de l'air qui vole,
> Naquit, d'un sang breton et lorrain à la fois,
> Un enfant sans couleur, sans regard et sans voix !..

Et maintenant, voici que « la ville espagnole » vient glorifier le plus grand de ses fils !

Elle a raison ; car il faut le défendre, puisqu'il est attaqué, et qu'on va chercher la vermine dans la crinière du lion !

Nous sommes de ceux qui, il y a soixante années, passèrent leur jeunesse dans le respect du grand proscrit et dans le culte de son œuvre. Nous déclamions dès notre enfance les strophes immortelles qui, depuis lors, chantent encore dans nos âmes ! C'est pourquoi nous le défendons.

Ah sans doute, il a cru aux vertus populaires ! Comme tant d'autres, il a été victime des erreurs de son temps ! Il les a chantées magnifiquement, et c'est son génie même qui les a fait survivre dans son œuvre, quand chez les autres elles sont oubliées.

Mais que reste-t-il de ces misérables querelles ? Depuis com-




QUINBY
QUINIO BISMUTH formule AUBRY
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVI°
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

bien d'années le nom des aboyeurs à la gloire du grand poète sera-t-il retombé à la poussière de l'oubli, quand les strophes ailées qui ont enchanté notre enfance voltigeront encore sur les lèvres des hommes !

Tout change, je le sais, tout évolue, tout se transforme ! On ne peut pas monter toujours, et depuis la mort du poète, en même temps que ceux qui vivaient dans son ombre et qui cultivaient sa mémoire, nous avons vu naître et nous voyons mourir une poésie nouvelle qui a déconcerté tous ceux qui, comme nous, ont vécu leur jeunesse dans l'harmonie des *Rayons et des Ombres*, des *Feuilles d'automne*, des *Chants du crépuscule*, des *Contemplations*, et de tant d'œuvres magnifiques.

Nous n'avons pas compris, nous ne comprenons pas que certains se soient efforcés de dépouiller la poésie de son rythme et de sa cadence et de l'harmonie souveraine qu'on ne trouve que dans la rime !

Certains ont pensé que ce n'était pas assez de briser le vers, de le priver de tout son éclat, de la magnificence de ses mots et de ses images.

Ils se sont efforcés de le rendre inintelligible, et ils y ont réussi. La vogue de certains poètes a cru en raison même de l'impossibilité de les comprendre. L'obscurité est devenue profondeur, le pathos éloquence, le charabia inspiration, et le néant génie !

Sous prétexte de poésie, certains ont fait, de la pure langue française ce que des barbouilleurs ou des mystificateurs, comptant sur la bêtise humaine, ont fait de la peinture, qui déshonore certaines de nos rues !

Que restera-t-il dans un siècle de toutes ces misères ? Hugo, lui, sera toujours là, sur son rocher battu par les vents de la mer... !

Il est resté pour nous le grand inspirateur de notre jeunesse. Mais nos jeunes années sont loin ! Combien restons-nous, aujourd'hui, de ceux qui défilèrent devant le grand vieillard, chargé d'ans et de gloire ? Et je le vois encore, à sa fenêtre, entre son petit-fils et sa petite-fille, avec son front de marbre, couronné de ses cheveux blancs !

Et puis enfin, le dernier soir, je suis monté avec la foule...

> Quand Paris tout entier, pendant la nuit funèbre,
> Parmi les cuirassiers debout dans les ténèbres,
> Défila devant toi,
> Sous cet arc de triomphe immense et solitaire,
> Dont la gloire, jadis, a parcouru la terre,
> Aux ailes de la voix !
>
> Tout un peuple a suivi ta dépouille sacrée !
> Et les mères, devant les fleurs amoncelées,
> Disaient à leurs enfants :
> Regardez ! Regardez ! Voici l'apothéose !
> Voyez comment on mène au sol où tout repose,
> Ces restes triomphants !
>
> A ton grand souvenir, nous resterons fidèles !
> Et nous conserverons tes cendres immortelles
> Dans notre Panthéon.
> Qui pourra, sous l'azur du vaste ciel limpide,
> Dresser son dôme noir devant les Invalides,
> Où dort Napoléon !
>
> Mais nous te reverrons dans ta gloire, ô Poète !
> Et le laurier divin viendra ceindre ta tête
> De son nimbe immortel,
> Quand, sur un piédestal digne de ton génie,
> Nous dresserons un jour, au nom de la patrie,
> Quelque bronze éternel !
>
> (Mai 1885).

A propos du budget du ministère de la Santé publique

Du Docteur Pierre Even, sénateur des Côtes-du-Nord, dans LE MATIN (22 décembre 1934) :

... Tous ceux que la question de protection de la race ne laisse pas indifférents liront avec intérêt les débats qui se sont déroulés à la tribune du Parlement, au moment de l'examen du budget du ministère de la Santé publique.

La réorganisation intérieure de ce département, réclamée par les maîtres disparus, a trouvé des défenseurs décidés qui ont exposé les vœux du Syndicat des médecins hygiénistes français, du Conseil supérieur de l'hygiène publique, de l'Académie de médecine et des Commissions parlementaires. Concluant que l'opinion unanime réclame cette réorganisation, divers orateurs ont rappelé l'exemple des autres nations.

En Angleterre, à côté du personnel administratif, parallèlement à lui, il a été créé un cadre technique comprenant des médecins, des ingénieurs, des architectes ayant rang d'inspecteurs généraux ou d'inspecteurs techniques. Le personnel médical de la direction centrale est réparti en six sections ; à la tête de chacune se trouve un médecin, assisté de collaborateurs médecins (50 au total).

En Allemagne, un état-major technique apporte aux services

administratifs d'exécution, la collaboration permanente des médecins fonctionnaires spécialisés ; d'autre part l'administration centrale du Reich dispose dans les deux ministères de l'Intérieur et du Travail, de trois ou quatre fonctionnaires supérieurs médecins, d'un office national d'hygiène publique et d'un Conseil national d'hygiène. Chacune des quatre sections de l'office : médicale, chimico-hygiénique, vétérinaire et bactériologique, est dirigée, sous l'autorité d'un médecin chef, par des médecins assistés de nombreux collaborateurs techniques.

En Hollande, si le directeur n'est pas obligatoirement médecin, il est assisté d'inspecteurs en chef et d'inspecteurs spécialisés ; de plus, le service de l'enfance et celui des maladies contagieuses ont à leur tête un médecin.

Aux Etats-Unis, le « Public Health Service », véritable ministère de la Santé publique, est dirigé par un médecin fonctionnaire nommé pour quatre ans par le président de la République, et qui porte le titre de « surgeon général ».

En Hongrie, vingt-quatre médecins sont rattachés au ministère chargé de l'hygiène. Ils jouissent des mêmes droits que les autres fonctionnaires d'Etat. Ils sont répartis dans les sections d'hygiène publique, d'hygiène sociale, d'assurance-maladie, de protection des enfants.

En Norvège, il existe également un service technique médical à côté du service purement administratif chargé d'étudier les projets de loi et les prévisions budgétaires en matière d'hygiène.

En Suède, les services administratifs relatifs à l'hygiène sont groupés sous une direction *unique* : la direction générale de la médecine. Les services d'hygiène sont confiés pour la presque totalité à des médecins qui sont, suivant le cas, au service de l'Etat, des Conseils généraux et des communes.

En Tchécoslovaquie, le ministre de la Santé publique est assisté de chefs de division, *tous docteurs en médecine*, secondés eux-mêmes par les médecins adjoints. Le personnel des cinq divisions du ministère comprend ainsi trente-cinq docteurs en médecine spécialisés.

L'Espagne elle-même, qui, pendant longtemps occupait une des dernières places parmi les nations européennes en matière d'organisation sanitaire, est aujourd'hui dotée de services techniques d'hygiène que l'on peut citer comme modèle. Ces services sont *centralisés* à la direction générale de la santé publique, rattachée elle-même au ministère de l'Intérieur. Cette direction est *exclusivement technique*. Elle comprend sept services tous *dirigés par des médecins* : tuberculose, hygiène infantile, propagande, hygiène mentale, hygiène alimentaire, hygiène sanitaire, secrétariat technique général. Les quatre premiers sont en plein fonctionnement. La direction est assurée par un directeur général et trois inspecteurs généraux également médecins.

Avenir ?

M. Queille, docteur en médecins, qui a accepté de quitter le sillon pour revenir au caducée, a décidé sans retard d'envisager l'avenir.

Déjà d'excellentes décisions, comme la création d'une direction générale et le groupement des services techniques sont réalisées. M. Queille étudie le problème en médecin : diagnostic, thérapeutique, pronostic.

Si chacun est mis à sa place tout ira bien.

Attendons.

D'après les statistiques les plus récentes, la longévité moyenne est de vingt-cinq ans en Egypte, quarante-deux ans au Japon, quarante-quatre ans en U. R. S. S., quarante-six ans en Pologne, cinquante ans en Italie, cinquante-quatre ans en France et en Ecosse, cinquante-six ans en Irlande du Nord et en Suisse, cinquante-sept ans en Angleterre et en Afrique du Sud, soixante ans aux Etats-Unis, soixante et un ans en Australie, au Danemark et en Suède ; soixante-quatre ans en Nouvelle-Zélande, toujours et encore en tête du palmarès. » (Georges SCHREIBER. L'amélioration du bilan de santé et l'organisation sanitaire moderne. *La Presse Médicale*, 5 janvier 1935.)






Fondé en 1873. N° 4 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 26 JANVIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 22 janvier. M. DIÉGO-LAMAR. A propos de quelques complications urinaires consécutives aux pelvitomies. — M. DU PASQUIER. Considérations sur le traitement actuel de l'hypertrophie prostatique. M. SZANTO. Le lait et ses falsifications.

23 janvier. — M. BOUDONET : Le cæcum inversé. — M. GIRAUD. Spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. — M. WALDMANN. Etude du principe actif du genêt à balai appliqué à la crise nitritoïde.

24 janvier. — M. BAGNANINCHI. Syndrome de Raynaud et épilepsie. — M. CHAMPION. La verrue plantaire, moyens de traitement. — M. NIGAUD. Le rôle de la rœntgenthérapie dans le traitement des affections inflammatoires. — M. BOER. Etude du venin de cobra comme antialgique.

25 janvier. — M. PENIN. Etude de l'œdème dur traumatique. — M. POILLEUX. Astragalectomie chez l'adulte. Indications. Résultats.

M. Fernand Bezançon, professeur de clinique médicale, est transféré, à compter du 1er janvier 1935, dans la chaire de clinique de la tuberculose de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire, M. Léon Bernard), budget de l'Université.

M. Loeper, professeur de thérapeutique, est transféré, à compter du 1er janvier 1935, dans la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire, M. Bezançon).

Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er janvier 1935, à M. Mocquot, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine.

La Faculté de Paris. Une annexe à la Charité. — Le projet de transfert de la Faculté de médecine à Sainte-Anne en vue de son extension ayant été abandonné, M. Raymond Laurent a fait adopter par le Conseil municipal, au nom de la 5e Commission, un projet tendant à la construction d'une annexe de la Faculté sur l'emplacement du vieil hôpital de la Charité.

Le projet comporte la cession amiable par l'Assistance publique à l'Université de Paris des terrains et bâtiments de l'hôpital de la Charité, d'une contenance de 16.000 mètres carrés environ, contre versement d'une somme de 20 millions de francs. L'achat des terrains et la construction des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine entraîneront une dépense de 63 millions qui sera imputée sur les crédits du plan Marquet.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin colonel de Vézeaux de Lavergne, de l'hôpital de Nancy, sous-directeur du Service de santé de la 20e région.

Le médecin lieutenant-colonel Martinet, de l'hôpital de Nancy est maintenu et désigné comme médecin-chef.

Le médecin capitaine Humann, du 121e d'infanterie, au 5e étranger (Indochine).

Les médecins lieutenants : Bertrand, du 151e d'artillerie, au 3e d'infanterie, à Hyères ; Liénard, de l'hospice mixte de Verdun, au 151e d'artillerie ; Doublet, de l'hospice mixte d'Angers, au 6e génie.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. Astruc, Audistère, Dumas, Evrot, Herscher (de Paris), Boucheseiche (de Montigny-le-Roi).

Au grade de chevalier. — MM. Abely, des Asiles publics d'aliénés de la Seine ; Amieux (de Paris), Angeli (de Canteleu), Bajac (de Pau), Bardon (de Lhuitre), Bourguet, Bralez, Brel (de Paris), Briançon (de Saint-Etienne), Chauserie-Laprée (de Paris), Colldecarrera (de Bages), Cordey (de Fontainebleau), Cornet (de Rouen), Couécou (de Nogaro), Cougouie, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Garonne ; Courchet (de Saint-Raphaël), Coutrest (de Paris), Dascalopoulos (d'Orange), Daubresse (de Paris), Dautheville (de Chomérac), Delivet (de Paris), Despeignes (de Chambéry), Duran (de Villeneuve-sur-Yonne), Feillard (de Brest), Fichot (de Clermont-Ferrand), Floch (de Pont-l'Abbé), Fromageot (de Coulommiers), Gallois (de Paris), Giraud (des Andelys), Henry (de Bains-les-Bains), Janet (de Paris), Jouanin (de Moulins), Le Strat (de Concarneau), Lévy (de Paris), Long (de Nyons), Mallet (de Paris), Mazères (de Tunis), Moreau (de Lusignan), Musy (de Nantua), Pasturel (de Dun-sur-Auron), Taguet (de Paris), Vialle (de Nice).

MARINE (Active.) — *Au grade d'officier.* — MM. Boudet, Le Breton-Oliveau, Carboni et Grosso.

Au grade de chevalier. — MM. Pirot, Bousselet.

RÉGIONS LIBÉRÉES. — *Au grade d'officier.* — M. Marnier, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. Bougault, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. Etienne, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Ingelrans, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Poujol, professeur à la Faculté de médecine d'Alger ; Renard, secrétaire de la Faculté à Toulouse.

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. d'Halluin (de Lagny).

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — MM. Valdeiron (A. O. F.), Warnecke (Indochine).

Asile public d'aliénés de Toulouse. — Le 11 mars 1935,

M. H.-R. WILLIAMS, résidant aux Etats-Unis d'Amérique, titulaire du brevet français 688 138 du 11 janvier 1930, pour **« Procédé et appareil de fabrication de serviettes hygiéniques »** *serait désireux de traiter pour la vente de ce brevet ou pour la concession de licences d'exploitation.*

Pour renseignements techniques, s'adresser à MM. LAVOIX, GEHET & GIRARDOT, Ingénieurs-Conseils, 2, rue Blanche, à Paris.

à 8 heures du matin, aura lieu à la Préfecture de la Haute-Garonne, un concours pour la nomination d'un interne titulaire à l'Asile de Bracqueville.

X° Congrès international d'histoire de la médecine. — Il aura lieu à Madrid (Espagne) du 23 au 29 septembre 1935.

Les thèmes officiels approuvés par le Comité sont les suivants : Premier : *La médecine arabe en Espagne* ; deuxième : *La médecine en Amérique pendant sa découverte et colonisation* ; troisième : *Le Folklore médical dans les divers pays civilisés.*

Chacun de ces thèmes constitue une section du Congrès, à la tête de laquelle figurent MM. les rapporteurs, dont les noms seront publiés dans le programme définitif.

A côté de ces trois sections, une quatrième sera consacrée à des communications et conférences diverses.

Les personnes désireuses de collaborer à ce Congrès devront, avant le premier juin 1935, remettre au secrétariat scientifique du Congrès un résumé sténographique (en duplicata) de la ou des communications qu'elles auraient à présenter.

Ce résumé ne pourra excéder une page in-octavo (environ 400 mots).

Les idiomes admis sont : l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien.

Cotisations. — *a*) Congressistes membres de la Société internationale d'histoire de la médecine, inscription : 75 pesetas ; *b*) congressistes inscrits au X° Congrès international d'histoire de la médecine, inscription : 100 pesetas ; *c*) parents et personnes, accompagnant ces deux classes de congressistes, inscription : 50 pesetas.

Le Comité d'organisation est en train d'obtenir, une réduction notable sur les voyages en chemin de fer et en paquebot afin de pouvoir remettre aux congressistes dans le délai opportun les billets de réduction, carte d'identité et autres documents.

Les bulletins d'inscriptions, les cotisations (chèques, mandats-poste) et toute la correspondance en général doivent ê re adressés au secrétariat général du X° Congrès international d'histoire de la médecine, Palacio de la Academia Nacional de Medicina, Calle de Arrieta, numéro 12, Madrid (España).

Médecin Sanitaire maritime.— Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 14 et 15 mars 1935.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

Lutte méthodique contre le rhumatisme. — La Ligue internationale contre le rhumatisme tiendra son V° Congrès international en septembre 1936, à Lund (Suède). Ont été nommés président le Pr. Dr. S. Ingvar, professeur à l'Université de Lund, secrétaire Pr. Dr. C. Kahlmeter, de Stockholm.

Pour renseignements détaillés s'adresser au secrétaire de la Ligue internationale contre le rhumatisme, Dr. J. Van Breemer Keizeregracht, 489/49 1, Amsterdam.

Société française d'orthopédie. — A) *Journées orthopédiques de Bordeaux.* — Elles se tiendront à Bordeaux les vendredi et samedi 8 juin.

Voici les grandes lignes du programme :

Le vendredi 7 juin 1935, à 8 h. 1/2, réunion à l'hôpital des Enfants (cours de l'Argonne) : visite de l'hôpital et du service de clinique chirurgi ale infantile et d'orthopédie ; séance opératoire (Professeur Rocher) ; à 14 heures : séance de travail à l'Amphithéâtre des nouvelles cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-André.

Le samedi 8 juin 1935, à 8 h. 30, réunion à l'hôpital Saint-André ; visite des cliniques, démonstrations opératoires (Professeurs Bégouin et Guyot) : à 14 heures, séance de travail.

Des excursions à Arcachon le dimanche 9 juin, à Hossegor et à Saint-Emilion, le lundi 10 juin, seront organisées pour les participants.

Secrétaire des Journées orthopédiques : Docteur L. Pouyanne, 103, rue Saint-Genès à Bordeaux (Gironde).

Il est rappelé que la réunion annuelle de la Société française d'orthopédie se tiendra cette année à Bruxelles le vendredi 4 octobre sous la présidence du Professeur Le Fort (de Lille).

Collège libre des sciences sociales (28, rue Serpente.) — *Hygiène de l'habitation.* — La question du bruit, les points de vue : social (M. H. Thivet, professeur) ; juridique (M° Fourrier, avocat à la Cour) ; constructif (M. Katel, ingénieur civil), les mercredis 23, 30 janvier, 6, 13, 20 février, à 4 h. 1/2.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 31 mars 1935.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de 30 ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire au Docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

Préventorium de Canteleu. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin-adjoint, doctoresse en médecine au préventorium départemental de Canteleu, aura lieu à la Préfecture de la Seine-Inférieure le 28 février 1935.

Les candidates devront être âgées de 40 ans au plus, et pourvues du diplôme d'Etat, de docteur en médecine.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra parvenir à la Préfecture de la Seine-Inférieure (4° Division, 2° bureau) avant le 15 février 1935.

Pour tous renseignements s'adresser au médecin-directeur du Préventorium de Canteleu (Seine-Inférieure).

Office du cinéma médical. — Un « Office du cinéma médical » vient d'être créé sous la direction scientifique du Doc-

teur Maurice Fabre. Cette organisation a pour but de réaliser tous films médicaux ou pharmaceutiques, scientifiques, documentaires ou d'actualités. Elle se propose en outre de créer dans une salle de Paris un « Cinéma d'actualités médicales » où seraient projetés en même temps que des films cientifiques tous faits saillants concernant l'actualité médicale ou pharmaceutique (Congrès, réunions, banquets, voyages médicaux, etc.).

Pour tous renseignements écrire à M. Paul Thoby, directeur technique de l'Office du cinéma médical, 13, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Nécrologie. — Docteur Alcide Alexandre, de Lens (Pas-de-Calais). — Docteur René Beaugrand, d'Auchel (Pas-de-Calais), chirurgien des mines de Marles. — Docteur Charles Bernard, de Roubaix, décédé à l'âge de 75 ans. — Docteur Blasard, de Brice-sous-Forêt. — Docteur Badot-Fouache, interne des hôpitaux de Paris. — Docteur Bosvieux, de Ville-d'Avray (Seine-et-Oise). — Docteur Ernest Bonnaymé, de Lyon. — Docteur Alexandre Chadefaux, médecin consultant à la Bourboule. — Docteur Coste, de Nîmes. — Docteur Antoine Garmy, de Thiers (Puy-de-Dôme). — Docteur Edmond Grenier, de Strasbourg. — Docteur Jean Gregori, de Marseille. — Docteur Paul Joly, de Bagnoles-de-l'Orne, président de la Société d'hydrologie. — Médecin colonel Jubin, décédé à Paris. — Docteur Lévêque, de Paris. — Docteur René Mainot, de Paris, directeur de la *Vie Médicale*, décédé dans sa 61e année. — Docteur Mouchet, de Le Vendre (Allier). — Docteur Retrouvey, de Besançon. — Docteur Vaquier, de Tunis. — Docteur Viala, de La Grand'Combe (Gard). — Docteur Alphonse Wacquez, de Valenciennes. — Docteur Victor Wendling, de Raon-l'Étape (Vosges). — Docteur Ernesto Pestalozza, de Rome, professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique, décédé à l'âge de 74 ans. — Professeur Oreste Bellotti, de Milan, oto-rhino-laryngologiste.

« *Les hommes, en général, donnent quelque attention à ce qu'ils mangent et à ce qu'ils boivent, mais rarement à l'air qu'ils respirent.* » (Médecine Domestique, par Guillaume Buchan, tarduit de l'anglais par J. D. Duplanil, quatrième édition, Paris chez Desoer, 1792, page 209. Cité par M. le Professeur Pech in *Mouvement sanitaire*).

BIBLIOGRAPHIE

La Mort subite, par le Docteur A. Costedoat, Un volume in-8 (15 × 23) de 264 pages : 40 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Parmi les problèmes si complexes de médecine légale qui se rattachent à la mort, un des plus passionnants est celui de la mort subite. Les cas sont tellement nombreux et disparates qu'ils donnent lieu aux interprétations les plus difficiles, les plus discutables, parce que les idées médicales ne sont pas encore basées sur des connaissances absolument précises.

Si l'on compare les définitions données dans les différents traités de médecine légale, on voit qu'elles varient toutes suivant les tendances ou sles recherches spéciales des auteurs. De même dans l'esprit du public, dans l'esprit des médecins traitants, la mort subite est envisagée sous des aspects bien différents.

Nos connaissances sont-elles suffisantes pour nous fournir des éléments d'appréciation ? La mort a-t-elle été réellement subite ou simplement imprévue ou rapide ? La mort a-t-elle été précédée d'un coma, de symptômes morbides plus ou moins caractéristiques et par conséquent d'une agonie ? Exste-t-il une maladie organique latente ? Cette maladie-a-t-elle pu produire la syncope mortelle ? Un homme bien constitué et dont les organes, dans l'état actuel de nos connaissances, ne présentent aucune lésion pathologique, peut-il mourir brusquement ? Quelles sont les causes qui peuvent déclencher dans cet organisme sain la mort subite et rapide ? Quel est le rôle du traumatisme léger, de l'émotion, de la digestion, du choc moral, de l'état humoral dans l'apparition de semblables accidents ?

Telles sont les questions si complexes qui se posent en médecine légale.

Une mise au point de la question était utile. C'est le travail qu'a entrepris le Docteur Costedoat. Il fallait, pour aborder un sujet aussi vaste, un labeur acharné qui permit l'accumulation de documents aussi nombreux, des connaissances très étendues, un sens critique très éduqué, une puissance de synthèse pour tirer d'une accumulation de faits aussi disparates des conclusions aussi logiques et montrer les lacunes si nombreuses qui restent encore à combler dans nos connaissances.

Le lecteur trouvera toutes ces qualités réunies dans ce livre écrit avec une conscience et une documentation qui en font un des volumes les plus intéressants de la médecine légale moderne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches expérimentales sur la médication salicylo-soufrée et sur divers procédés d'activation du salicylade de soude

Par

M. Georges MARCHAL
Médecin de l'Hôpital Tenon

J. M. LEMOINE
Interne des Hôpitaux

et **G. GENESLAY**
Interne en pharmacie

I. Préambule

Le salicylate de soude reste, pour nous, comme pour la plupart des médecins, le meilleur médicament du rhumatisme articulaire aigu. Pourtant la thérapeutique salicylée se heurte assez souvent à divers obstacles, en dépit des modes d'administration les plus surveillés et les plus rationnels. Tantôt il s'agit d'une mauvaise tolérance de la drogue, pouvant aller jusqu'aux accidents graves d'acido-cétose, comme dans la récente observation de Paisseau, Friedmann et Vaille. Tantôt les résultats sont insuffisants, même pour des doses très élevées ; et en particulier, les déterminations cardiaques de la maladie de Bouillaud n'obéissent qu'inconstamment ou difficilement à l'emploi isolé du salicylate de soude, dont quelques cliniciens ont même proclamé la faillite vis-à-vis du rhumatisme cardiaque.

Pour obvier à ces inconvénients, l'un de nous s'est efforcé, depuis 1929, d'activer au maximum les effets thérapeutiques du salicylate de soude grâce à plusieurs associations médicamenteuses, surtout par l'adjonction de soufre. Cette nouvelle méthode thérapeutique, avec ses techniques variées, ses indications et ses résultats, a fait l'objet de plusieurs articles (1).

En clinique, l'action du salicylate de soude, par les voies habituelles, est renforcée par le soufre, soit sous forme de soufre colloïdal en injections intraveineuses, à petites doses progressives, soit sous forme de solutions telles que l'hyposulfite de soude à 10 p. 100.

L'endocardite rhumatismale, à sa période de début, peut régresser ; et les autres manifestations du rhumatisme cardiaque évolutif sont favorablement influencées dans la majorité des cas. La médication salicylo-soufrée nous a permis d'observer la guérison durable de quelques cas de pancardites, désespérés en apparence.

Grâce à l'adjonction du soufre, les doses de salicylate de soude peuvent être diminuées notablement : par exemple, 4 ou 5 grammes par vingt-quatre heures, chez l'adulte.

Nous ne connaissons pas actuellement de traitement plus efficace du rhumatisme cardiaque ; l'association salicylo-soufrée réduit la proportion des échecs de la thérapeutique salicylée.

Mais nous nous sommes demandés si nous ne pouvions pas accroître encore l'activation du salicylate déterminée par le soufre, et nous nous sommes adressés à l'expérimentation.

Nous avons voulu approfondir, au laboratoire, quelques-unes des causes de l'activation thérapeutique du salicylate de soude, en dosant les quantités de salicylate fixées dans les tissus cardiaques, sous l'influence comparée du soufre, et d'autres médicaments.

Nous avons trouvé que la fixation maxima chez les lapins en expériences, était réalisée par un complexe de soufre, magnésium, et calcium.

Certes, les résultats expérimentaux ne se transposent pas avec une rigueur absolue dans le domaine clinique; ils n'en constituent pas moins de précieuses indications, qui nous encouragent à modifier la composition des produits soufrés, étroitement associés au salicylate de soude dans la thérapeutique du rhumatisme cardiaque.

Nos expériences reposent sur les diverses modalités de *fixation salicylée* dans le cœur. Ce qui importe, en effet, ce n'est pas la dose administrée, mais bien la quantité de salicylate utilisée par les organes.

II. Technique

Pour ces recherches, nous avons choisi comme animal d'expérience le lapin, pour la commodité des injections intraveineuses, et pour la quantité suffisante de matière dosable fournie par le cœur de cet animal.

Les animaux utilisés étaient de même poids, 2 kilogrammes environ, avec un écart maximum de 100 grammes. Ces détails nous ont permis d'obtenir des résultats aussi comparables que possible.

Les injections intraveineuses étaient faites dans la veine marginale de l'oreille. Les animaux étaient sacrifiés par traumatisme violent portant sur la nuque. Aussitôt la mort obtenue, nous procédons à l'ablation du cœur.

Le dosage du salicylate de soude a été pratiqué suivant une technique colorimétrique, inspirée des travaux de Hérissey (1922).

On dégraisse les cœurs, sectionnant les gros vaisseaux à la base. Les cœurs sont ensuite pulpés en présence de sable et mis dans un flacon avec une petite quantité d'eau distillée (10 centimètres cubes pour 5 grammes de matière), et 1 centimètre cube de solution d'acide sulfurique à 1/5. On additionne d'éther, et on agite fortement pendant une minute. Après repos, on ajoute 4 centimètres cubes de solution d'acide sulfurique à 1/5, et on mélange par mouvement. Après filtration, on sépare la couche éthérée par décantation. La liqueur éthérée est mise en contact dans un tube à essai, avec 3 centimètres cubes d'eau, et une goutte de solution de perchlorure de fer à 1/10. Après agitation, on constate ou non l'apparition de la coloration violette dans la couche aqueuse. De toute façon, on vide le tout dans un cristallisoir, et on laisse évaporer à l'air libre. On filtre enfin la liqueur violette sur un filtre sans plis, mouillé au préalable, et on la reçoit dans un tube en verre blanc, on lave le filtre et on complète à 3 centimètres cubes le filtrat.

On compare ensuite au calorimètre avec un étalon obtenu en traitant de la même façon, un cœur de lapin non traité auquel on a ajouté une quantité connue de salicylate de soude.

---

(1) G. MARCHAL et THOLAT. — Forme maligne de rhumatisme cardiaque guérie par l'association thérapeutique : salicylate de soude et soufre. *Monde médical*, 15 juin 1929. — G. MARCHAL. L'emploi conjugué du soufre et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu et ses manifestations cardiaques. *Revue médicale française*, octobre 1929. — G. MARCHAL. Le traitement salicylo-soufré du rhumatisme articulaire aigu et de ses manifestations cardiaques. *Pratique médicale française*, janvier 1930. — G. MARCHAL et D. BARGETON. Considérations cliniques sur le début de l'endocardite rhumatismale. *Archives de médecine générale et coloniale* (Marseille), décembre 1932. — Georges MARCHAL. La médication salicylo-soufrée dans le rhumatisme cardiaque (1er Congrès français de thérapeutique, octobre 1933. Cf. *Revue de médecine*, janvier 1934. — G. MARCHAL. Discussion du cas de Paisseau, Friedmann et Vaille. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 24, juillet 1934, page 1210.

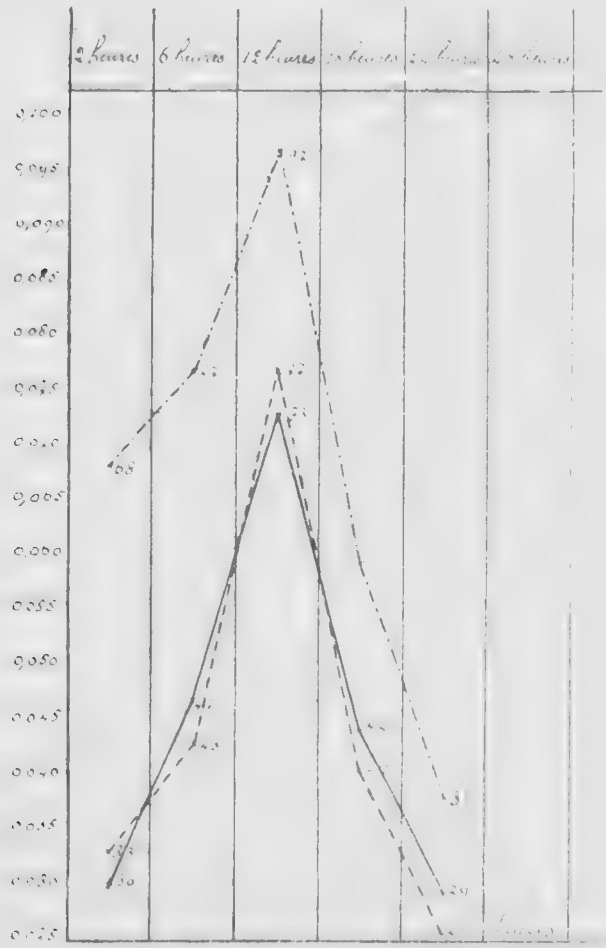
Les résultats obtenus sont ramenés à la proportion de 100 grammes de matière à doser.

III. Résultats

A) Fixation cardiaque du salicylate de soude

Nous avons étudié la fixation du salicylate de soude au niveau du cœur en utilisant d'abord des doses variées de salicylate de soude à différentes concentrations ; puis en variant la durée de l'expérimentation. C'est ainsi que nous avons obtenu les courbes ci-dessous.

GRAPHIQUE I



---·---·--- 1 cm³ de salicylate de soude à 10 %.
———— 2 cm³ de salicylate de soude à 10 %.
— — — — 4 cm³ de salicylate de soude à 5 %.

1° INFLUENCE DE LA CONCENTRATION. — La concentration de la solution du salicylate de soude n'influe pas sur l'importance et l'horaire de la fixation.

2° INFLUENCE DE LA DOSE. — Les quantités fixées ne sont pas strictement proportionnelles à l'augmentation des doses. C'est ainsi qu'une dose double de salicylate de soude ne donne pas un résultat deux fois plus fort pour la fixation maxima dans le cœur. Cependant l'augmentation de la fixation est encore très intéressante.

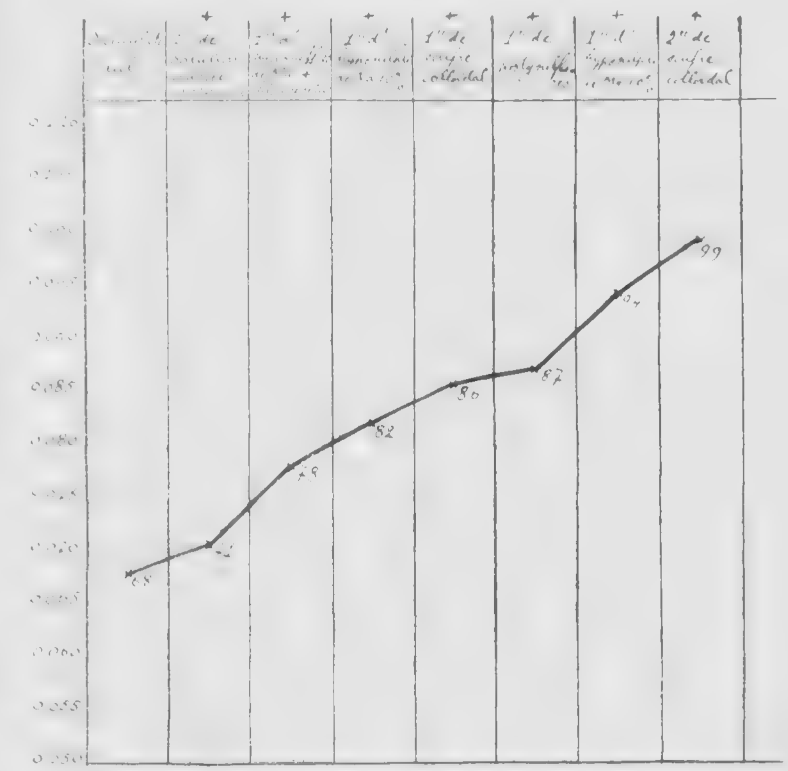
3° INFLUENCE DE LA DURÉE. — La fixation du salicylate de soude au niveau du cœur est peu durable. Son maximum ne se produit que douze heures après l'injection, et très rapidement le salicylate de soude est éliminé ; au bout de quarante-huit heures, il n'en reste plus que des traces indosables.

B) *Fixations renforcées du salicylate de soude*

Recherchant des médications capables d'améliorer cette fixation du salicylate de soude, nous nous sommes adressés d'abord aux produits soufrés. Pour ces recherches nous avons employé la même dose de salicylate de soude : 4 centimètres cubes d'une solution à 10 %, en mélange extemporané avec les produits soufrés.

1° INFLUENCE DU SOUFRE. — a) *Influence sur la quantité de salicylate de soude fixé dans le cœur.* Les recherches ont été faites avec les divers produits soufrés que nous avons utilisés en clinique toutes les fixations correspondent à la même durée de deux heures.

GRAPHIQUE II



La simple lecture de cette courbe nous montre une action particulièrement efficace de l'hyposulfite de magnésium qui élève la fixation de 0,068 % à 0,094 %.

b) *Influence sur l'horaire de la fixation du salicylate de soude dans le cœur.* — Pour cette étude, nous avons utilisé le soufre colloïdal qui, en clinique, nous a donné jusqu'à présent les meilleurs résultats. Nous avons obtenu la courbe ci-dessous (*graphique III*) à laquelle nous comparons la courbe de fixation du salicylate de soude injecté isolément.

Les résultats obtenus avec le soufre colloïdal montrent une fixation éphémère, paraissant relever en notable partie de phénomène de choc.

2° INFLUENCE D'AUTRES MÉDICAMENTS. — Nous avons essayé de nombreux produits, minéraux et organiques.

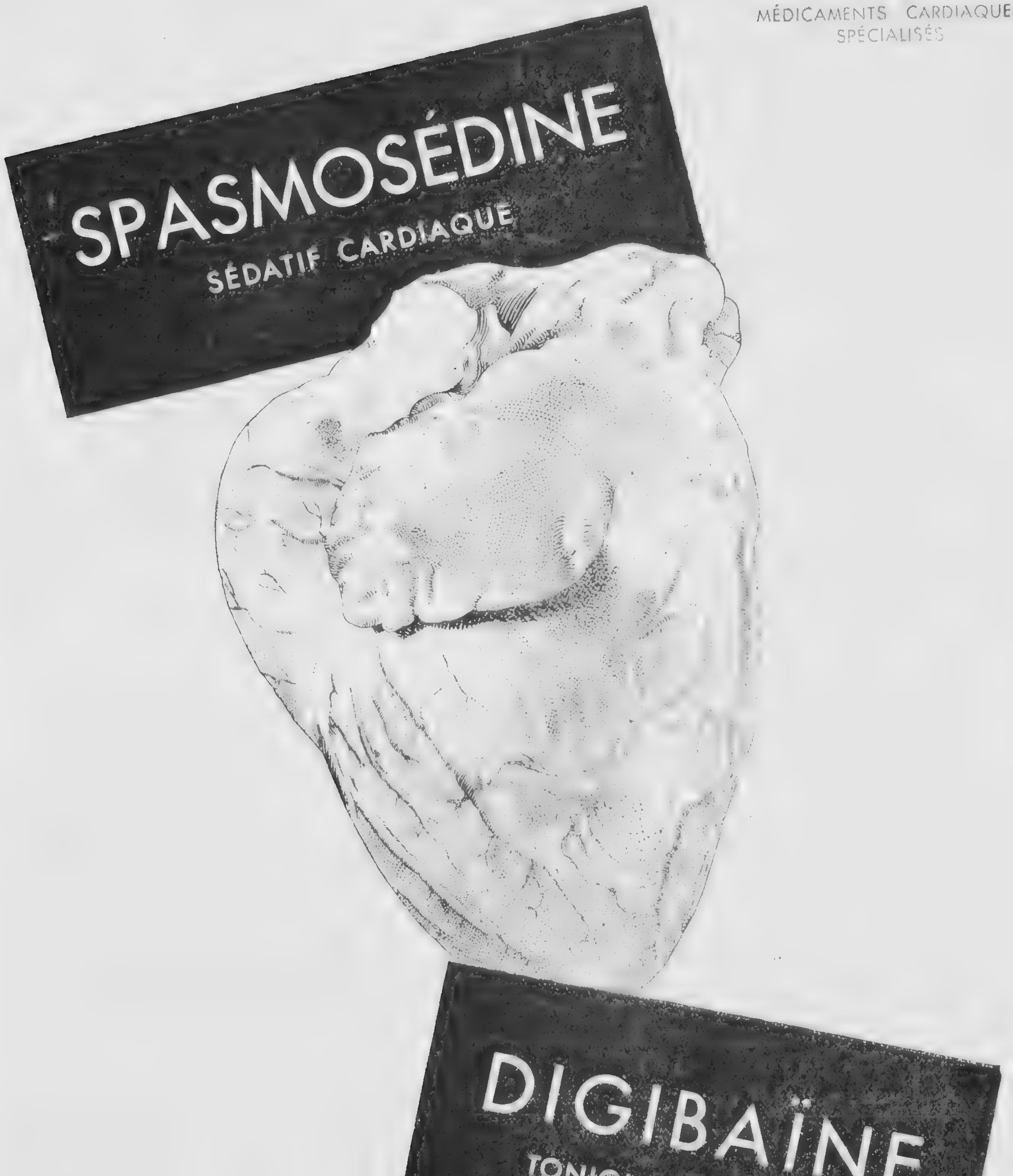
Les quantités de salicylate de soude fixées par le cœur sous l'influence des divers médicaments renforçateurs sont représentés par la courbe ci-dessous (*graphique IV*) sur laquelle nous reproduisons une fois de plus le résultat de l'hyposulfite de magnésium. Toutes ces fixations correspondent à une même durée de deux heures.

La meilleure fixation est obtenue avec le mélange d'un phosphite de calcium et d'un phosphite de magnésium (Gaurol) ; elle est une fois et demie plus importante que celle du salicylate de soude injecté isolément.

Pour les métaux colloïdaux, la meilleure fixation est celle du manganèse colloïdal.

De plus, les fixations obtenues avec le *chlorure de calcium* et l'*hyposulfite de magnésium* sont parmi les plus importantes.

Donc les deux ions, calcium et magnésium se retrou-


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

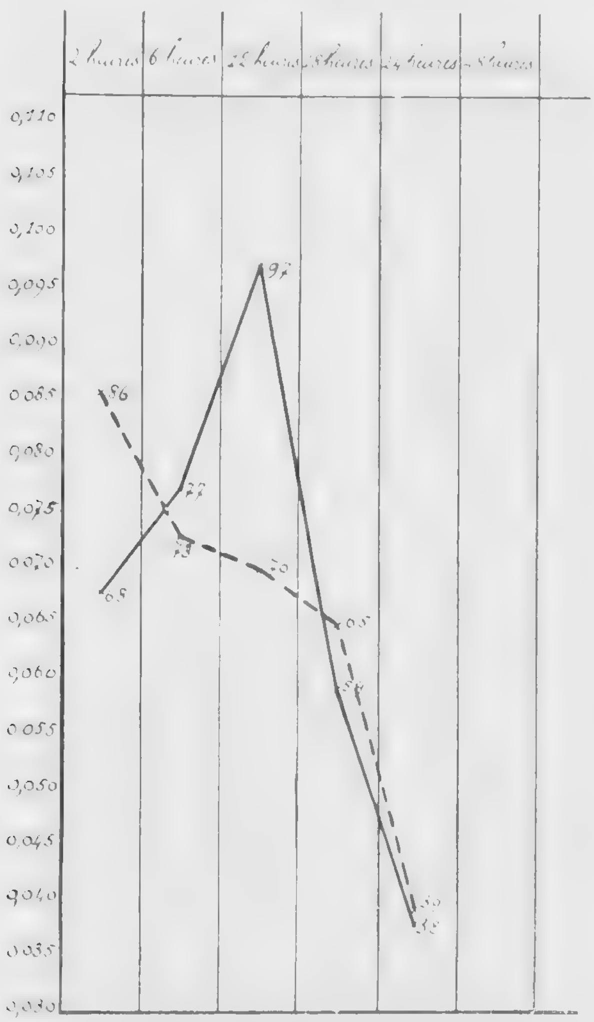

LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE
corps jaune
follicule
THYROIDE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier_ PARIS (XVI°)

vent dans les formules des produits qui nous ont donné les meilleurs résultats expérimentaux ; et ce fait nous a amené à étudier la fixation du salicylate de soude sous l'influence des associations de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium.

a) *Influence des principales compositions utilisées.* — Nous avons mélangé extemporanément au salicylate de soude ces deux produits, à doses variées et nous avons obtenu les résultats suivants *graphique V*), exprimant les fixations réalisées au bout de deux heures.

On voit une fois de plus que le produit renforçateur du salicylate de soude n'augmente pas la fixation de celui-ci au prorata de la dose utilisée.

GRAPHIQUE III



——— 4 cm³ de salicylate de soude à 10 %.
– – – 4 cm³ de salicylate de soude à 10 %, + 1 cm³ de soufre colloïdal.

La combinaison soufre, calcium et magnésium assure une fixation intracardiaque du salicylate de soude plus considérable qu'aucun des deux sels constituants, employés isolément à dose durable.

De plus, nous notons que la fixation est plus importante quand le mélange contient davantage d'hyposulfite de magnésium que de chlorure de calcium.

b) *Influence sur l'horaire.* — Ayant obtenu avec l'association de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium, à dose égale, une fixation déjà très intéressante, nous avons précisé l'horaire de cette fixation. En comparant la courbe de fixation du salicylate de soude injecté isolément, nous obtenons le graphique ci-dessous (*graphique VI*).

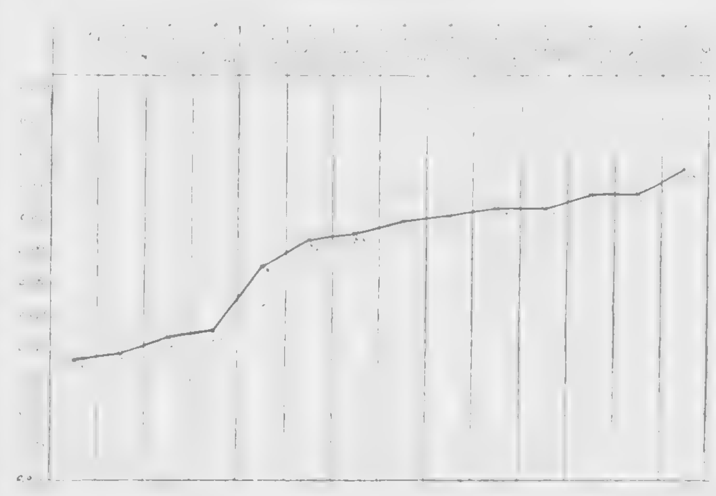
La fixation par la combinaison soufre, calcium et magnésium, s'avère particulièrement favorable. L'accroissement de la fixation salicylée dans le cœur n'est pas prolongé, mais *hâté* par le renforçateur ; cet accroissement diminue entre la deuxième et la douzième heure, puis il devient insignifiant jusqu'à la vingt-quatrième heure.

IV. Considérations sur les résultats expérimentaux

A. Action antichoc due à l'association soufre, magnésium et calcium

Au cours de ces expérimentations, dont chaque chiffre représente une moyenne de plusieurs expériences, nous avons provoqué la mort presque instantanée dans trois cas : dans ces trois cas, le produit injecté était une solution de salicylate de soude à 10 % (4 c.c.). Jamais nous n'avons obtenu de phénomènes analogues avec le salicylate de soude associé à la combinaison soufre, calcium et magnésium, même en poussant rapidement l'injection. Ce complexe renforçateur joue sans doute un rôle de protection, ce qui paraît évident étant donné sa constitution par des produits « antichoc ».

GRAPHIQUE IV



Du point de vue purement expérimental, nous croyons avoir démontré qu'à côté de diverses thérapeutiques « de choc », déterminant un très bref accroissement de la fixation intracardiaque du salicylate de soude (soufre colloïdal, sérum de cheval), il existe d'autres produits « antichoc » et en particulier la combinaison soufre, calcium, et magnésium, dont l'action est encore plus importante au prix de moindres risques.

B. Autres bases biologiques de l'association soufre, calcium

En outre, il paraissait logique d'associer le calcium et le soufre au salicylate de soude dans le traitement d'une affection rhumatismale. A propos du rhumatisme chronique Loeper et Tonnet notent en effet : « Le calcium et le soufre sont de vrais aliments du cartilage ».

Déjà Zenoff a associé le gluconate de calcium au salicylate de soude dans le traitement des rhumatisants. Il a publié récemment des résultats favorables, qui confirment dans leur ensemble nos données expérimentales sur l'intérêt des sels de calcium, médicaments renforçateurs du salicylate de soude.

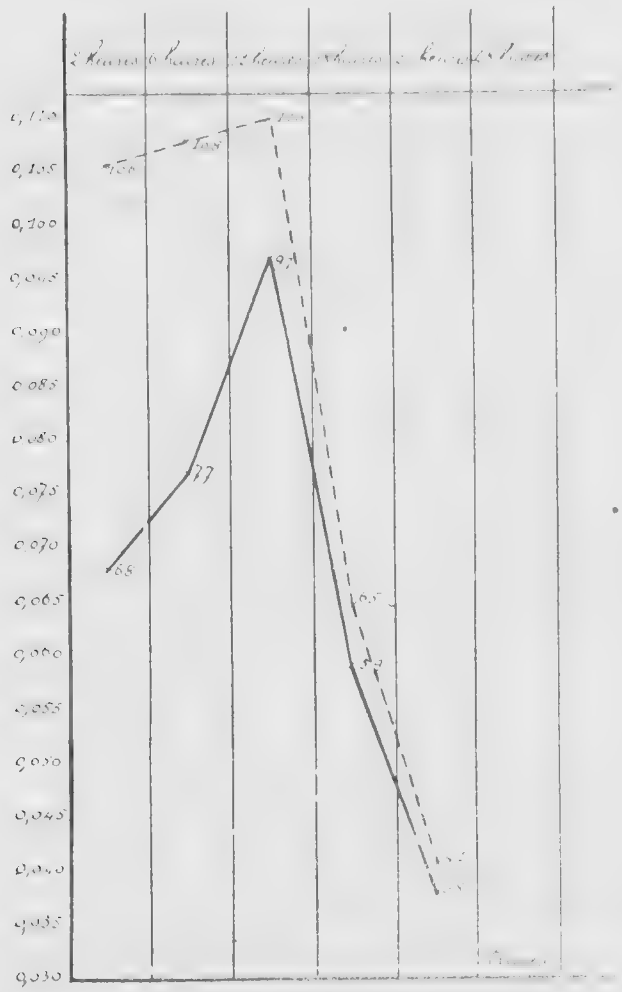
V. Premiers essais thérapeutiques de l'association : salicylate de soude, soufre, magnésium et calcium

Toutes ces considérations sur l'effet maximum et sur l'innocuité du complexe salicylate de soude, hyposulfite

de magnésium et chlorure de calcium, nous ont incités à contrôler l'efficacité thérapeutique de ce nouveau produit. Notre expérience, toute récente, demande à être longuement complétée.

Nous résumons très brièvement une observation clinique que nous devons à l'obligeance de notre collègue Hillemand ; puis une observation personnelle. Pour ces traitements, on injecte 5 à 10 c. c. d'une solution de salicylate de soude à 10 %, glucosée à 10 %, mélangés extemporanément avec 1 c.c. de la solution suivante :

GRAPHIQUE V



——— 4 c. c. de salicylate de soude à 10 %.
– – – 4 c. c. de salicylate de soude à 10 %,
\+ { 1 c. c. de chlorure de Ca à 10 %, et
{ 1 c. c. d'hyposulfite de Mg à 10 %.

Hyposulfite de magnésium	0 gr. 8
Chlorure de calcium	0 gr. 075
Sérum marin isotonique	1 c.c.

PREMIÈRE OBSERVATION. — M. Sec..., 38 ans. A commencé depuis dix-huit jours une seconde crise de rhumatisme articulaire aigu, non traitée. On note des arthralgies, de la fièvre (38°8) et un souffle systolique à la pointe. On ordonne 10 grammes de salicylate de soude *per os*, auxquels on ajoute, pendant trois jours, 2 grammes de salicylate de soude intraveineux. Aucune amélioration.

On additionne un centimètre cube du mélange renforçateur aux 2 grammes de salicylate de soude intraveineux. La température diminue rapidement en quatre jours (37°1).

Au bout d'une semaine, le souffle est atténué.

On cesse les injections intraveineuses renforcées au bout de quatorze jours. Guérison de cette poussée rhumatismale.

DEUXIÈME OBSERVATION. — M. Rey..., 30 ans, première crise rhumatismale insuffisamment traitée depuis deux mois. Il persiste de la fièvre (38°) et un frottement péricardique.

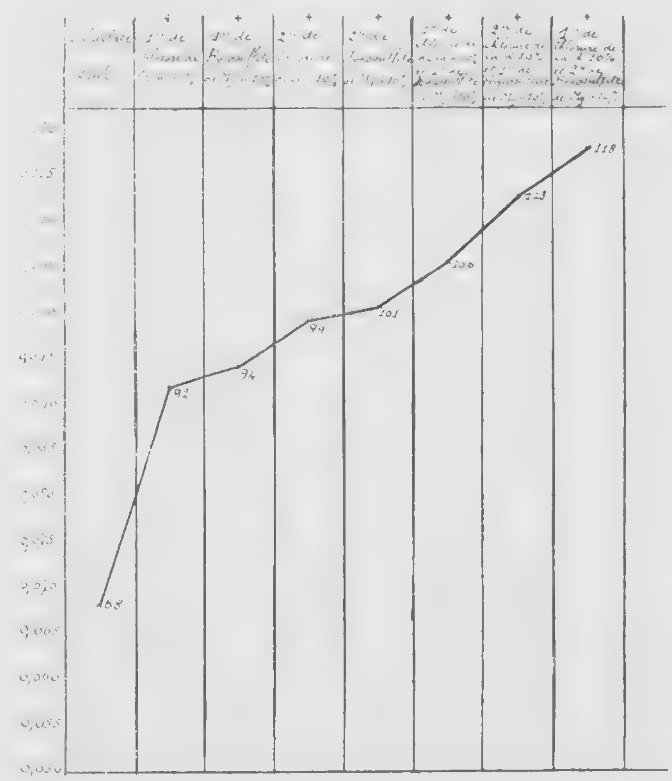
On administre 12 grammes de salicylate de soude *per os*, et des injections intraveineuses de 0 gr. 50 puis 1 gramme de salicylate de soude avec 1 centimètre cube de la solution renforçatrice. Au bout de quatre jours, la fièvre et le frottement péricardique ont disparu. On continue ce traitement encore pendant cinq jours, en augmentant progressivement la dose de la solution renforçatrice sans noter aucune intolérance locale inguinale. Guérison de la poussée rhumatismale.

VI. Conclusions

Nos expériences aboutissent aux conclusions suivantes :

1° La fixation du salicylate de soude dans le cœur est augmentée, surtout durant les premières heures, sous l'influence de certains médicaments associés : et parmi ceux-ci le soufre tient un rôle de premier plan.

GRAPHIQUE VI



La fixation salicylée est donc à la fois accrue et hâtée pas le soufre.

A partir da la douzième heure, l'accroissement de la fixation perd toute son importance.

2° Le soufre colloïdal détermine un accroissement très bref de la fixation salicylée, probablement en rapport avec un effet de choc surajouté.

3° L'hyposulfite de magnésium provoque d'importantes fixations du salicylate de soude dans le cœur.

4° Parmi les autres substances qui activent la fixation salicylée, les sels de calcium offrent un intérêt particulier.

5° Le mélange de salicylate de soude, d'hyposulfite de magnésium et de chlorure de calcium, permet de fixer les plus fortes doses de salicylate de soude dans le cœur.

6° En raison de cette propriété, et aussi en raison de propriétés « antichoc », nous commençons à utiliser ce mélange en clinique, pour renforcer l'action thérapeutique du salicylate de soude.



HISTOIRE DE LA MÉDECINE

II. La Médecine et la Chirurgie sous l'Empire

Par le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Le mouvement de la Révolution et du Directoire peut être comparé, du point de vue biologique, à une destruction, à une inflammation avec rajeunissement de tous les éléments qui entrent dans une société. On peut également faire une comparaison avec un incendie, qui laisserait néanmoins subsister les murs : c'est un changement de mobilier et de locataires... En effet, nous voyons, en particulier pour ce qui est de l'histoire de la médecine militaire, qu'il y a eu conservation des cadres de l'ancien régime, lesquels ont été remplis par des éléments nouveaux.

A cette destruction a fait suite une rénovation, qui est une véritable renaissance. Elle caractérise le début du XIXe siècle. Et pourquoi cette renaissance ? Peut-être parce qu'il y a eu destruction. En effet, dans cette manifestation inflammatoire de la Révolution, il y a des éléments qui ont été éliminés, en quelque sorte, comme des escharres : ainsi la vieille Faculté de médecine ne vivait plus ; elle était momifiée et en dehors de la vie sociale ; elle a été éliminée par l'inflammation. Et cette renaissance, caractérisée par la jeunesse, a facilité, je crois, les idées nouvelles de la science.

Pour deux raisons : d'abord les vieux cadres étant modifiés, les générations très jeunes accédèrent très rapidement aux grands emplois : on arrivait professeur à 28, 29 ans. En même temps, au lieu de familles habituées depuis longtemps à un vieil humanisme qui avait presque perdu sa fleur, ce sont des éléments nouveaux, issus des couches profondes de la Nation, qui participèrent au travail intellectuel ; ils apportaient des énergies neuves et comme une fraîcheur de sang qui donnèrent un élan aux recherches et facilitèrent les découvertes scientifiques.

Ces éléments expliquent l'épanouissement étonnant du début du XIXe siècle, à ce point qu'on peut parler de naissance de l'esprit clinique et de l'esprit scientifique encore mieux que de renaissance.

Deux faits caractérisent l'histoire de la médecine en l'année 1800 : d'abord l'observation clinique. C'est le grand point de départ. Au service de l'observation, une technique précise permet de saisir les symptômes, et de tout échafauder en se basant sur eux. Et puis, c'est l'explication physiologique, basée, elle, sur l'expérimentation.

Les grands chefs de file, qui ont jalonné la période contemporaine, sont :

Xavier Bichat, inventeur de l'anatomie générale ; Laennec, inventeur de l'auscultation ; Claude Bernard, inventeur de la physiologie appliquée ; Pasteur, qui découvrit la bactériologie ; Röntgen et Curie, qui découvrirent l'un les rayons X, l'autre le radium.

Avec ces chefs de file s'ouvrent les perspectives nouvelles de la médecine, et en cent ans on a plus fait qu'en des milliers d'années auparavant.

Trois étapes, à étudier aujourd'hui, centrent trois sphères de la médecine :

Bichat, centrant la biologie ; ce qu'elle fut avant, pendant et après ;

Larrey, centrant la chirurgie militaire : ce qu'elle fut avant, pendant et après ;

Corvisart, centrant la médecine civile : ce qu'elle fut avant, pendant et après.

J'ai consacré une leçon à Bichat, il y a deux ans, dans mon cours sur les grandes idées directrices de la biologie (*Progrès Médical*, n° 5, année 1933). Je ne rappellerai donc que les grandes étapes du *curriculum vitæ* de ce grand médecin.

Né à Thourette (Jura) le 14 novembre 1771, Xavier Bichat est mort en 1802. Il publia ses œuvres capitales en moins de deux ans : c'est en 1800 son *Traité des membranes* ; en 1801 ses *Recherches sur la vie et la mort* ; en 1801 encore son *Anatomie générale*. Une œuvre aussi vaste en un temps aussi court, telle la floraison de l'aloès, tient du prodige !

C'est avec raison que Antoine Miquel, dans l'éloge qu'il fit de Bichat, mit en exergue de sa biographie : *Vita brevis*.

Il y avait quelques raisons héréditaires dans la précocité de Bichat et dans ses goûts pour la biologie : son père était médecin.

Desault fut son maître. Comment découvrit-il Bichat ? De la manière dont très souvent, de nos jours encore, les élèves sont distingués. Desault, qui avait fondé la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, faisait tous les matins une leçon clinique et chargeait un des élèves de la rédiger ; le lendemain, on en donnait la lecture. Or, ce matin-là l'élève chargé de recueillir la leçon était absent. Un jeune bénévole s'offrit à le remplacer ; son résumé fut tel qu'il frappa Desault. Celui-ci s'enquit de la personne du jeune rédacteur : c'était Xavier Bichat. Ravi, il se l'attacha et dès lors Bichat fut chargé de rédiger toutes les leçons du maître.

A la mort de Xavier Bichat, Corvisart écrivait au Premier Consul :

> « Bichat vient de mourir sur un champ de bataille qui compte aussi plus d'une victime ; personne en si peu de temps n'a point fait tant de choses et aussi bien. »

Et pour commémorer son souvenir, un monument de marbre fut érigé à l'Hôtel-Dieu à la mémoire de Desault et Bichat, par les soins de Corvisart, en 1802.

Bichat transcrivit les leçons de Desault avec une rapidité surprenante, car il travaillait très vite. Il y ajouta des remarques, dont l'exactitude n'a pas été démentie par le temps.

C'est ainsi qu'à propos du perfectionnement de l'appareillage des opérations, il écrit :

> « Retrancher un instrument d'une opération, c'est lui ajouter un nouveau degré de perfection ».

D'autre part, il voulait qu'on allât tout de suite au fait, et qu'on ne s'embarrassât plus d'une érudition trop lourde et compliquée. Combien nous constatons la véracité de cette observation, quand nous désirons nous documenter sur une question :

> « Cent plumes retracent chaque jour ce que cinquante avaient emprunté avant elle, de vingt autres, elles-mêmes copistes. Cherchez-vous dans vos modèles un point de partage ? N'espérez pas le trouver sans avoir préalablement parcouru par avance toutes les pages de ce qu'on ne fait plus, pour arriver à dix lignes de ce qu'on doit faire. »

Il est une particularité historique assez importante à souligner, c'est la relation de l'idée première qu'on retrouve chez Philippe Pinel et chez Bichat.

Pinel, inventeur de la Nosologie philosophique, divisait les maladies en partant des tissus qui constituent les organes. C'est encore là essentiellement l'idée mère, l'idée géniale de Bichat. Il en avait eu l'intuition en lisant la première édition de la *Nosologie philosophique*

◆◆

de Pinel. Clarifiée par Bichat, cette idée est devenue la clé de voûte de son œuvre, à savoir que les organismes sont constitués par des tissus et que ces tissus élémentaires, selon qu'ils se combinent les uns avec les autres, constituent à leur tour les organes. Voilà l'idée de Pinel mise au clair, précisée et développée par Bichat.

Une autre idée de Bichat, également importante, et qui n'était pas nouvelle d'ailleurs, mais qu'il eut le mérite de tirer de l'oubli, est celle-ci : Chercher dans les phénomènes morbides des faits propres à éclairer l'histoire des phénomènes physiologiques. Ce mode d'investigation, on le retrouve à chaque page, aussi bien dans son *Anatomie générale* que dans son *Traité des membranes* et ses *Manifestations de la vie et de la mort*.

Cette idée n'était pas nouvelle : en effet, on la trouve dans le *Thimée* de Platon, qui lui-même dit la tenir de son ami Hippocrate.

Enfin, troisième idée fondamentale de Bichat : « A quoi sert une description anatomique, si elle n'est pas un terme de comparaison entre la santé et la maladie ? »

***

LARREY (1766-1842).

Avant Larrey, qu'étaient la médecine et la chirurgie militaires ?

En 1597, Sully créa les hôpitaux militaires, lors du siège d'Amiens. Il y avait les « ambulants » et les « fixes ».

Richelieu reprit l'idée de Sully : mais il faut arriver à la fin du règne de Louis XVI pour assister à la création du Corps des Officiers de santé. A cette époque on achetait et on vendait les charges d'Officier de santé, si bien que la sélection était surtout une sélection financière.

En 1717, sous la Régence, fut institué un Conseil de santé chargé du recrutement.

En 1747, il se passa un fait navrant, qui fut la cause d'une situation désastreuse pour le Corps de santé et l'empêcha pendant longtemps de se développer. Sous Louis XV, en effet, les officiers du Corps de santé furent placés sous les ordres des Commissaires de guerre : c'était la mise en tutelle du Corps de santé sous l'Administration militaire et particulièrement celle de l'Intendance. De telle sorte que le Service de santé sous l'ancien régime se trouvait, comme je l'ai écrit dans l'*Histoire de la médecine française* (collection Krumbahar, de Philadelphie) dans une situation fausse: les médecins militaires conservaient dans l'armée un caractère incomplet, associant à leur uniforme une partie de la condition civile. Aussi, ces militaires hybrides, sans hiérarchie déterminée, sans pouvoirs précis, et dont l'autorité était contestée, ne pouvaient être qu'annihilés par les Commissaires ordonnateurs des guerres, à la discrétion desquels ils se trouvaient.

Et la Révolution n'améliora pas la situation. Au moment des grandes levées en masse de la Convention, celle-ci, pour organiser la chirurgie de guerre, décréta que le Corps de santé militaire serait soustrait à l'emprise de l'Administration. Mais ce décret resta lettre morte. Heureusement Larrey fonda la Légion. C'était une organisation d'ambulances volantes, qui comprenaient chacune un personnel de 113 membres, soit pour la Légion entière 340 hommes, y compris le chirurgien en chef de l'armée. Cette formation rendit les plus grands services.

Malheureusement, sous l'Empire, la situation du Corps de santé militaire, loin d'être améliorée, subit une déchéance. Le fait mérite d'autant plus d'être souligné que, avec sa grande intelligence, Napoléon aurait dû comprendre le rôle fondamental de la médecine et de la chirurgie dans la physiologie et la psychologie des Armées en campagne. Sans doute son génie fut-il entravé par l'incompréhension de son entourage et des techniciens purement militaires. Nous avons vu des exemples analogues pendant la dernière guerre : des généraux de valeur au point de vue stratégique et tactique, déconcertants d'ignorance au point de vue sanitaire.

Au début de chaque campagne impériale, une Commission était chargée de recruter de jeunes sujets, la plupart sans instruction, que Percy appelle des chirurgiens de pacotille. Après plusieurs essais d'organisation d'un Corps de chirurgiens aux armées, Napoléon opposa une sorte d'impuissance volontaire : les officiers de santé sont brimés, humiliés de toutes façons, et c'est avec tristesse que le médecin inspecteur Sieur, dans son beau travail sur l'*Histoire des tribulation du Service de santé*, écrit : « Cette oppression d'un corps éminemment utile s'est poursuivie sans qu'une voix amie ou reconnaissante se soit élevée en sa faveur au sein de l'armée »

C'est une vie merveilleuse, admirable, que celle de Larrey. Elle met en évidence les qualités magnifiques de bonté de ce très grand honnête homme Napoléon lui a rendu cet hommage dans son testament à Sainte-Hélène : « le plus honnête homme que j'aie connu. Larrey a laissé dans mon esprit l'idée d'un véritable homme de bien ».

Rien n'est utile comme les monographies en histoire. Taine disait : « La monographie est le meilleur instrument de l'histoire : il la plonge dans le passé comme une sonde et la retire chargée de spécimens authentiques et complets ». La monographie de Larrey illustre ce mot de Taine.

Larrey naquit à Baudéan, près de Tarbes. Le plus grand chirurgien militaire du XIX° siècle est le compatriote du plus grand capitaine du XX° siècle. Car c'est à Tarbes, que Foch naquit également.

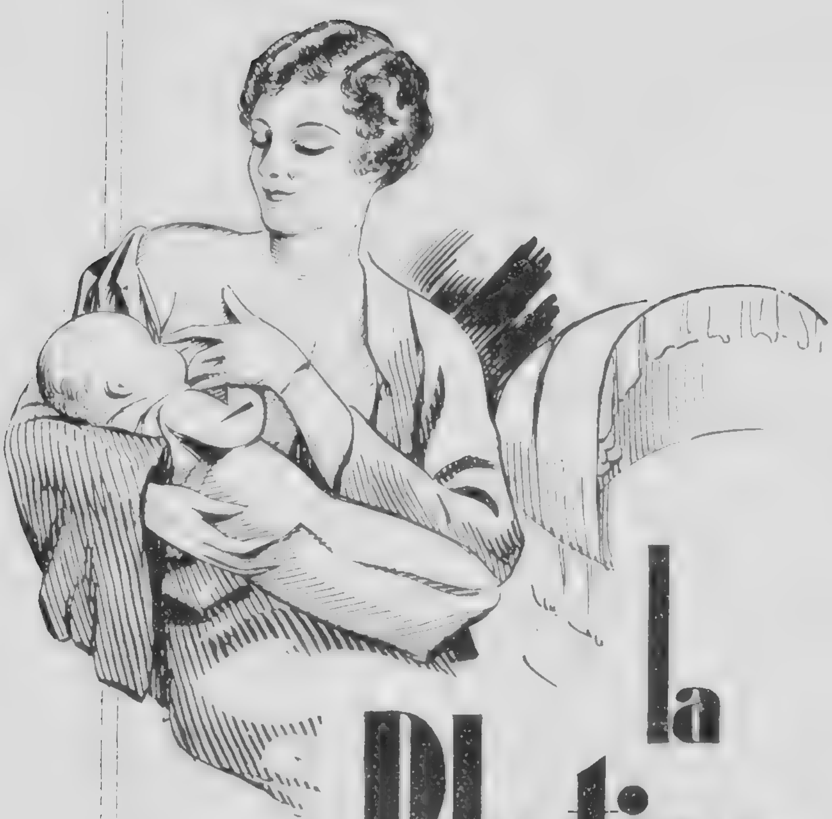
Donc, Larrey naquit en 1766 ou 1769. Son père était médecin et il avait un oncle, Alexis Larrey, qui professait la médecine à Toulouse. Larrey se rendit à pied de Tarbes à Toulouse pour suivre l'enseignement de son oncle. De même, Laennec fut d'abord l'élève de son oncle, professeur à Nantes.

Larrey fit ses humanités au Collège des religieux de l'Esguile à Toulouse. Puis il devint sous-aide d'anatomie, et sous-prosecteur. En 1786, il est nommé aide-major à l'hôpital de la Grave et soutient une thèse sur la carie des os.

Paris l'attire. En 1787, il fait le voyage à pied de Toulouse à Paris. Il vient suivre les leçons du Collège Saint-Côme, celles de Louis, et, à l'Hôtel-Dieu, celles de Desault. On lui offre de partir à Terre-Neuve comme médecin de marine pour accompagner la croisière. Il accepte et, toujours à pied, se rend à Brest, où il s'embarque le 3 mai 1788, à bord de la « Vigilante ». Il fait preuve de telles qualités d'hygiéniste et d'organisateur que, pendant cette croisière, aucune maladie sérieuse ne se déclare dans l'équipage, sauf le mal de mer. Et Larrey nous en a donné cette description amusante :

> « Le premier effet de cette secousse cérébrale est la tristesse et une terreur panique qui s'empare de l'individu ; la pâleur couvre son visage ; ses yeux se baignent de larmes ; il a du dégoût pour tous les aliments ; il garde le silence, cherche la solitude et le repos ; il chancelle comme dans l'ivresse, il éprouve des vertiges, des tintements d'oreille et une pesanteur incommode à la tête ; des nausées se déclarent, et bientôt après les vomissements qui deviennent fréquents, douloureux, et se continuent, presque sans relâche, jusqu'au moment où la cause cesse. Ces vomissements, symptôme principal de la maladie, sont quelquefois accompagnés d'effusion de sang et de mouvements convulsifs. Ils sont sans doute déterminés par l'irritation sympathique ou le trouble qui survient aux deux cordons des nerfs pneumogastriques, sur l'origine desquels les effets de l'ébranlement du cerveau paraissent se concentrer ; et, comme ils se distribuent presque entièrement dans l'estomac, ce viscère doit recevoir le premier l'impression de cette affection morbide, d'où elle se communique sympathiquement à tous les organes de la poitrine et du bas-ventre.

Telle est la description du mal de mer par Larrey : il est remonté facilement de la symptomatologie à la cause et a vu nettement qu'il s'agissait d'une vagotonie expérimentale.



Retour de Terre-Neuve, il s'installe médecin à Paris, rue du Foin, près du Pont-Neuf. Il fonde, avec Bichat et Corvisart, la Société médicale d'émulation.

En 1789, il fait son apprentissage auprès des blessés qu'il panse, lors de l'Emeute de Réveillon, qui fut une répétition générale de l'Emeute du 14 juillet 1789, laquelle aboutit à la prise de la Bastille.

Il était sous-aide major aux Invalides. Il soulève ses camarades du Collège de chirurgie, les entraîne, installe avec son camarade Bichat un poste de secours près de la citadelle. Cependant les jours suivants, il est de garde à Versailles: il y rencontre Mme Elisabeth, qui, frappée de sa courtoisie, lui donna sa main à baiser.

Nommé chirurgien-major du quartier Saint-André-des-Arts, Larrey fait connaissance avec la prison, pour excès de civisme ! Il est relâché sur l'ordre du maire Bailly.

En avril 1792, le Conseil de santé le nomme chirurgien major aux armées du Rhin. Alors commence vraiment sa carrière de chirurgien militaire, durant laquelle il fait preuve d'une virtuosité extraordinaire sur le champ de bataille. C'est ainsi que le 30 septembre, à Spire, sur 40 blessés il n'en perd que 4.

1793 : bataille de Cassel. Il lui arrive, là, une aventure singulière : il voit un jeune dragon blessé, se précipite et veut le faire se déshabiller, mais le blessé s'y refuse et résiste, car c'était une jeune dragonne ! Il la renvoya à l'arrière sans insister davantage.

En 1793, Larrey reçoit la Médaille d'or de l'Académie de médecine pour son invention d'aiguilles à suture extrêmement pratiques. Lorsqu'il est à Mayence, chef du Service de santé, il travaille avec Sœmmering et il étudie spécialement les blessures par éclat d'obus. Il obtient sa première citation d'armée, décernée à Landau par le général Alexandre de Beauharnais, mari de Joséphine.

En 1794, il est présenté au Conseil de santé, qui réorganise la médecine aux armées ; c'est alors qu'il développe sa conception de la Légion et des ambulances volantes.

Il est nommé par le Comité de Salut public médecin-chef de la quatorzième armée, qui doit occuper la Corse. Cependant dès 1790, il désirait se marier ; mais il avait des visées un peu hautes. A cette époque, Dominique Larrey était un modeste praticien; or, il n'ambitionnait pas moins que la main de Mlle Elisabeth Le Roux de Laville, fille du ministre des Contributions. Il fut bien entendu évincé. Mais Elisabeth tenait à Dominique. Elle attendit que la gloire ait auréolé son fiancé et quand il fut nommé chirurgien-chef de la quatorzième armée, Larrey revint trouver M. Le Roux de Laville, qui ne se fit plus prier pour accorder sa fille à un médecin de si haut grade.

Le matin du mariage qui devait avoir lieu le 4 mars 1794, Larrey reçut un pli cacheté de la Convention : Maximilien Robespierre exprimait le désir de le voir pour lui demander des explications sur la façon dont il s'était conduit vis-à-vis d'un certain ci-devant... Ses amis lui conseillèrent prudemment de décliner la redoutable invitation du « Tyran » et de quitter Paris en grande hâte. C'est ce qu'il fit fort heureusement. Ainsi put-il encore rendre de grands services au cours de l'ère napoléonienne, en suivant le sillage de l'Aigle.

En février 1798, il fit partie de l'Armée d'Orient, partit pour l'Egypte, la Syrie. Il s'embarqua le 14 mars. Il rédige tout ce qu'il a vu en Palestine, en Egypte, en Syrie. Il note l'évolution de la chirurgie. Puis, il commence ses Mémoires, dont il a indiqué l'idée maîtresse dans la première édition parue en l'An XI (1803) :

« Exposer les maux que le fer et le feu nous ont causés, rechercher les causes qui nous ont affligés sur ce sol étranger, et indiquer les moyens que l'art de guérir leur a opposés, voilà la tâche que j'ai à remplir. Si elle n'est pas la plus brillante, elle a le mérite d'être consolante pour l'ami de l'humanité, en lui faisant espérer que l'expérience du passé diminuera, sinon la somme, du moins la gravité des maux de la guerre. »

En Egypte, il se révèle un observateur éclectique s'intéressant à l'archéologie comme à la médecine. Il décrit les monuments anciens. Il note les maladies nouvelles. Il donne une excellente description du tétanos traumatique ainsi que de l'ophtalmie, si fréquente dans ce pays.

En décembre 1798, il est désarçonné à Suez. Tout près de là, Napoléon, informé de l'accident, ramène Larrey dans sa propre tente et l'oblige à se coucher sur son lit de camp.

En Syrie, devant les difficultés des moyens de tranport, il imagine un système de bâts avec les dromadaires pour emmener les blessés.

A Jaffa, il s'élève contre les démonstrations un peu théâtrales de Bonaparte allant toucher les pestiférés et lui conseille plus de prudence...

A Saint-Jean d'Acre, il s'éprend d'une amitié très vive pour E. de Beauharnais. C'est pendant le siège qu'il a son chapeau traversé par des éclats de mitraille et qu'il accomplit cette performance opératoire : 72 amputations de suite.

Le 26 mai, de Jaffa il revient au Caire où il sauve de la mort le Mameluk de Moura Bey. Celui-ci, ne sachant comment lui prouver sa reconnaissance, choisit douze esclaves Circassiennes blanches de la plus jolie carnation et les envoie à Larrey. Mais Dominique n'oubliait pas Elisabeth. Il dédaigna les présents du Bey et résista aux tentations circassiennes. Cependant qu'Elisabeth ayant eu connaissance de ces singuliers honoraires, s'alarmait... Le fidèle Dominique la rassura.

Le 14 juin 1800, il avait la pénible mission d'embaumer Kléber.

Puis, se succèdent les campagnes de Napoléon.

A Eylau, il opère quantité de blessés. Il a un bizarre procédé d'anesthésie, que je ne recommanderai d'ailleurs pas : au moment d'opérer un officier, il le giffle avec violence. L'officier offensé, se fâche et proteste, furieux. Mais les infirmiers le maintiennent solidement et Larrey, sans perdre un instant, pratique son opération. Quand il a fini, il s'écrie avec bonne humeur :

« Eh ! bien, c'est fait. La colère vous a empêché de sentir le bistouri... »

C'est de la campagne de Russie que Larrey a laissé les souvenirs les plus intéressants. Il a décrit d'une façon saisissante l'incendie de Moscou et le passage de la Bérézina :

« Ce fut surtout pendant la nuit du 18 au 19 septembre, époque où l'incendie était au plus haut degré que ses effets offrirent un spectacle étonnant : le temps était beau et sec, les vents n'ayant cessé de régner de l'est au nord ou du nord à l'est. Pendant cette nuit, dont l'image effrayante restera toujours gravée dans mon souvenir, toute la cité était embrasée, des gerbes épaisses de flammes de couleurs variées s'élevaient de toutes parts, jusques aux nues, couvraient en entier l'horizon, portant au loin une lumière éclatante et une chaleur brûlante. Ces gerbes de feu projetées et entraînées par la violence des vents, étaient accompagnées dans leur ascension et dans leur marche rapide par un sifflement épouvantable et par des détonations foudroyantes, résultat de la combustion des poudres, du salpètre, des huiles, résines et eaux-de-vie, dont la plupart des maisons et des boutiques étaient remplies. Les plaques de tôle vernissée, qui recouvraient les bâtiments, se détachaient brusquement par l'effet de la chaleur, et allaient jaillir au loin ; des portions très considérables de solives ou de poutres de sapin enflammées, lancées à de très grandes distances, servaient à propager l'incendie jusqu'aux maisons que l'on croyait les moins exposées à cause de leur éloignement. L'épouvante et la terreur avaient frappé tout le monde........

Larrey avait passé une première fois la Bérézina ; comme il restait encore des blessés de l'autre côté de la rive, il n'hésita pas à repasser le fleuve :

« Malgré des difficultés presque insurmontables, j'avais repassé l'un des ponts quelques heures avant sa rupture, dans l'intention de faire transporter sur la rive droite plusieurs cais-

ses d'instruments de chirurgie, dont on avait le plus grand besoin pour les blessés ; ce court voyage faillit me coûter la vie. J'étais près de périr dans la foule à mon tour, lorsque heureusement je fus reconnu : aussitôt chacun s'empressa de favoriser mes efforts ; transporté par les soldats de l'un à l'autre, je me trouvai à ma grande surprise, en peu de moments, sur le pont. Ce témoignage, qu'ils me donnèrent de leur attachement dans cette circonstance, me fit bientôt oublier et les dangers que j'avais courus et la perte que je venais de faire de mes équipages. »

En effet, les soldats de la Grande Armée l'appelaient « la Providence ». Dès qu'on l'apercevait, on reprenait courage. Cette sympathie n'était pas spéciale aux soldats français ; Larrey en trouvait des manifestations jusque dans les armées étrangères et ennemies. C'est ainsi qu'en 1815, à Waterloo, il avait installé son ambulance au Caillou, près de la ferme de la Belle-Alliance. Il y fut salué par Wellington. Le duc de Cambridge, qui accompagnait ce dernier, lui dit : « Qui saluez-vous? » — « Je salue l'honneur et la loyauté qui passent », répondit Wellington.

Quand, dans cette fatale journée de Waterloo, la défaite écrase Napoléon, Larrey essaie de rallier les troupes qui défaillent. Il est fait prisonnier. Comme il porte au côté le sabre que lui avait offert Napoléon à Eylau, les Allemands s'imaginent avoir capturé l'Empereur. Ils le conduisent à Bülow qui veut le faire fusiller. Larrey les détrompe et révèle son identité. On le confronte avec Blücher, dont il avait sauvé la fille, en 1813, à Teplitz. Blücher le reconnaît et se confond en excuses ; il le fait reconduire hors de la zone des armées et dépêche à Mme Larrey un courrier pour l'avertir du sort de son mari.

Rentré en France, Larrey connaît d'autres ennuis : après avoir été si bien traité par Blücher, il est arrêté à Paris sur l'ordre de Fouché et enfermé à l'Abbaye. Mais il n'y resta pas longtemps. Cependant on le destitua de ses fonctions, et on lui retira les honneurs dont l'avait comblé Napoléon. Il fut mis en demi-solde avec le simple titre de chirurgien des Invalides.

Peu avant sa mort, mon regretté ami Trenel a raconté à la *Société d'Histoire de la médecine*, la tentative de Larrey auprès de l'Administration militaire pour obtenir le payement de sa solde. Heureusement qu'Elisabeth, au temps des bons jours, avait mis quelque argent de côté ; mais Larrey était si généreux que chaque campagne, au lieu de lui rapporter, lui coûtait cher.

Au lendemain de l'Epopée impériale, il se trouva réduit à la situation des « demi-solde » dont Balzac a laissé une peinture immortelle.

En 1830, pendant les journées révolutionnaires de juillet, il soigna encore les blessés dans une ambulance installée au Gros-Caillou.

En 1842, il fut chargé d'inspecter l'Algérie : il y pratique sa dernière opération sur un Arabe, auquel il fit une désarticulation de l'épaule. A son retour en France, il contracte une bronchite, qui dégénéra en congestion pulmonaire ; la maladie l'obligea de s'arrêter à Lyon, où il mourut le 25 juillet 1842.

La partie chirurgicale de l'œuvre de Larrey est très importante. Voici le début de la préface de ses Cliniques chirurgicales, publiées en quatre volumes :

« Les réflexions relatives à chacune des maladies que j'ai décrites, sont étayées d'une série d'observations recueillies très exactement et avec soin. Quant aux théories, qui précèdent ou accompagnent ces observations, je les abandonne à la critique, parce que je suis persuadé que, de quelque nature qu'elle soit, elle servira toujours aux progrès de la science. »

Larrey fut un clinicien remarquable : il savait voir ; c'était un parfait observateur. Il ne fut d'ailleurs pas le seul à avoir rendu de très grands services à la chirurgie des armées.

Percy (1754-1825) doit prendre place tout près de Larrey. Il est né à Gray (Haute-Saône), le 28 octobre 1754. On lui doit plusieurs ouvrages importants : un *Manuel de Chirurgie d'armée* ; un travail sur *la Pyrotechnie et la chirurgie pratique* ; et une *Notice sur les tombeaux des anciens pays du nord de l'Europe* ; un Mémoire sur *les Alcarazas*, etc...

Desgenettes (1763-1837), naquit à Alençon en 1762. Il mourut en 1837, professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Il a laissé une *Histoire médicale de l'Armée d'Orient* (1802) où l'on trouve des observations précieuses sur la peste.

Pour illustrer enfin cette partie de l'histoire médicale et chirurgicale militaires, je ne puis mieux faire que de vous citer ce passage du rapport que Larrey écrivait à l'Empereur le soir de Lutzen, en rendant compte des pertes qui avaient été éprouvées par la Garde :

« ... de nos 8.000 blessés, 365 ont subi une ou deux amputations, 800 environ sont atteints de blessures graves, plaies de poitrine, plaies du ventre, fractures ; 1.600 blessés sont hors d'état de reprendre leur service. On aurait, dit-il, pu faire mieux, mais cela fut impossible en raison de l'insuffisance du nombre de chirurgiens, du manque de linge, de pansements, d'instruments, malgré les réclamations faites à Francfort au Ministère de la Guerre au début de la campagne ; mais, ajoute-t-il, c'est toujours la même chose, et l'inertie de l'Administration n'a d'égale que sa mauvaise volonté. »

Dans son *Histoire de la Chirurgie française*, mon ami de Fourmestraux a pu écrire que, si l'on examine, sans passion, avec le recul du passé, l'œuvre immense de Napoléon, on est obligé de reconnaître que, malgré la puissance de travail de Percy, les gestes épiques de Larrey, la valeur professionnelle d'Heurteloup ou de Desgenettes, l'organisation du Service de santé aux armées impériales fut loin d'être égale à l'organisation militaire, et on est véritablement stupéfait de l'indigence de la tactique sanitaire des armées de l'Empire. Un soldat blessé était presque toujours un soldat perdu pour l'armée. Lorsqu'on relit les mémoires de Percy ou de Larrey, on est douloureusement frappé de ce défaut d'organisation, de cette folle dépense du capital humain.

***

Quelques mots de la *Médecine civile* à cette époque : d'abord son organisation, puis une grande figure qui émerge, celle de Corvisart ; ensuite l'épanouissement de la médecine à Paris et en province.

La réorganisation commença par le personnel subalterne des hôpitaux et des hospices. D'un geste rapide, on avait chassé toutes les sœurs de tous les hôpitaux français. Faisant table rase du passé, Barrère s'écriait : « Plus d'hôpitaux, plus d'aumônes, inventions de la vanité sacerdotale ! » Et Montheil, dans son *Histoire des Français* écrit : « Des commères, des femmes, des filles, d'une réputation douteuse, sous la surveillance d'agents ou d'économes d'une probité qui ne l'était pas moins, tenaient la place des religieuses ».

Thiers, dans son *Histoire du Consulat et de l'Empire* dit :

« Les hôpitaux tombèrent dans un état déplorable ; l'anéantissement d'une portion de leurs revenus par la vente de leurs biens, par la privation des perceptions abolies, les réduisait à la plus extrême détresse. On voyait des quantités d'enfants abandonnés que la charité publique ne recueillait plus ou qui étaient confiés à de malheureuses nourrices, dont les gages n'étaient pas payés. On redemandait presque partout les Sœurs hospitalières pour le service des hôpitaux. »

C'est tellement vrai que nous voyons des républicains non suspects s'adresser aux « ci-devantes Supérieures » pour leur demander de revenir occuper leur place. Ainsi, le citoyen Boveron, membre de la Commission administrative, s'adresse à la ci-devante Supérieure Sainte-Cécile Descourt en ces termes :

« Que si c'est un moyen de vous attirer, de vous annoncer qu'ici vous pourrez aimer Dieu et le servir ainsi que les pauvres,

Action d'une Eau sur les Rénaux et les Colibacillaires

Dans une communication à l'Académie de médecine, le 27 février 1934, les Docteurs Charles FLANDRIN des Hôpitaux de Paris, BARBAT de Vichy et NEPVEUX, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, ont mis en évidence l'action de l'Eau de Charrier sur les éliminations urinaires, sur l'*uricémie* et l'*uticurie*, sur l'*indolurie* et la *scatolurie*, sur la *chlorurie* et la *chlorémie* et chez les *colibacillaires* ; les auteurs terminent par les conclusions suivantes :

« De tous ces faits, il se dégage que l'Eau de Charrier permet « au *rein normal et pathologique* d'augmenter et d'améliorer son « travail de filtration, d'une façon progressive, sans à-coups, « débarrassant ainsi l'organisme de déchets comme le *chlore*, « l'*urée*, l'*acide urique*.

« Cette *action diurétique douce*, due à sa faible minéralisation, « s'oppose à celle des diurétiques puissants, quelquefois trop « brutale, susceptible d'irriter le rein. Cette eau a toujours été « bien tolérée. En aucun cas, nous n'avons observé de réactions « aggravant l'état des malades, même après usage prolongé ».

Dans une communication au Congrès national de la Colibacillose, tenu à Chatel-Guyon, en septembre 1934, les Docteurs P. DESGEORGES et H. DANY, de Vichy, ont rapporté « les résultats surprenants observés chez les urinaires dans le « *syndrome entéro-rénal* et le *syndrome entéro-hépatique* ainsi que « dans tous les *Cycles pathologiques où le colibacille intervient* ». Ils attirent l'attention « d'une façon toute particulière sur « cette eau qui mérite d'être **placée au premier plan de la « thérapeutique hydro-minérale de la colibacillose** ». Ils pensent que « son action est multiple : Action de *diurèse* donc « de *lavage*, action *anti-infectieuse* et *acidifiante* ».

Le Docteur Pierre FLANDRIN, de l'Hôpital St-Michel, qui a soumis au traitement de l'Eau de Charrier des sujets à système *urinaire normal*, opérés de lésions banales du testicule et de ses enveloppes, puis, 27 « urinaires » opérés et 5 malades infectés mais non justiciables d'une intervention sanglante, a mis en évidence l'action *diurétique* de l'eau, son action *anti-infectieuse* étonnante et son action légèrement *laxative*.

Enfin, de très nombreux médecins ont signalé les heureux effets de Charrier, Bonne Fontaine, chez les *colibacillaires*, les *rénaux*, les *rhumatisants* et en général chez tous les *intoxiqués*.

Les doses ingérées sont généralement de 5 à 600 cent. cubes par jour :

Matin : à jeun et couché	6 h.	100 grs.
	6 h. 30	100 »
	7 h.	100 »
L'Après-Midi	15 h.	100 »
	17 h.	100 »
	18 h.	100 »

L'Eau de Charrier à pH. très bas, est une eau froide, non gazeuse, très digestive et agréable à boire. Elle est caractérisée par sa très faible minéralisation, **23 milligrammes** seulement de résidu sec par litre, soit 20 fois moins que les eaux de diurèse les plus réputées ; — par sa teneur en **acide silicique libre** 9 milligrammes, soit 40 % de sa minéralisation totale ; — par la présence de **cuivre**, un centième de milligramme ; — et enfin, par sa très forte **radio-activité**. 12. 5 millimicrocuries de radon par litre.

La Bonne Fontaine Charrier est située à 30 kms. Sud de Vichy, mais son eau n'a aucune parenté avec les eaux de ce bassin. Elle jaillit à 900 mètres d'altitude, en plein granit des Monts de la Madeleine. Elle est connue, depuis toujours sous le nom de « Bouna Font » et jouit d'une vieille réputation légitimée par de nombreuses recherches cliniques.

Littérature et Echantillons à Charrier, La Bonne Fontaine à Laprugne (Allier), et à la Société de Charrier, 15, Place de la Madeleine, Paris.

qui sont ses membres, suivant vos habitudes et vos maximes, je pourrais vous apprendre que jamais en aucun temps votre conscience ne sera gênée, et qu'il vous sera facultatif de rendre, sans contrainte, au Principe éternel de toutes choses l'hommage le plus conforme aux inclinations de votre cœur.

« Je suis encore spécialement chargé de vous prier de vouloir bien vous adjoindre les coopératrices que vous jugerez les plus propres à vous seconder dans vos œuvres quotidiennes de charité. »

Il fallait un personnel subalterne et il fallait des médecins pour examiner les malades. Ce fut alors la création géniale, qui a fait la supériorité clinique de la médecine française, la création du corps de l'*Internat*. La première promotion de l'Internat date du 26 fructidor an X, 13 septembre 1802.

La première promotion, du 13 septembre 1802, comprenait parmi ses titulaires, Gaspard Bayle, Devergie. La deuxième, Magendie. La troisième, Achille Flaubert, le père de l'illustre écrivain. En 1807, Lugol. En 1809, Béclard, etc...

Il fallait aussi réorganiser l'*Assistance Publique*. Le plan de Tenon fut adopté. Il a rendu aux divers hôpitaux une situation de premier ordre.

Réorganisation de l'enseignement. La vieille Faculté de médecine était morte, et il n'y avait rien pour la remplacer. On suivit le célèbre rapport de Fourcroy. Celui-ci avait repris la plupart des idées de Guillotin, qui s'était lui-même fortement inspiré de Vicq d'Azyr.

De par la loi du 14 Fructidor an III, trois Écoles de santé sont créées à Paris, à Montpellier et à Strasbourg. La loi du 2 Brumaire an IV (24 octobre 1795) les transforme en Écoles spéciales de médecine. Elles deviennent enfin Facultés de médecine, par décret du 18 mars 1808.

Ainsi la médecine était officiellement réorganisée. Les professeurs sont pour la plupart des ci-devants, qui avaient déjà enseigné dans les anciennes Facultés.

Corvisart est le plus illustre d'entre eux. Il naquit en 1755 et mourut en 1821. Il eut deux précurseurs. Le premier est Stroll (1797) des idées duquel son enseignement était imprégné ; comme Stroll, il avait le goût des aphorismes, que Stroll tenait lui-même de Boerhaave ; l'autre est Avenbrugger. Corvisart publia une traduction des Aphorismes de Stroll en 1797. Sa préface indique la transformation capitale, qui s'est faite dans la technique de l'enseignement médical. Il écrit en effet :

« Faire des dictées, des cahiers, est une manière gothique qui entraîne une grande dépense de temps, cache souvent de petits moyens et n'instruit guère. Une traduction orale est plus rapide, plus animée, fixe davantage, et fait passer dans un temps donné plus d'objets sous les yeux. »

Malheureusement, cette « habitude gothique » est longue à disparaître... Or la véritable manière d'apprendre la médecine, comme le dit très justement Corvisart, c'est la leçon orale, au lit du malade, l'examen direct. Mais que voyons-nous encore aujourd'hui : les meilleurs d'entre nous passent et perdent un temps considérable à copier des questions, à les apprendre par cœur pour les débiter en tranches dans les concours..., ils en sont toujours à la méthode gothique que déjà condamnait Corvisart. L'Histoire de la Médecine, comme l'Histoire tout court, a d'utiles leçons.

Corvisart était d'une stature un peu au-dessous de la moyenne ; sa corpulence assez marquée nécessitait pour l'entretien de sa santé, dit Mérat, un exercice violent, ce qui fit de lui un chasseur intrépide ; c'est l'un des premiers Nemrods de notre Corps médical. Il avait une figure distinguée, une physionomie imposante au repos, mais très spirituelle quand elle s'animait et s'épanouissait ; l'œil vif, perspicace lui faisait percevoir avec la rapidité de l'éclair la pensée de ceux qui l'approchaient... Mais cette belle santé était précaire ; en raison même de sa corpulence, il avait tendance à l'apoplexie. Il fut frappé en 1815 d'une première attaque incomplète ; il y survécut six années avec des traces notables de paralysie ; des attaques répétées se succédèrent. La dernière le surprit le 15 septembre 1821 ; il succomba le mardi 18 du même mois.

Sa santé était chancelante depuis 1813, comme en fait foi un autographe que possède mon ami René Gaultier : c'est une lettre dans laquelle Corvisart répond en donnant des nouvelles de sa santé à une demande que lui avait fait transmettre Napoléon.

Si Corvisart a suivi les Aphorismes de Stroll, il est surtout le disciple et le traducteur d'Avenbrugger. Il avait compris l'importance de la découverte de ce dernier relativement à la percussion. Le livre avait pour titre : Avenbrugger, Médecin ordinaire de la nation espagnole, de la troupe impériale a Vienne en Autriche. *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies intérieures de la poitrine par la percussion de cette cavité, ouvrage traduit du latin et commenté par J.-N. Corvisart, médecin de S. M. l'empereur et roi, Paris 1808.* Voici la préface de sa traduction :

« De toutes les sciences physiques en général, il n'en est peut-être pas une dans laquelle il importe plus d'interroger les sens que dans la médecine pratique strictement dite ; toute la théorie se tait ou s'évanouit presque toujours au lit du malade pour céder la place à l'observation et à l'expérience. »

Corvisart était donc dans la bonne voie. D'autre part il insistait également sur l'éducation médicale :

Éducation médicale des sens : éducation médicale trop souvent négligée qui réussirait très souvent si elle recevait le complément dont elle est susceptible... »

Il est intéressant d'étudier ce livre et sa présentation. Celle-ci répond bien aux anciennes divisions de la scolastique. Ce sont les suivantes : d'abord une observation, puis un aphorisme, une scolie, enfin un commentaire.

Exemple : Observation I. — Du son naturel du thorax humain et comment on le reconnaît dans diverses régions.

§ 1. — Le thorax sain de l'homme résonne s'il est frappé.

Puis : « Le thorax doit être percuté ou pour mieux dire palpé lentement et doucement, les extrémités des doigts rapprochées les unes des autres et allongées comme une masse, c'est alors qu'un bruit continu est dans certains cas *tanquam percussi femoris*, comme si on frappait une cuisse, ainsi que le dit Stroll. »

Après avoir étudié le son naturel, Avenbrugger étudie dans les 5/6 de son livre, le « son contre nature », c'est-à-dire la séméiologie de la percussion appliquée aux affections du cœur, du poumon et de la plèvre.

Un autre ouvrage de Corvisart, le plus connu, est intitulé : *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.* Dans son discours préliminaire il dit : « J'avais émis l'idée d'un ouvrage analogue à celui de Morgagni, mais en sens inverse pourtant de celui-ci : il aurait eu pour titre « *de sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigates et per anatomia confirmatis* ».

Par conséquent, c'est déjà l'idée que nous allons retrouver chez Laennec. Au lieu de faire comme Morgagni qui établissait un diagnostic rétrospectif en se basant sur l'anatomie pathologique, Corvisart, imprégné de la technique d'Avenbrugger, pense qu'il est possible de voir anatomiquement sur le vivant : c'est déjà la méthode anatomo-clinique qui va s'épanouir avec Laennec

J'ai relevé, page 319, cette très jolie observation de paralysie récurrentielle par anévrysme de la crosse de l'aorte. On y trouve même une ébauche d'auscultation. C'est ainsi que page 352, à l'occasion d'un anévrysme de l'aorte, Corvisart parle d'une espèce de « sifflement » particulier ; et page 353 il dit : « un bruissement particulier

qui se fait quelquefois sentir au-dessus du lieu où se trouve naturellement placé le cœur ». C'était l'auscultation avant Laennec.

Philippe PINEL (1745-1826) publia d'abord son célèbre *Traité de médecine philosophique sur l'aliénation mentale*, où il décrit l'enlèvement des chaînes aux aliénés avec la collaboration de son infirmier Pussin ; puis une *Nosologie philosophique avec la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. On y trouve à la page 35 de l'introduction une description parfaite de la méthode clinique. Car Pinel n'était pas seulement un aliéniste, c'était aussi un excellent clinicien de médecine générale. Il montre que la méthode clinique vient de la renaissance des idées scientifiques et remonte aux discours de la Méthode en passant par Zimmermann.

Jean-Noël HALLÉ (1754-1822) fut d'abord dessinateur, son père et son grand-père étaient peintres ; ce dernier avait fait le portrait de Tenon.

Le baron ALIBERT (1768-1837) est l'auteur de l'*Arbre des dermatoses* ; j'ai évoqué son souvenir dans une conférence-promenade à l'hôpital Saint-Louis. Alibert soigna Mlle Desbordes qui s'en est souvenu dans ce poème dédié à son médecin :

Votre main bienfaisante et sûre
A fermé plus d'une blessure.
Partout votre art consolateur
Semble porter la vie et chasser la douleur,
Hélas ! il en est une à votre secours rebelle,
Et je dois mourir avec elle.
Je n'ai pas d'autre mal, mais il fera mon sort.
Jugez si ce mal est extrême ?
Je le crois, pour votre art lui-même,
Plus invincible que la mort,
Son empire est au cœur, ses tourments sont à l'âme,
Ses effets sont des pleurs, sa cause est une flamme
Qui dévore en secret l'espoir de l'avenir
Et ce mal est un souvenir. »

BAYLE fut ami de Laennec. Il écrivit un livre sur *La phtisie pulmonaire*, dont je parlerai à propos de Laennec.

Un dernier mot sur la médecine civile en province et dans les campagnes. Les guerres de la Révolution avaient privé le pays de nombreux médecins. Faute de soins par des hommes de l'art, les malades avaient recours aux guérisseurs empiriques et charlatans. Leur nombre pullulait. C'est pour remédier à ce déplorable état de choses que la loi du 17 ventôse an XI, (10 mars 1803), institua les Officiers de santé, qui devaient exercer dans les campagnes et être, en somme, les auxiliaires des docteurs en médecine. L'institution avait des avantages ; car elle répondait à un besoin, mais par la suite elle eut des inconvénients.

Les Officiers de santé pouvaient obtenir leur diplôme soit après des études médicales réduites, dans une Ecole ou dans une Faculté, soit après un stage dans un hôpital ou chez des docteurs. Les meilleurs d'entre eux étaient forcément des autodidactes.

La description des Officiers de santé a été faite plusieurs fois mais il est intéressant d'en trouver des exemples remarquables dans les œuvres romantiques, particulièrement dans le roman de Balzac, qui a brossé le portrait immortel du *Médecin de campagne* de la première moitié du XIXe siècle. Il en a fait la synthèse sous les traits du « bon M. Bénassis ». Le premier original du *Médecin de campagne* de Balzac était, en effet, un Officier de santé, Jacques Bossion, qui exerçait la médecine à l'Isle-Adam. Balzac l'avait connu lorsque, débutant dans sa vie d'écrivain, il quittait sa mansarde de la rue Lesdiguières pour venir se distraire chez un vieil ami de sa famille, M. de Villiers de la Faye, maire de l'Isle-Adam, lequel avait pour adjoint l'Officier de santé Jacques Bossion.

Plus tard Balzac connut dans le Dauphiné un médecin de Voreppe, le Docteur Amable Rome, qui le soigna d'une blessure profonde du tibia droit que Balzac s'était faite en tombant de diligence. M. Benassis est le portrait composite de l'Officier de santé de l'Isle-Adam et du Docteur de Voreppe.

***

Ainsi, biologie centrée par Bichat ; chirurgie militaire centrée par Larrey ; méthode clinique centrée par Corvisart ; de cette étude de trois parties différentes de la médecine, la première remarque à faire, c'est que Bichat a eu le mérite d'intégrer la médecine dans la discipline des sciences proprement dites ; Larrey a montré la valeur de l'homme et a eu le culte du héros ; enfin Corvisart, qui avait l'esprit clinique, a montré comment on peut, sur le vivant, pénétrer et lire à l'intérieur de l'organisme ; il a opposé la méthode orale à la méthode livresque et indiqué l'importance de la séméiologie ; par une technique aussi précise que pratique, il a rendu service à la médecine de tous les jours. De telle sorte que ce qui caractérise le début du XIXe siècle, c'est essentiellement une naissance : celle de la médecine scientifique. Le médecin apparaît désormais comme un technicien et comme un savant autant que comme un homme de bien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1935

Immunisation contre la fièvre jaune au moyen de virus neurotrope vivant et d'immun sérum hétérologue. — Le Docteur G. M. FINDLAY est le seul médecin autorisé par le Gouvernement britannique à conserver le virus amaril et à pratiquer la vaccination antifièvre jaune. Il estime, que l'inoculation à l'homme du virus amaril vivant, seul comporte des dangers ; en effet, l'injection sous-cutanée du virus atténué de Theiler peut provoquer la mort du singe ; la transmission, par piqûres de stégomyies, du virus de Theiler est possible ; le virus « neurotrope » de Theiler est reversible en virus « viscérotrope ». De plus, LAIGRE, MATHIS et DURIEUX ont constaté chez les hommes vaccinés avec le virus de Theiler seul des réactions multiples : poussées fébriles souvent très fortes, néphrite, méningite, paralysie, etc... Aussi, malgré les réactions sériques éventuelles, Findlay préfère la vaccination par sérum et virus, à la vaccination par virus seul. Comme le sérum de convalescent est toujours déficient et ne jouit que d'un faible pouvoir viricide, Findlay a substitué à ce dernier le sérum Pettit-Stefanopoulo (quantités illimitées pratiquement, pouvoir viricide de beaucoup plus élevé que le sérum de convalescent. Si les proportions de sérum et de virus sont correctement établies, les réactions imputables au virus sont insignifiantes et très rares ; de plus, le virus ne circule pas dans le sang.

Etant donnés les résultats obtenus sur plusieurs centaines de sujets à Londres, le Gouvernement britannique a décidé que seule la méthode de vaccination par le sérum et le virus pouvait être autorisée dans les colonies de l'Afrique occidentale. Dans ce but, du sérum antiamaril (Pettit-Stefanopoulo) et du virus (Theiler) viennent d'être expédiés pour la vaccination des volontaires.

Technique de réanimation dans les asphyxies accidentelles. *MM. Cot, Jacob, Joly, Bonnet, Sarroste* exposent la façon dont ils conçoivent l'action du *sauveteur* dans les premiers secours. Ils basent leur opinion sur 1770 cas qui ont été personnellement vus et soignés par eux et leurs successeurs depuis 1924, époque où le service pour soins aux asphyxiés a été créé au régiment de sapeurs-pompiers par le Docteur Cot.

Ils conseillent la pratique de la respiration artificielle par la méthode de Schaefer, exécutée soit manuellement, soit, si possible, avec un appareil mécanique. A cette occasion, ils présentent l'appareil actuellement utilisé par les sauveteurs du régiment, conçu par le Docteur Cot, et qui a contribué à de nombreuses réanimations.

Ils préconisent également l'administration par le sauveteur, le plus rapidement possible, du mélange d'oxygène à 93 %, et d'acide carbonique à 7 % suivant la technique de Yandell Henderson, en inhalation sous masque. Cette technique est infiniment préférable à l'inhalation d'oxygène *pur*, qui a encore conservé en France quelques rares partisans.

Le nombre considérable de cas observés par ces auteurs et le pourcentage de réanimations obtenues (78 %) dans les asphyxies par oxyde de carbone, donnent à leur opinion, une portée qu'il est inutile de souligner.

Existe-t-il une pneumoconiose des ardoisiers ? Résultats d'une enquête dans les carrières d'ardoises. — *M. A. Feil* expose les résultats d'une importante enquête qu'il a effectuée dans les carrières d'ardoises. Il a examiné 251 ardoisiers : 70 travailleurs du fond et 181 du jour. Ses recherches ont porté spécialement sur l'appareil respiratoire. Les affections pulmonaires se sont rencontrées avec une fréquence presque égale, dans les deux catégories d'ouvriers, et, fait qui peut sembler paradoxal, elles ont paru un peu plus fréquentes chez les ouvriers du jour, surtout en ce qui concerne les séquelles pleuro-pulmonaires pouvant être rapportées à la tuberculose.

L'examen radiographique montre, chez la plupart des vieux ardoisiers, une surcharge des hiles, une accentuation des arborisations broncho-vasculaires ; chez quelques-uns, on remarque un pointillé du champ pulmonaire, sorte de tatouage qui rappelle la forme nodulaire de la silicose débutante. L'excellent état des ouvriers ne permet pas d'envisager la tuberculose. L'auteur, se basant sur la forte teneur en silicates (84 %) pense qu'il s'agit d'une silicatose, ou, si l'on veut, d'une schistose.

Si l'influence des poussières de schiste apparaît peu nocive pour le poumon, puisqu'une longue activité professionnelle n'est pas incompatible avec le métier d'ardoisier, tant au fond qu'à la surface, on ne peut nier que la poussière d'ardoise pénètre dans le poumon et qu'elle y détermine, sinon une réaction de défense, tout au moins une gêne mécanique. Il est donc indispensable de prendre des mesures de prophylaxie efficace pour soustraire les ardoisiers, principalement les mineurs-fonceurs, à l'inhalation des poussières.

Historique de la première réalisation de la folliculine cristallisée en France. — *M. Roussel* relate tous les travaux qui ont été entrepris par ses laboratoires pour l'isolement de la folliculine cristallisée, l'une des hormones de l'ovaire. C'est en mars 1931 que le Docteur Girard à la suite d'une publication de Zondek commença d'étudier l'extraction de la folliculine à partir de l'urine de jument gravide.

C'est au bout de sept mois seulement que ses recherches aboutirent à un résultat pratique. Les difficultés paraissaient insurmontables, car l'extraction aux solvants de l'urine de juments laisse un goudron visqueux qui donne avec les solvants des émulsions difficiles à résoudre ; de plus ce goudron est riche en phénols qui suivent la folliculine au cours des fractionnements.

C'est grâce à une méthode entièrement nouvelle basée sur l'emploi d'une nouvelle classe des hydrazènes à fonction ammonium quaternaire qui engendrent avec les cétones des combinaisons solubles dans l'eau que Girard peut arriver à isoler la folliculine qui est une cétone.

La mise en œuvre fut considérable. On utilisa l'urine de plus de 300 juments et 400 tonnes d'urine furent ainsi traitées pour obtenir après une campagne de deux ans un peu plus de 2 kg. de folliculine cristallisée. C'est cette folliculine obtenue par Girard qui servit à établir l'étalon international de la Société des Nations et la France put ainsi conserver un rang enviable parmi les nations qui se sont adonnées à l'étude des hormones.

Chromatisme et sécurité. Les tables d'Ishihara. — *MM. Onfray* et *Paul J. Petit*. — Les incertitudes qui persistent dans le mécanisme physiologique de la perception des couleurs n'ont pas empêché les perfectionnements pratiques de l'examen du sens chromatique chez les agents des services publics, à une époque où les vitesses vont croissant sur le rail, sur la route et dans l'air. Et aujourd'hui l'emploi méthodique des tables japonaises d'Ishihara permet à tout examinateur de déceler tous les types de dyschromatopsie, même le type Rayleigh.

Stérilisation et contrôle des soies chirurgicales. — *M. Goris.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 janvier 1935

Etat au 1er janvier 1935. — *Section de médecine et chirurgie* : ARSONVALD (Jacques-Arsène d') ; RICHET (Robert-Charles) ; VINCENT (Jean-Hyacinthe) ; ACHARD (Emile-Charles) ; GOSSET (Antonin-Louis-Charles-Sébastien) ; FAURE (Jean-Louis).

MM. I. Vellard et *M. Mignolonne Vianna* donnent deux observations de modifications sanguines chez des cancéreux traités par le venin de serpent, à la suite d'injections répétées de petites doses de venin de Lachesis atrox, venin peu neurotoxique comme on sait, mais très hémotoxique.

Le venin tue le rat normal à la dose de 1 mgr. par voie intra-musculaire, et le rat cancéreux à la dose de 1 mgr. 5.

Chez les deux sujets cancéreux, l'un une femme de 63 ans, atteinte depuis quatre ans d'un épithélioma ulcéré de la face, l'autre un homme de 45 ans, atteint depuis un an de lymphosarcome, ayant reçu chacun deux séries de dix injections sous-cutanées de venin de Lachesis, allant de 0 mgr. 10 à 1 mgr., et à raison de trois injections par semaine les auteurs ont observé une lyse intense des hématies et des leucocytes, compensée ou non suivant les cas : une diminution du fibrimogène et du complément, une élévation constante du pouvoir coagulant du venin, auxquels il faut ajouter quelques troubles hépatiques et rénaux. Ces faits montrent dans leurs détails les effets des doses petites et répétées de venin *de Lachesis* chez les cancéreux et d'autre part, les réactions très variables suivant l'état général des malades et la nature des tumeurs.

Les auteurs, avec juste raison, ne se permettent pas de condamner l'emploi thérapeutique des venins (dont il convient disons-le d'espacer les inoculations à deux par semaine, *au minimum*, pour permettre les réactions défensives de l'organisme), d'autant que les résultats obtenus avec un venin à prédominance hémotoxique ne sauraient être généralisés, ni s'appliquer à un venin à prédominance neurotoxique, comme le venin des grands couhidés venimeux (cobra, ophiophage, bungare...)

Séance du 7 janvier 1935

MM. Besredka et *L. Gross* montrent *l'importance de la porte d'entrée dans l'évolution du sarcome d'Ehrlich.* — Une émulsion finement triturée du sarcome, inoculée à la dose de 0 gr. 03, sous la peau, dans les muscles ou le péritoine de la souris, déterminent invariablement, au bout de six à neuf jours, l'apparition d'une tumeur qui ne subit jamais de régression spontanée et tue le sujet en trois et cinq semaines.

Tout autre est le résultat, si l'inoculation a lieu *dans* l'épaisseur de la peau, de préférence dans les couches superficielles : après un temps, variant de quelques jours à trois semaines, le point de pénétration de l'aiguille est marqué par l'apparition d'une tumeur atteignant la grosseur d'un pois, faisant corps avec la peau, ayant même structure et même virulence que la tumeur inoculée.

Abandonnée à elle-même cette tumeur subit au bout de quelques jours une régression, un ramollissement, se recouvre d'une croûte, et disparaît en deux ou trois semaines.

Quand on l'excise à son complet développement, ou bien la plaie guérit sans séquelles, ou, au bout de quelques semaines est suivi de métastases qui entraînent la mort.

M. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1935

Traitement de la sclérodermie. — *M. Leriche* rapporte une série d'expériences consistant en injections de parathormone à de jeunes rats. Il se produit alors des plaques cutanées dures qui se rapprochent au point de vue anatomique de la sclérodermie humaine. Il rappelle les divers caractères cliniques de la maladie. On ne doit pas opérer les sclérodermies

généralisées ayant évolué depuis longtemps. Chez les malades présentant des lésions plus limitées, on peut pratiquer soit une parathyroïdectomie, soit une résection des artères thyroïdiennes, soit une ramisection cervicale.

A propos de l'artériographie. — *M. Mathieu* a eu un échec après artériographie. Il survint une gangrène massive du membre inférieur qui nécessita une amputation et fut suivi de mort.

M. L. Bazy rapporte la statistique intégrale des artériographies pratiquées dans son service par MM. Reboul et Racine. Il y eut 220 artériographies. M. Bazy commente ensuite les accidents et les incidents qui furent observés.

Traitement des hémorragies des fibromes — *M. Métivet* étudie les métrorragies survenant chez les fibromateuses pléthoriques. Il estime qu'un régime alimentaire sévère suffit à supprimer les hémorragies.

M. Brocq estime qu'il ne peut s'agir dans ces cas de fibromes, mais de sclérose utérine.

Iléo-recto-coloplastie. — *M. Okinczyc* relate une observation personnelle qui est le septième cas publié. Il s'agissait d'un enfant de 16 ans, qui, à la suite d'un lavement brûlant, vit s'établir une sténose recto-colique. Un anus iliaque gauche fut fait ; des dilatations n'amenèrent aucun résultat. En 1928, tentative d'anastomose recto-colique, mais l'abaissement fut réalisable. Fermeture en trois plans. En 1934, M. Okinczyc irréalise unei léo-recto-coloplastie. Après quelques incidents, guérison définitive.

Septicémie à staphylocoques guérie par le bactériophage intraveineux. *M. Sauvé* rapporte cette observation de *MM. Récamier* et *Sobieski*.

Luxation dorsale complète du gros orteil. — *M. Sorrel* relate cette observation de *M. Gradoyevitch* (de Belgrade). Réduction parfaite sous anesthésie générale.

Appareil athro-moteur. — *M. Mathieu* décrit cet appareil dû à *M. Strohl* et en montre les avantages.

Polypose gastrique et colique. *M. P. Duval* montre de belles radiographies.

Artériectomie. — *M. L. Bazy* montre de beaux résultats éloignés d'artériectomies après localisation de l'oblitération par artériographie.

Entérostomie sur grêle. *M. Mocquot* présente un malade qu'il a deux fois guéri d'occlusion par une entérostomie sur le grêle.

Traitement des brûlures par l'acide tannique. — *M. Soupault* en est partisan.

M. Desplas n'en a pas été satisfait.

M. Robert Monod a observé sous la carapace des rétentions de pus.

M. Alglave recommande le taffetas-chiffon.

M. Lenormant ne fait plus de pansement.

M. Sorrel emploie le mercurochrome.

M. Okinczyc est partisan de l'absence de pansement.

M. P. Duval montre que l'acide tannique doit être employé sans pansement.

M. Sénèque a eu un échec avec l'acide tannique.

Uréthroplastie. — *MM. Leveuf* et *Godard* montrent un malade qu'ils ont guéri de sténoses multiples de l'urèthre antérieur par uréthrectomie pénienne, cystostomie et uréthroplastie ultérieure. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 janvier 1935

Diathermo-coagulation des métrites chroniques du col. — *M. J.-E. Marcel* présente un film sur ce mode de traitement ; il débute par la présentation de l'instrumentation de l'auteur, puis il passe en revue les différentes formes de métrite chronique du col (exocervicite des nulli ou multipares ; endocervicite isolée, forme mixte) et permet ainsi d'assister à leur évolution avant la diathermo-coagulation, pendant les jours et les semaines qui suivent et à l'époque de la guérison. Dix cols guéris, dont deux chez des malades jusqu'alors stériles devenues ensuite enceintes, terminent ce film, qui illustre la valeur de cette méthode, défendue depuis quelques années par l'auteur, et qui ouvre en même temps des horizons nouveaux sur la cinématographie des cavités profondes de l'organisme — jamais réalisée jusqu'alors — et par conséquent sur l'enseignement des sciences médicales.

Syndrome de Raynaud. *MM. P.* et *Aubourg* et *P. Le Go* présentent un malade dont le syndrome douloureux, l'impotence fonctionnelle et les ulcérations du pied ont disparu, après un traitement électrique par courants exponentiels de basse fréquence.

Vérification des courbes des courants employés en électrothérapie. *MM. P. Aubourg* et *P. Le Go*, sur un oscillographe Casser, montrent à l'écran et présentent en photographie, les courbes des courants employés en électrothérapie, au service de l'hôpital Beaujon. Cet étalonnage devrait être exécuté lors de la mise en usage de tout appareil de thérapeutique par l'électricité et vérifié de nouveau après un certain temps de fonctionnement.

Diagnostic rapide des états leucémiques. — *M. A. Bécart* indique un moyen simple et facile de diagnostic des leucémies à portée du praticien : l'examen à l'œil nu du sang étalé sur lame, sans coloration, sans microscope qui montre un aspect granité très caractéristique.

La bronchoscopo-thérapie dans les abcès pulmonaires chroniques à propos de quelques cas guéris. — *M. Soulas* montre que la bronchoscopo-thérapie est un des éléments essentiels du traitement des abcès du poumon, mais avec des succès variables et qui sont influencés par certains facteurs dont la chronicité est un des plus importants, le pourcentage des guérisons complètes qui est de 70 % dans les abcès aigus ne sera que de 50 % dans les abcès chroniques récents (2 à 5 mois) et de 15 à 20 % dans les vieux abcès chroniques. Si la guérison n'est pas obtenue, on aura à peu près toujours une amélioration qui permettra de pratiquer, dans de bonnes conditions, une opération sanglante. La conduite du traitement, variable selon les circonstances, doit s'inspirer non seulement de la complexité des lésions pulmonaires, mais aussi des remaniements anatomo-pathologiques du système bronchique ainsi que des désordres de la physiologie des bronches. La bronchoscopie qui rend compte de l'état bronchique devient donc un guide pour la thérapie endo-bronchique et un élément d'information dans l'appréciation du pronostic. G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Trois cas d'infection puerpérale, dont deux mortels, résultant d'un abcès amygdalien de la personne ayant pratiqué l'accouchement.

L'infection puerpérale est loin d'avoir disparu. A côté de l'origine autogène proprement dite et de l'origine exogène par l'opérateur, il convient de faire une place à l'infection streptococcique d'origine pharyngée, soit que le streptocoque soit hébergé par la malade elle-même, soit qu'il provienne de l'opérateur.

Cette notion devient de plus en plus courante et explique la recrudescence des infections puerpérales en période grippale.

MM. P. Balard et R. Boursier (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, mai 1934) rapportent trois observations, dont l'une suivie de mort par péritonite et une autre également mortelle par septicémie pure, dont les sujets avaient été accouchées par une sage-femme qui présentait quelques jours après ces accouchements un abcès de l'amygdale.

Il en résulte l'obligation d'éloigner d'une parturiente toutes les personnes ayant une affection pharyngée. D'autre part, le port du masque en période d'épidémie grippale ou lorsque l'opérateur se croit en période d'incubation paraît indispensable ; son emploi systématique serait du reste très désirable pour tout accouchement.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, de livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Rétif à Carnavalet. — M. Marcel Thiébaut consacre un intéressant article dans la *Revue de Paris* (15 janvier 1935 ; le n° 7 francs, 3, rue Auber), à l'exposition Rétif qui vient d'avoir lieu à Carnavalet.

M. Funck-Brentano a proclamé Rétif « le plus grand écrivain du XVIII[e] siècle ».

« C'est aller un peu loin, dit M. Marcel Thiébaut. Mais, de la part d'un historien, cet enthousiasme est très explicable. Il n'y a pas d'écrivain qui nous ait livré sur la vie de cette époque et particulièrement sur la vie de Paris des témoignages aussi importants, aussi nombreux. Le malheur est que, trop souvent, ce sont des documents et rien de plus. Toute l'œuvre de Restif se morcelle en petits tableaux, d'une vérité parfois merveilleuse il est vrai. Mais à cet homme qui composa deux cents quarante volumes, il manqua peut-être, aussi paradoxal que cela puisse paraître, le souffle. Les *Nuits de Paris*, les *Contemporaines*, le *Paysan perverti*, et même *Monsieur Nicolas* — qu'on ne saurait sans imprudence rapprocher des *Confessions* — ce sont des séries d'historiettes, d'esquisses, de croquis. Jamais Restif n'a trouvé la grande inspiration qui entraîne un assemblage de matériaux d'un seul mouvement, les brasse et en forme un tout. Restif est un mosaïste ; ce n'est pas un architecte.

On ne songe pas à nier le puissant intérêt humain d'aventures aussi « vraies » que celles de Madame Parangon, de « Zéfire » ou de Sara. Mais la vérité ne suffit pas pour faire une œuvre d'art. Sinon, dans les époques d'honnêteté, les rapports de police pourraient passer pour tels. Loin de nous l'idée de rapprocher Restif des suppôts parfois bien intéressants au reste, de M. de Sartines. Restif est un écrivain et un artiste. Prodigieusement égoïste, du point de vue sentimental (ce qui est la condition première d'une carrière d'amateur de femmes aussi réussie que la sienne) le désir lui manqua, au moment même où il dépeignait avec justesse la vie extérieure de ses maîtresses, de souhaiter connaître complètement leur psychologie, leur personnalité. Et pourtant ce sont ses aventures vécues qui lui ont inspiré ses meilleures pages et il sentait si bien qu'elles devaient rester l'armature de ses œuvres qu'il nous a raconté plusieurs fois chacune d'entre elles. Lorsque son imagination seule l'inspire, l'invention devient presque toujours faible et extravagante : on tombe dans le roman-feuilleton. Des louanges sans réserve ne lui conviennent pas mieux qu'un dénigrement systématique. C'est un transmetteur de vie — ce qui est déjà fort beau — plutôt qu'un re-créateur. En somme, le plus souvent un assez étonnant journaliste, mais incapable de jamais rassembler complètement ses propres forces, un écrivain doué de trop de facilité, affligé d'une intelligence sans finesse, touché parfois par des presciences pratiques, voire par des éclairs de génie, mais manquant presque toujours de goût. Après tout l'Institut avait raison... De son œuvre immense, on peut tirer une dizaine de volumes attrayants dont aucun ne saurait pleinement satisfaire.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris auront-ils un statut ? — *Lu dans* AUX ÉCOUTES :

M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, a formé le projet de pourvoir les médecins des hôpitaux d'un statut.

— Aux médecins des hôpitaux, dit-il, je vais donner sans tarder un traitement qui pourra atteindre, suivant la classe, jusqu'à 60.000 francs par an. En revanche, j'entends que ces médecins ne puissent plus, comme certains d'entre eux, et notamment quelques chirurgiens, en prendre à leur aise avec leur service d'hôpital, tant pour les jours et heures de présence que pour les vacances. Du moment où ils seront fonctionnaires, ils seront comme tels obligés à un temps de présence imposé par le règlement intérieur des hôpitaux.

Dans le monde si spécial des médecins des hôpitaux, l'effervescence comme l'on pense, est fort grande. Le vendredi 21 décembre dernier, tous ont, de 9 heures du soir à 11 heures, tenu, à l'hôpital Cochin, une réunion qui a été l'occasion de palabres véhémentes et contradictoires.

— Par ce temps de crise, ont observé les jeunes, ce traitement sera le bienvenu ; à ce jour, pour toute rétribution, nous n'avons que 500 francs par mois de frais de voiture ! C'est peu ! Sans compter que nous aurions une retraite !

— Nous, médecins des hôpitaux, disent les anciens, auxquels une riche clientèle privée ne fait point défaut, devenir des fonctionnaires, jamais ! M. Mourier qui n'est qu'un médecin et un médecin de province, ne saurait venir nous faire la loi. Déjà, il nous inonde assez de circulaires impératives ! Nous saurons nous défendre ! Pour nous y aider, il nous suffira d'aller porter nos doléances à ceux des parlementaires médecins qui attendent avec impatience le jour où il devra prendre sa retraite.

Cependant M. Mourier a juré d'aboutir. L'argument de fait qui, en la circonstance, lui tient le plus à cœur est que l'Administration de l'Assistance publique de Paris est dans l'obligation de servir, à défaut de retraite, des allocations annuelles, infimes du reste, à de malheureuses veuves que leurs maris — médecins ou chirurgiens des hôpitaux — ont laissées dans une situation voisine de la misère.

Qui l'emportera ? ...

Quelle sera l'influence de l'évolution des coutumes alimentaires sur le caractère des prochaines générations ? — *Du Docteur A. Gauducheau dans* LE MOUVEMENT SANITAIRE (nov. 1934) : ÉVOLUTION DE L'ALIMENTATION PUBLIQUE. SON INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'INDIVIDU ET DE LA RACE.

... La conséquence biologique la plus importance de l'évolution actuelle des usages alimentaires sera, croyons-nous, de modifier le caractère des générations futures. Notre conjecture est fondée sur des observations et sur des expériences.



Il est de notoriété universelle que les peuples les plus entreprenants et les plus énergiques sont gros mangeurs de viande et de lait, alors que les consommateurs de riz, les Chinois et les Indiens, qui prennent très peu de viande et de laitages, sont d'une étonnante résignation.

L'expérience la plus frappante et qui est le plus souvent citée, pour montrer l'action du régime carné sur le caractère, est celle rapportée par Liebig dans ses nouvelles lettres sur la chimie (35me lettre). L'ours du muséum de Giesen était doux et tranquille tant qu'on le nourrissait de pain et de légumes ; mais quelques jours de régime animal le rendaient méchant et dangereux. On sait, ajoute Liebig, que l'irascibilité des porcs peut être exaltée par le régime de la viande au point de leur faire attaquer l'homme.

Mc Collum (1), en Amérique, et Corry Mann (2), en Angleterre, observant sur des groupes d'enfants pauvres des écoles, ont constaté : 1° que l'addition de beurre ou de cresson aux régimes habituels de ces enfants avait pour effet d'augmenter leur poids, mais non d'accélérer la croissance de leur squelette ; 2° que l'addtion d'un peu de lait écrémé produisait une augmentation de la taille et une excitation générale ; les enfants qui prenaient cette petite quantité de lait en plus de leur nourriture de fond étaient plus éveillés et plus pétulants que les autres. Il existerait donc dans le lait un principe capable d'activer le développement du squelette et de provoquer une excitation physiologique générale. Retenons seulement ce dernier fait : l'excitation causée par des substances inconnues qui se trouvent dans le lait écrémé.

Que l'on compare l'animation qui règne dans les préaux des écoles enfantines, au moment de la sortie des classes, dans les milieux ouvriers ou paysans pauvres d'une part, et dans les quartiers citadins aisés d'autre part, et l'on y observera de sensibles différences, depuis la torpeur jusqu'à la plus bruyante exubérance. Que l'on note en même temps la composition des régimes chez les uns et chez les autres, et l'on en viendra à penser comme nous qu'il existe, au moins, une remarquable coïncidence entre la richesse de l'alimentation en principes d'origine animale et la turbulence des enfants.

Pendant que se produisaient, en France, les profonds changements des coutumes dont nous venons de parler, le caractère de le race se modifiait parallèlement. Le Français de 1934 est plus subtil, plus ardent, moins patient que ne l'était son ancêtre, le serf lamentable du Moyen-Age.

Il est probable que, si un jour, les actuels mangeurs de riz, les Chinois, les Annamites et les Indiens, sont abondamment pourvus, comme nous, de viandes, de laitages, d'aliments fermentés, d'alcool, etc., leur nonchalance bien connue deviendra vivacité et leur caractère, après quelques générations, se rapprochera du nôtre.

L'homme est une conséquence, non seulement de l'hérédité et du climat, mais aussi des artifices divers, bons et mauvais, que sa technique a créés et dont il bénéficie ou dont il est victime. Et cette technique ne cesse de se développer.

Le sujet traité dans la présente étude comporte trop d'inconnu pour que l'on puisse en tirer une conclusion formelle. Cependant, à confronter les observations ci-dessus, il paraît bien que l'alimentation dont le rôle est de nourrir nos organes, y compris le cerveau, exerce une influence sur la formation et le fonctionnement de l'esprit et que l'évolution historique des coutumes alimentaires n'est pas restée sans effet sur le développement des caractères, même psychiques, des individus et des races.

Si la nature humaine ne s'est pas modifiée sensiblement pendant la période des temps historiques, si les progrès de la civilisation n'ont pas été capables, jusqu'ici, d'affecter d'une manière appréciable et permanente les qualités foncières de notre corps et de notre esprit, rien ne prouve qu'il en sera toujours ainsi. On a de sérieuses raisons de penser, au contraire, que l'industrie nous a donné et nous donnera, de plus en plus, des conditions de vie telles que notre état physique et mental en subira des effets soit d'avancement, soit de régression.

Les philosophes et les hygiénistes feront bien d'étudier ensemble ce haut problème, pour essayer de discerner le bien et le mal parmi l'évolution actuelle de la technique et des mœurs et pour guider la civilisation suivant l'hygiène.

(1) Mc Collum et N. Simonds. — The newer Knowledge of Nutrition — New-York, 1925.
(2) Corry Mann — Médical Research Council. — Londres 1925.

« J'envisage de déterminer par avance le nombre moyen d'avocats, médecins, ingénieurs, à nommer chaque année. Ces titres seront mis au concours afin de couper court au développement d'un prolétariat intellectuel qui peut devenir une plaie sociale sur la base d'examens qui distribuent des diplômes sans correspondance de fonction. » (Propos de M. P.-E. FLANDIN recueillis par André FOUCAULT, *Candide*, 3 janv. 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

François Guizot et Madame Faure de Gasparin. Documents inédits (1830-1864), par André GAYOT, avec une introduction et des notes, cinq portraits et autographes. 1 vol. Prix : 45 francs. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères Paris.

Durant ces longues et tumultueuses années qui vont de 1830 à 1864, que remplissent tant d'événements, pendant lesquels Guizot, toujours cité à la barre de l'histoire fut le maître du chœur, après lesquels, dans une retraite laborieuse et digne, il garde, en poursuivant ses nombreux travaux, une vitalité extraordinaire, un esprit attentif à tous les problèmes, la correspondance que publie M. André Gayot permet de saisir sur le vif, d'éclairer d'une lumière directe une personnalité que l'on n'était pas accoutumé à voir sous un tel jour. Elle fourmille d'aperçus, de traits, de considérations qui touchent à la chronique comme à la grande histoire, à la haute politique et à l'anecdote, à la littérature du passé et à celle de son temps, qu'il n'aime pas, aux souvenirs de sa vie orageuse ou tranquille, comme à ses espérances dans le futur.

Une *correspondance* célèbre de plus, à ajouter à celles de Balzac et de Flaubert.

Stendhal, l'homme et l'œuvre, par Pierre JOURDA. 1 vol. in-8 écu de la collection « Temps et Visages » 296 pages, 1 illustration en hors-texte Prix : 20 francs. Desclée de Brouwer, éditeur, Paris.

La littérature stendhalienne est des plus abondantes. Sans parler d'études de détail, les beaux travaux de M. Arbelet, de M. Martino, de M. P. Hazard, de M. J. Marsan, la diligente érudition de M. Martineau, ont éclairé la vie et le sens de l'œuvre d'Henri Beyle. Un nouveau livre sur le *Milanese* était-il bien nécessaire ? On a pensé qu'il ne serait pas utile de faire à l'auteur de la *Chartreuse de Parme* une place dans la collection *Temps et Visages*, car il est peu de figures plus pittoresques, peu d'œuvres plus riches et plus significatives que celle de Stendhal.

M. Jourda s'est proposé d'écrire une biographie qui, utilisant les plus récentes recherches, soit une sorte de guide stendhalien, un manuel qui facilite aux *happy few* de plus érudites recherches, une initiation pour les lecteurs pressés, mais désireux de savoir de façon précise où en est à l'heure actuelle l'exégèse stendhalienne. Il a cherché à faire un livre sans pédantisme, sans apparat critique exagéré, qui retrace, période par période, les avatars d'Henri Beyle, analyse son œuvre, en délinisse les qualités et les défauts, indique l'attitude actuelle de la critique devant des livres que l'on porte au pinacle tandis que d'aucuns les dénigrent encore systématiquement.

Il n'est plus possible de refuser, quoi qu'on dise, à l'auteur de *le Rouge et le Noir* ou de *Lucien Leuwen*, la qualité de grand romancier. Il souhaitait être lu en 1880, ou, si cette échéance était encore trop prochaine pour qu'il fût compris, en 1935 : son succès au temps des débuts de P. Bourget et de Barrès a été un succès d'enthousiasme. Il était bon, après les travaux de ses historiens, de faire le point, et de donner aux curieux de 1935 les moyens de s'initier au beylisme.

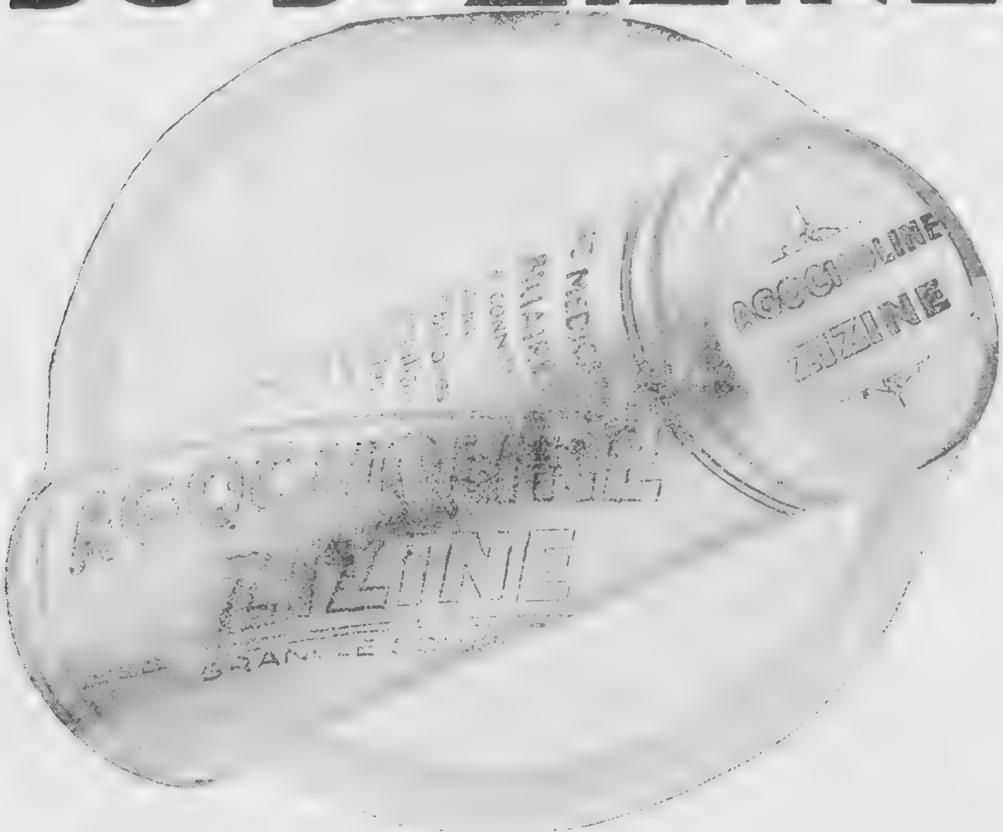
L'Hosanna des Quatres Saisons, poèmes, par Ernest PRÉVOST. Un volume in-18. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (6e), broché, 12 francs.

Ernest Prévost, auteur déjà des *Poèmes de Tendresse*, de *L'Ame inclinée* et du *Livre de l'Immortelle Amie*, a été nommé fort justement « le poète de la tendresse ». Le nouveau recueil qu'il nous donne, après dix ans de silence en librairie, renferme des poésies tendres, non moins délicates et ardentes, du même son d'âme et de la même forme harmonieuse que ses poésies antérieures, qui lui ont valu un auditoire nombreux et fidèle. Mais il apporte de plus des pièces d'inspiration différente, des pièces plus amples, d'une constante élévation de pensée et d'un vigoureux lyrisme : des « poèmes » comme on n'en lit plus guère aujourd'hui, et qui constituent, en dehors de leur valeur d'exaltation et d'harmonie, une réaction contre les tendances actuelles à proscrire le poème de quelque étendue, le poème lyrique, tel que l'ont pratiqué et fait aimer les Maîtres du siècle dernier. Ce qui distingue les poèmes d'Ernest Prévost c'est, comme on l'a souvent écrit, « qu'ils ont de l'essor, une limpidité de cristal, qu'ils partent du cœur et vont au cœur ». *Les Poèmes de Tendresse* atteignent le 10e mille, le *Livre de l'Immortelle Amie*, le 6e mille, chiffres considérables pout des livers de vers. *L'Hosanna des Quatre Saisons*, qui procède du même souffle, mais qui le renouvelle et l'élargit singulièrement, en des rythmes dont la pure tenue classique se libère cependant et se plie au mouvement de la pensée, aura, comme les livres qui le précédèrent, de fervents et nombreux lecteurs, des lectrices surtout car il porte la femme plus haut qu'elle n'a jamais été portée.

Un nouveau magazine. Le premier numéro de *Pallas*, revue paramédicale trimestrielle, vient de paraître. Ce magnifique magazine, est édité avec un grand luxe et le choix des textes est des plus heureux. Il fait honneur à son éditeur, le Docteur Crinon qui a déjà réussi à faire de son *Informateur médical* le seul journal indépendant de notre temps.

Pallas, 111, boulevard Magenta, Paris. Abonnement annuel : 40 francs; abonnement combiné avec l'*Informateur médical* : 60 francs.

AGOCHOLINE
DU D^R. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 5 LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 FEVRIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 29 janvier. — M. Etienne : Résultats éloignés des opérations antiglaucomateuses.

30 janvier. — M. Deparis. Essai sur les névralgies du trijumeau (données récentes de clinique et de thérapeutique). M. Gros. Tumeurs utérines d'origine ovulaire. Le myométriome. — M. Bembaron. Quelques érythèmes acridiniques.

31 janvier. — M. Gérard. L'actualité et les psychoses. M. Deloge. Quelques observations de paralysies consécutives à des hématomes chez les hémophiles. — M. Strul. Le guérisseur problème médical.

2 février. — M. Kovacs. Traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. Gauthier. Contribution à l'étude des néphrites apparues au cours du purpura.

28 janvier. (Thèse vétérinaire). — M. Raust. Le rouget et le charbon chez les animaux et chez l'homme. Contamination dans le commerce de la viande.

30 janvier (Thèse vétérinaire.) — M. Besnault. Essai d'anesthésie générale et de préanesthésie des carnivores domestiques par la butylerthyl malonylurée.

Société de chirurgie. — Prix décernés par la Société de chirurgie pour l'année 1934 :

Le prix Duval-Marjolin est décerné à M. Georges Ardouin (Cherbourg), pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude de l'ostéo-chrondromatose des synoviales et des bourses séreuses.

Le prix Chupin est décerné à M. Sarroste (armée), pour son travail intitulé : « Les séquelles infectieuses éloignées des fractures de guerre des membres (cellulites tardives de guerre).

Le prix Le Dentu est décerné à M. Poilleux, interne médaille d'or en chirurgie de 1934.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel Sergeant, de l'hôpital de Lille, désigné comme médecin chef et président de Commission de réforme.

Les médecins commandants : Bornecque, du 184e d'artillerie lourde à l'hospice mixte de Saint-Etienne; Bureau, de l'hôpital de Lille, au 184e d'artillerie lourde ; Brouard, du Service de santé de la 9e région, à l'hospice mixte de Tours.

Les médecins capitaines : Henry, du 3e étranger, aux troupes du Maroc ; Rétat, de l'Ecole militaire du génie, à l'hôpital Dominique-Laurent, Versailles ; Desbiez, du 3e génie, à l'Ecole militaire du génie ; Klipffel, du 159e d'infanterie, aux troupes du Maroc.

Les médecins lieutenants : Nègre, du 20e dragons, au 15e tirailleurs algériens ; Gonnet, du 19e C. A., aux troupes du Maroc ; Bertrand, de l'hospice mixte de Limoges, au 20e dragons ; Garitan, de l'hôpital de Briançon, au 159e d'infanterie.

Service de santé des troupes coloniales. — En Indochine. — Les médecins commandants : Pons, du dépôt des isolés des troupes coloniales ; Souchard, du 10e d'art. col.

En Chine. — Le médecin capitaine Remasson, du 12e d'art. col.

En Afrique occidentale française. — Le médecin commandant Montagne, du dépôt des isolés des troupes coloniales ; les médecins capitaines Clerc, du 12e d'art. col. ; Bonavital du 24e tir. sénégalais.

En Afrique équatoriale française. — Les médecins capitaines : Cremoux, du 11e d'art. col. ; Kernevez, du 21e d'inf. col. ; Saleun, du 2e d'inf. col. ; le pharmacien commandant Chevalier, du dépôt des isolés des troupes coloniales.

Au Cameroun. — Les médecins capitaines : Duron, du 3e d'inf. col. ; Candille, du 23e d'inf. col.

Au Maroc. — Le médecin capitaine Francheschini, du régiment d'inf. col. du Maroc.

En Tunisie. — Le médecin capitaine Munier du 3e d'art. col.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin lieutenant Lambert de Cremeur, rentré d'A. O. F.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine Mazeirat, du 3e d'art. col ; le médecin lieutenant Arquie, rentré du Cameroun ; le pharmacien capitaine Le Quérec, du ministère des Colonies ; le pharmacien lieutenant Auffret, rentré d'A. E. F.

Au 4e tirailleurs sénégalais. — Le médecin lieutenant Darnault, rentré d'A. O. F.

Au 8e tirailleurs sénégalais. — Le médecin lieutenant-colonel Rehm, rentré d'Indochine.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin lieutenant Goulard, rentré d'A. O. F.

Au 14e tirailleurs sénégalais. — Le médecin lieutenant-colonel Robert, rentré d'Indochine ; le médecin capitaine Natali, rentré d'A. O. F.

Au 24e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Saint-Pau, rentré d'A. O. F.

Au 32e bataillon de mitrailleurs indochinois. — Le médecin capitaine Des ribats, rentré d'A. O. F.

Au 1er d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Sanner, rentré de Chine ; le médecin lieutenant Pécarrère, rentré d'A. O. F.

Au 2e d'artillerie coloniale. — Le médecin lieutenant Gallais rentré d'A. O. F.

Au 3e d'artillerie coloniale. — Le médecin lieutenant Calvez, rentré d'Algérie.

Au 12e d'artillerie coloniale. — Le médecin lieutenant Sagnard rentré d'A. O. F.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (Marseille). — Le médecin lieutenant Mahoudo, rentré d'A. O. F.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le Docteur Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police, est nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans la catégorie des bactériologistes.

VIIIe Congrès national de la tuberculose. — Ce Congrès aura lieu du 15 au 18 avril prochain, à Marseille ; le bureau est ainsi composé : MM. Olmer, président ; Bezançon, Courmont, Leuret, Rist et Sergent, vice-présidents ; Berthier, Courcoux, Mattei et Poix, secrétaires généraux ; J. Oddé et Royer, secrétaires généraux adjoints ; G. Masson, trésorier.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. *Question biologique.* — « Le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. Arloing et Dufourt (Lyon), H. Durand et Vaudremer (Paris).

II. *Question clinique.* — « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : MM. Leuret et Caussimon (Bordeaux), Maurel et Roland (Paris).

III. *Question médico-sociale.* — « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec quatre rapports : 1e Algérie : M. Aubry (Alger) ; 2° Tunisie : MM. Masselot et Bloch (Tunis) ; 3° Maroc : MM. Lapin et Bonjean (Rabat) ; 4° Afrique occidentale française : M. Blanchard (Dakar).

IV. *Question médico-militaire.* — « La prophylaxie de la tuberculose dans la marine ». — 1° Marine de guerre : rapporteurs : MM. les médecins en chef Passy et Hederer (Toulon) ; 2° marine marchande : rapporteur : M. Marcel Clerc (Paris).

Pendant le Congrès et après sa clôture auront lieu des visites aux organismes antituberculeux de la ville de Marseille et du département des Bouches-du-Rhône, et des excursions seront organisées en Provence et aux stations climatiques du Sud-Est.

N. B. — L'assemblée générale du VIIe Congrès, à Bordeaux, avait décidé que le VIIIe Congrès se tiendrait au Maroc. En raison du nombre considérable des adhérents éventuels et du Congrès des avocats, qui aura lieu à la même époque, le Comité d'organisation, craignant de ne pouvoir assurer un logement convenable à tous les congressistes, a dû, à son très vif regret, renoncer à ce projet.

IIIe Congrès international de pathologie comparée. Il aura lieu les 15, 16, 17, 18 avril 1936, à Athènes.

Les adhésions devront être envoyées au secrétaire général elles devront indiquer très exactement les noms, qualités et adresses. Les congressistes recevront leur carte dès qu'ils auront payé leur cotisation.

Les membres du Congrès bénéficieront d'avantages divers, chemins de fer grecs, compagnies de navigation, hôtels, restaurants, etc.

Ils recevront le volume général des travaux du Congrès et les différents imprimés.

Ce Congrès dont le but est exclusivement scientifique, s'occupera non seulement de maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Il s'occupera également de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies de plantes et celles des animaux.

Les sujets qui feront l'objet de rapports spéciaux sont les suivants :

Section de médecine humaine : 1° Néphrose et amyloses ; 2° Echinococcoses ; 3° Leishmanioses ; 4° Shirothétoses ; 5° Avitaminose : influence sur les fonctions digestives.

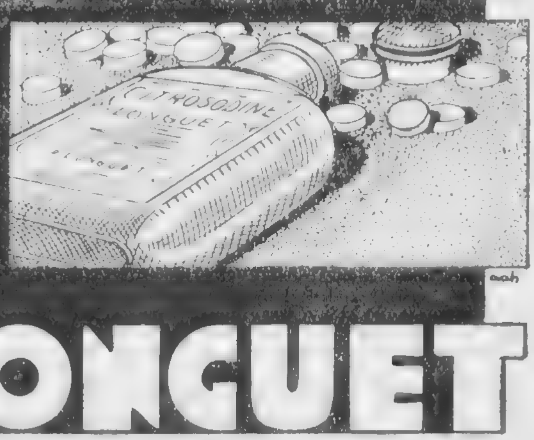
Section de médecine vétérinaire : 1° Les échinococcoses chez les animaux domestiques ; 2° Les spirochétoses animales ; 3° Les infections anaérobies chez les animaux domestiques ; 4° Les leishmanioses animales ; 5° Les varioles animales.

Section de pathologie végétale : L'immunité chez les végétaux.

Le Comité organisateur désireux d'autre part de permettre à MM. les congressistes de visiter les plus célèbres parmi les antiquités de la Grèce et ce dans des conditions d'un confort absolu, étudie l'organisation d'une croisière de douze jours qui permettrait à MM. les congressistes à partir du samedi 11 avril de s'embarquer à bord d'un grand paquebot transatlantique et suivre le programme ci-dessous.

Avant les dates sus-indiquées du Congrès, même à partir du samedi 11 avril (veille de Pâques) et durant les quatre jours de Pâques les congressistes de l'Europe occidentale et centrale qui désireraient participer à la Croisière du périple du Mont-Athos et assister ainsi au panorama des vingt-deux monastères célèbres, auraient la faculté de s'embarquer à Venise et rentrer ainsi en rade du Pirée le 14 avril au soir (veille du Congrès).

Ceux parmi MM. les congressistes qui gagneraient Athènes sans passer par Venise pourraient également bénéficier de cette partie de la croisière en se réunissant à Athènes le 13 avril, de façon à pouvoir s'embarquer sur le même paquebot qui fera escale au Pirée avant son départ pour le Mont Athos.


CITROSODINE
LONGUET

La séance de clôture du Congrès aura lieu le samedi 18 à l'ancien amphithéâtre d'Epidaure. A partir de ce moment une série d'excursions aux cites archéologiques de la Grèce (Tyrinthe, Mycènes, Sparte, Mistra, Olympio, Delphos, Délos, Cnossos, Phestos) sera organisée permettant à ceux parmi MM. les congres istes qui le désireraient de visiter en une semaine les plus célèbres antiquités de la Grèce.

L'itinéraire de la croisière projetée peut se résumer ainsi :

Du 11 au 14 avril départ de Venise. Escale au Pirée. Périple du Mont-Athos, retour au Pirée.

Mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 (Journées du Congrès à Athènes).

Samedi 18 : Rembarquement au Pirée, départ pour Nauplie. Séance de clôture à l'ancien amphithéâtre d'Epidaure.

Dimanche 19 et lundi 20 : Excursions en autos aux cites archéologiques (Tyrinthe, Mycènes, Corinthe, Sparte, Mistra).

Lundi soir 20, départ de Nauplie pour Catcolon. Visite d'Olympie.

Mardi soir 21 : départ pour Itéa, visite de Delphes.

Mercredi soir départ d'Itéa pour Venise.

Le prix de participation à cette croisière de douze jours tous frais compris, ainsi que le prix de croisières partielles, ainsi que des autres excursions, seront fixés dès que la décision en sera irrévocablement prise.

MM. les congressistes par avis ultérieur seront tenus au courant du programme définitif.

Pour tout renseignement s'adresser au secrétariat général, Docteur Ant. Codounis, professeur agrégé, 40, rue Didotou, Athènes.

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Le IXe voyage de Pâques, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera à Cannes, le dimanche 14 avril (fête des Rameaux). Après avoir été reçus par la municipalité, les voyageurs visiteront le Cannet, le golfe Juan, Vallauris, Juan-les-Pins, Antibes et Actinopolis, d'où ils contempleront le magnifique panorama de la Cote d'Azur et de la chaîne des Alpes. Ils parcourront ensuite Grasse et ses usines de parfums, les pittoresques Gorges du Loup, Vence et ses sanatoria, Cagnes la cité des peintres, et arriveront à Nice, où ils passeront la journée du 17 avril. Puis, ils suivront l'ancienne voie romaine (Grande Corniche), où ils verront l'observatoire de Nice, le monument d'Auguste à La Turbie, le château médiéval de Roquebrune et le cap Martin. Ils visiteront ensuite Menton, l'Annunciade et le château de Grimaldi avec les laboratoires du Docteur Voronoff.

Une journée sera consacrée à la Principauté de Monaco, le 20 avril, avec le Palais des Princes, le Musée océanographique et Monte-Carlo ; — à Beaulieu l'on donnera une attention particulière aux magnifiques jardins avec leurs spécimens de la flore tropicale. Le retour à Nice s'effectuera par le Cap-Ferrat, Villefranche et le Mont-Boron.

Une excursion facultative est prévue dans l'Estérel (Fréjus Saint-Raphaël, Boulouris, Agay), le dimanche de Pâques 21 avril. Des excursions dans les Alpes et en Corse pourront être organisées le lundi 22 et jours suivants.

Des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des adhérents, sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, en toutes classes. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles, Marseille, ainsi que dans les principales villes italiennes. L'inscription est ouverte et le droit d'inscription est de 100 francs. Les membres de la famille du médecin sont admis, ainsi que les étudiants en médecine.

Pour avoir des renseignements complémentaires, écrire à l'Office climatique de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice. La cotisation forfaitaire pour la participation au voyage est de 1.000 francs (excursions facultatives non comprises). Des conditions particulières sont accordées aux étudiants.

Nécrologie. — Docteur Paul BAUDCHON, de Bouries (Nord). — Docteur Paul-Louis BETTREMIEUX, médecin honoraire de l'hôpital et des hospices de Roubaix, décédé à l'âge de 76 ans. — Docteur Gaston DIMIER, de Paris. — Médecin général de la Marine Joseph GLÈS, décédé à Toulon, à l'âge de 90 ans. — Docteur Marcel LUBIN, de Marseille. — Docteur Louis SIVAN, stomatologiste à Tourves (Var). — Docteur DE SPÉVILLE, de Paris, 2, square Roule (VIIIe), ophtalmologiste de la Fondation Rothschild. — Docteur Nicolas HERREN, d'Eupen, médecin chef de l'hôpital d'Eupen, décédé à l'âge de 67 ans.



TRAVAUX ORIGINAUX

La thérapeutique constitutionnelle et ses applications à la gynécologie

Par le **Professeur ASCHNER** (de Vienne)

Mesdames, Messieurs,

Je tiens, avant tout, à remercier M. le Prof. agr. Vignes et le Professeur Lereboullet qui m'ont donné, d'une manière extraordinairement généreuse, la possibilité de prendre la parole parmi vous, faveur que j'apprécie vivement.

Peut-être me sera-t-il permis, pour légitimer, comme investigateur exact, si je puis dire, ma présence parmi vous, que j'eus la chance, voici plus de vingt ans, de réussir le premier l'ablation de l'hypophyse chez le chien, les animaux restants en vie un temps indéfini après l'opération.

Vous voyez sur les photographies les animaux opérés et les témoins animaux de la même portée. Les autres photos montrent la marche de l'opération dont la technique est assez délicate. Qu'il me soit permis d'ajouter en toute modestie qu'auparavant des plus grands chirurgiens du monde, tels que Bergmann à Berlin, Eiselsberg à Vienne, Marinescu à Bucarest, Horsley à Londres s'étaient attaqués à ce problème, sans succès. Tous les animaux périssaient. Cushing, en Amérique, obtint des résultats partiels, par une autre méthode, en passant par la tempe. Mais ces résultats étaient loin d'être aussi caractéristique et aussi complets que les miens (photos).

Au cours de ces expériences, j'ai réussi à démontrer qu'il se trouve, dans le troisième ventricule du cerveau, un centre jusque là inconnu commandant aux intestins et aux fonctions d'assimilation (Vague et Sympathique) et que, partant de là, on pouvait pratiquer aussi dans le troisième ventricule la piqûre de sucre d'une manière analogue à celle qu'a montré votre immortel Claude Bernard pour le quatrième ventricule.

Aujourd'hui, la question de l'hypophyse est plus que jamais actuelle.

En ce qui concerne la glande interstitielle, sur laquelle vos illustres compatriotes Bouin et Ancel ont publié des travaux de base, j'ai pu obtenir aussi des résultats intéressants pour l'anatomie comparée (démonstrations).

J'ai cru nécessaire d'énoncer ces faits pour établir, pourrait-on dire, par des pièces authentiques, que j'ai appris à une école strictement scientifique à travailler d'après une méthode exacte ; car ce que je vais exposer ici, devant vous, pourrait trop facilement paraître trop peu exact et par trop empirique.

Que faut-il entendre par constitution ! A quoi la reconnaît-on ? Quelle utilité pratique peut-on en tirer pour la thérapeutique ?

En Allemagne et en Autriche, on s'occupe de ces questions depuis une vingtaine d'années, mais, pour l'instant, plutôt du point de vue théorique.

Moi même et mes élèves, dont quelques-uns sont dispersés dans le monde entier (en Amérique, à Java, en Chine, en Suède, en Hollande, en Italie, surtout en Allemagne), nous avons pris le problème par son côté thérapeutique pratique. Les résultats de mes travaux sont consignés dans des livres, que je me permets de vous présenter ici. Mon vœu le plus cher serait, que l'un ou l'autre de ces livres fut traduit en français, afin qu'un échange d'idées put s'établir entre mes collègues français et moi.

Il y a deux conceptions sur la nature de la constitution. Les unes par exemple Tandler et J. Bauer, à Vienne, conçoivent la constitution comme une masse héréditaire, inaccessible à l'action thérapeutique. Les autres, tels que F. Kraus, Martius et moi-même, la conçoivent comme l'ensemble des modes de réaction et de la capacité de résistance aux excitations du milieu.

Selon nous, la constitution peut très bien se modifier sous l'influence des facteurs extérieurs, tels que climat, régime alimentaire, occupations ; mais, en outre le médecin peut lui-même y apporter certaines modifications en agissant sur le système endocrinien, et au moyen de certains médicaments. En suivant cette voie, on se trouve amené à constater avec un certain étonnement, qu'on est forcé à rejoindre, après une interruption d'un siècle, la tradition classique de la pathologie des humeurs, celle de l'époque précédant immédiatement Bichat et Virchow.

Par cette espèce de mouvement de renaissance, c'est-à-dire en alliant la pathologie classique des humeurs, reprise à la lumière de l'esprit critique moderne, avec les méthodes cliniques actuelles, on arrive à des résultats thérapeutiques tels qu'on n'en avait jamais obtenus jusqu'ici. Et, c'est tout à fait logique; car l'ancienne médecine, d'une part, n'avait pas nos méthodes et l'actuelle médecine clinique, par contre, a oublié en grande partie les étonnants moyens thérapeutiques et les précieuses indications des classiques du dix-septième et du dix-huitième siècles.

Et, maintenant, Mesdames, Messieurs, après cet exposé préparatoire général, théorique, permettez-moi de passer à la partie spéciale et pratique de cette conférence.

***

Nous avons vu qu'on peut classifier les individus d'après leurs dimensions corporelles en minces, moyens et gros.

Toute autre dénomination comme type schizoïde et pycnique (Kretschmer), type cérébral, musculaire, respiratoire, digestif, arthritique contient déjà des conclusions anticipées qui peuvent facilement amener des malentendus.

D'un point de vue tout à fait général, si l'individu, qui passe la porte du cabinet de consultation, est trop gros ou trop maigre, la thérapeutique constitutionnelle tâchera tout d'abord d'en faire, autant que possible un individu de proportions moyennes. On y arrive dans la plupart des cas, et, en même temps disparaissent, pour ainsi dire à vue d'œil, une foule d'autres états maladifs qui, par des traitements localisés et spécialisés paraissaient difficilement guérissables ou même inguérissables, tels que migraines, troubles cardiaques, rhumatismes articulatoires, psychoses, maladies de la peau, maladies de la femme, etc...

(Erreur de Kretschmer avec illustrations à l'appui).

Les jeunes gens sont minces, en règle générale, en vieillissant, on a tendance à grossir et à élargir.

Si un individu jeune ou d'âge moyen est atteint d'obésité, c'est toujours un symptôme pathologique et cela entraîne souvent une quantité de troubles locaux organiques en apparence. Mais les personnes âgées, elles aussi, se sentent beaucoup mieux, dans la grande majorité des cas, si on tâche de supprimer l'obésité. Les Compagnies d'assurances américaines ont calculé que les personnes minces et les moyennes vivent vingt ans de plus, en moyenne, que les personnes grasses.

(On peut dire qu'il y a obésité si le poids d'une personne est trop grand en proportion de sa taille, c'est-à-dire si ce poids accuse plus de kilos que la taille de centimètres au-dessus d'un mètre).

Un exemple vous montrera la valeur pratique de cette méthode. Dans une capitale orientale, un de nos collègues me présenta une jeune femme de 27 ans. Elle était mariée depuis

cinq ans et sans enfants. Les menstrues étaient rares et peu abondantes. Elle était en traitement auprès des meilleurs gynécologues de son pays, et elle était également venue deux fois en Europe consulter des spécialistes. Le tout sans succès. Au premier coup d'œil, il était évident que cette femme était beaucoup trop grosse et trop lourde, elle pesait quatre-vingt onze kilos. En dehors du traitement usuel par extraits d'ovaire et d'hypophyse, aucun des médecins traitants, pas plus ceux du pays que ceux d'Europe, n'avait prescrit la cure d'amaigrissement qui apparaissait si nécessaire. De nouveau, un exemple, qui montre que tout en poursuivant de subtiles recherches de détails sur la teneur du sang en hormones, on avait perdu de vue le simple et le primordial. Je convins avec le médecin traitant de prescrire une cure d'amaigrissement et j'ordonnai en outre pour augmenter la conceptivité de la teinture de cantharide. Quelques mois après, mon collègue me fit savoir, que la patiente était enceinte, comme elle l'avait si longtemps souhaité en vain.

Autre exemple. — Une femme à l'âge critique, souffrait depuis deux ans d'un urticaire chronique insupportable.

Elle avait été traitée par les spécialistes des maladies de la peau les plus réputés de Vienne, sans succès. Elle vint me consulter. Selon les tendances thérapeutiques actuelles, on avait fait des analyses du sang de la patiente et recherché toutes les matières allergiques, et on lui avait prescrit les régimes les plus divers. On lui avait fait aussi des injections de calcium, des applications de pommades; on l'avait traitée par différentes radiations, sans succès. Là aussi on cherchait les causes spécifiques détaillées et on restait aveugle au trait général trop grossièrement apparent. Dès que la patiente entra dans mon cabinet, je remarquai qu'elle aussi était beaucoup trop grosse. Elle pesait quatre-vingt sept kilos, tout en étant d'une taille au-dessous de la moyenne, elle avait une peau sèche, respirant mal, elle avait une hypertension artérielle de cent soixante-dix mm. de mercure, les genoux arthritiques fortement gonflés. Je lui prescrivis une cure d'amaigrissement, avec la dérivation sur l'intestin dont j'ai déjà parlé, je lui fis une saignée d'une quart de litre et je la fis aller deux fois par semaine au bain de vapeur pour activer les excrétions et la respiration cutanées. Au bout de quinze jours, l'urticaire avait disparu et elle ne revint plus. L'explication de ce fait, est que le corps était encombré de résidus des fonctions d'assimilation dont l'évacuation par la voie intestinale, par la peau et par le sang, avait amené la guérison.

***

Une deuxième classification se base sur le tonus, ou sur l'élasticité des tissus.

L'anatomiste viennois Tandler, qui adopte cette classification l'a spirituellement caractérisée ainsi : « l'homme normal est celui qui vit l'histoire du monde, l'hypertonique, l'homme de la force brutale est celui qui fait l'histoire du monde et l'intellectuel, hypotonique, neurasthénique est celui qui écrit l'histoire du monde ».

C'est fort joliment dit, mais cela encore ne contient qu'une partie de la vérité. Car chacun de vous a vu assez de femmes à l'âge climatérique avec de la ptose intestinale, l'estomac dilaté et en même temps une hypertension artérielle pouvant atteindre jusqu'à 200 mm. de mercure et plus.

Cette classification, de même que la précédente, fondée sur les proportions du corps, n'a donc pas une valeur universelle, et elles ne peuvent, l'une comme l'autre, donner que certains résultats partiels.

Il y a là encore un exemple classique montrant que l'apparante exactitude scientifique, quand elle ne tient compte que du résultat de l'examen local, sans accorder une attention suffisante aux éléments d'ordre général, conduit à des conclusions erronées, dont les conséquences peuvent être d'une incalculable gravité. C'est comme si, l'électricité s'étant éteinte, on se met à dévisser et revisser les ampoules, au hasard, pendant qu'il s'est peut être produit un court circuit dans le vestibule.

Ces faits paraissent très simples, et pourtant on est obligé de constater, que, dans presque toutes les Universités du monde, on traite les affections d'estomac sans succès satisfaisant, parce que partout on procède d'après le principe des alcalis et des acides, se basant plutôt sur le travail de laboratoire que sur l'expérience clinique empirique, et qu'on se tient au régime léger et adoucissant. En raison de l'énorme fréquence des affections d'estomac bénignes, les suites de ce traitement de caractère plutôt chimique sont d'une extrême gravité aussi bien pour l'individu que pour la collectivité.

On sait que la dyspepsie ou l'atonie stomacale ont souvent pour suite l'obstipation la colite, l'appendicite, les affections de la vésicule biliaire, les hémorrhoïdes et autres affections du rectum. Mais il peut se produire en outre de l'hyperémie du bassin pouvant provoquer chez l'homme de l'hypertrophie de la prostate, chez les femmes des pertes blanches et, en outre, des hémorragies menstruelles trop fréquentes et trop fortes.

Cette corrélation entre l'estomac et l'ensemble de l'organisme peut se traduire par des effets particulièrement graves dans le domaine où je me suis plus étroitement spécialisé, la gynécologie.

J'ai déjà mentionné que l'atonie stomacale et l'obstipation qui s'ensuit généralement peuvent provoquer de l'hyperémie du bassin, de l'hyperhémie des organes génitaux, la maturité prématurée des follicules et des hémorrhées pathologiques de l'utérus.

Dans mon livre « Clinique et traitement des troubles de la menstruation » paru à Stuggart, en 1931, j'ai décrit un grand nombre de ces cas. Je voudrais raconter ici un cas particulièrement caractéristique.

La femme d'un professeur de l'Université de Vienne de réputation internationale âgée de trente-six ans, souffrait depuis longtemps d'hémorragies menstruelles trop fréquentes et trop fortes. Elle avait été traitée par un des plus éminents gynécologues de Vienne, qui lui avait fait garder le lit, lui avait fait prendre des remèdes hémostatiques, avait pratiqué un curettage, le tout sans succès, de sorte qu'il ne voyait plus qu'une issue, l'hystérectomie.

C'est à ce moment que le mari, un rœntgénologue réputé, vint me voir, dans son inquiétude, et me demanda s'il ne serait pas moins dangereux et meilleur de pratiquer la castration rœntgénienne.

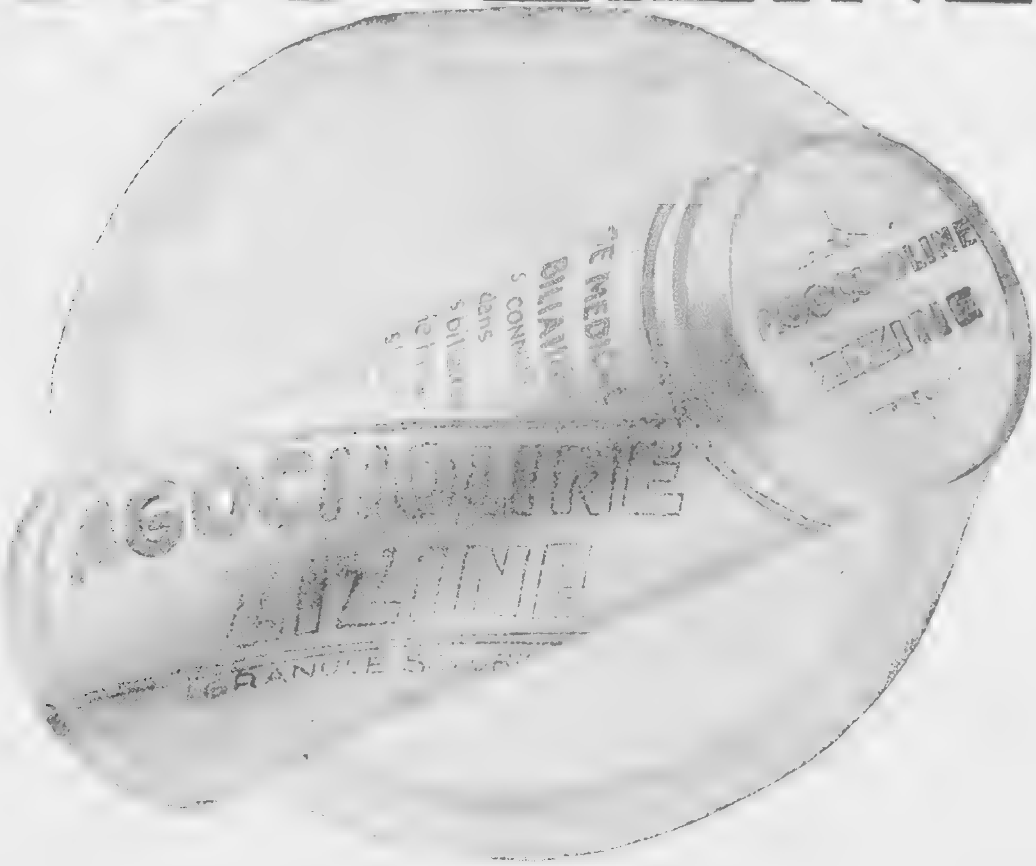
Je lui répondis « Ni opération, ni rayons X », car il ne s'agissait pas d'un myome, mais d'une métropathia hämorragica. Là-dessus, il me dit : « Mais que faire, alors ? Toutes les autres possibilités ont été épuisées ». Réponse caractéristique de l'état de la pathologie locale spécialisée.

L'examen de la malade révèle un estomac énorme et clapotant et une très forte obstipation avec une hyperhémie du bassin, cet état remontant à huit ans auparavant, après un accouchement. L'utérus était quelque peu volumineux, enflé par suite de métrite. Je prescrivais un régime tonifiant, de l'amara stomachica, l'hydrothérapie et pendant quelques jours, un purgatif déplétif rafraîchissant sous la forme de sel de Glauber. La digestion et aussi la menstruation devinrent complètement normales et la dame a jusqu'à aujourd'hui ses organes en parfait état.

Voici un cas analogue et encore plus troublant : Une jeune Américaine de vingt-six ans, directrice d'une grande maison de nouveautés, célibataire, vivait tantôt à Vienne, tantôt à Berlin ; elle commença à avoir des hémorragies menstruelles trop fréquentes et trop fortes, elle consulta un gynécologue, qui s'est fait une grande réputation comme spécialiste dans le traitement par les hormones.

Il rechercha la teneur en hormones du sang et de l'urine et trouva par l'épreuve animale, que la patiente avait trop peu de folliculine. En simple logique, on pouvait admettre que

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

les menstrues étant trop abondantes, on trouverait des hormones ovariens en excès. Mais on a inventé pour cela le terme commode de maturité hâtive des follicules dans les cas de prétendue faiblesse des ovaires. Se basant sur la réaction animale on administra trente injections de folliculine à la patiente, dont l'état empira. On fit de la radiothérapie de la rate et du foie par les rayons X ; l'état empira encore. On fit de la radiothérapie de l'hypophyse sans résultat.

Alors le gynécologue en question, qui ne pouvait se libérer de l'idée des hormones, voulait faire de la radiothérapie des ovaires. Mais la patiente eut peur, partit pour Vienne, et c'est alors qu'on m'appela.

D'après les déclarations de la malade et la simple exploration digitale, je constatai, que la malade menait une vie sédentaire, qu'elle avait un estomac clapotant, de l'obtispation, de l'hyperémie du bassin, qu'elle avait des flirts très poussés, sans rapports sexuels proprement dits. Je prescrivis le régime tonifiant ; au début un purgatif, doux, décongestionnant,en l'espèce une cuillerée de tartrate de potassium dans de l'eau sucrée, l'hydrothérapie, plus d'exercice, et la régularisation de ses rapports sexuels. Toutes ces prescriptions furent suivies immédiatement. Les menstrues redevinrent régulières en très peu de temps et depuis maintenant cinq ans, la patiente est en parfaite santé. Est-il un exemple plus clair que la médecine expérimentale tournée à l'excès dans la recherche des détails par trop subtils, peut s'égarer complètement en négligeant les plus simples exigences thérapeutiques.

Dans ces soixante minutes, bien courtes en rapport avec l'énorme terrain de travail que j'aurais à explorer avec vous, je ne peux pas vous communiquer toute la documentation scientifique que j'ai rassemblée sur ces questions. Je voudrais seulement mentionner encore un fait. Mon assistant et collaborateur depuis de longues années, le Docteur Albert Bauer, a entrepris des expériences très précises à l'écran rœntgénien sur l'influence du régime tonifiant chez les malades atteints d'estomac clapotant. Il a pu démontrer, en particulier, que le café noir, mais aussi les autres toniques stomacaux, par exemple le condurango renforce nettement les mouvements péristaltiques de l'estomac atonique et accélère, de façon appréciable, l'évacuation de l'estomac. Exactement, comme nous le constatons objectivement et subjectivement chez les malades dans la pratique.

***

Jusqu'ici, nous avons vu, qu'on peut classifier les constitutions d'après les dimensions et le tonus. Mais, j'ai pu démontrer que ces principes sont insuffisants et pour cela j'ai ajouté plusieurs autres caractéristiques. D'abord, ce que j'appelle la complexion ou teneur pigmentaire (coloration des cheveux, de la peau et des yeux). Le type foncé ne diffère pas seulement du type blond par l'aspect extérieur ; il a aussi des propriétés cliniques, physiologiques et pathologiques différentes.

Les auteurs français Vernois et Becquerel ont déjà prouvé au siècle dernier, que le lait des femmes brunes est plus riche en matières solides, celui des blondes contenant plus d'eau. Le lait des femmes brunes est également plus riche en sucre, en caséine, en sels et en substances extractives ; celui des femmes blondes, par contre, contient plus de graisse.

On sait que la transpiration est plus intense chez les personnes à cheveux foncés, que chez les blondes. Cela permet de conclure à des phénomènes cliniques différents dans ces deux types constitutionnels. On pourrait exprimer cela grossièrement en disant, que le sang et les liquides organiques sont plus concentrés chez les personnes à cheveux foncés que chez celles à cheveux clairs. Les premières sont plus sujettes aux formations de dépôts de résidus solides et de sédiments dans l'organisme, comme les lithiases biliaires et urinaires, dont nous avons déjà parlé, mais elles sont également prédisposées par là à certaines formes graves d'arthritisme aigu ou chronique, au diabète et aux psychoses. Les phénomènes vitaux semblent être plus intenses chez les personnes à cheveux foncés, les individus féminins de ces familles ont souvent en outre, les cheveux crépus et de l'hypertricosis.

On sait que la peau des personnes blondes est plus sensible aux rayons du soleil et de la lumière artificielle des lampes de quartz par exemple. Mais leur peau est également plus sensible à l'action des vésicatoires, à la cantharide, on peut même constater expérimentalement cette sensibilité et la mesurer exactement.

***

Comme je l'ai déjà mentionné plus haut, chaque âge a, pour ainsi dire son habitus propre et ses dispositions spécifiques à certaines maladies.

Si on tient compte de ces dispositions générales, on peut prévenir beaucoup de ces maladies caractéristiques des différentes époques de la vie, et aussi les guérir plus facilement, même là, où le meilleur traitement localisé et spécialisé n'a donné aucun résultat.

Dans l'enfance par exemple, il y a comme on sait une disposition aux affections de l'estomac et de l'intestin aux exanthèmes aigus et aux convulsions. La *dérivation sur la peau* par la transpiration, et sur l'intestin par les vomitifs et les purgatifs peuvent souvent, s'ils sont administrés à temps et sur judicieuse indication, empêcher le développement des plus graves maladies.

En Allemagne, l'école de la thérapeutique naturelle, à l'Université d'Iéna en particulier E. Klein, un élève du médecin particulier de Bismark, Schweninger, a obtenu des résultats étonnants par une hydrothérapie énergique et clystères, même dans les cas de méningite cérébro-spinale des enfants, de coqueluche et de parotidite. L'angine et la diphtérie peuvent également être coupées ou adonnées par des vomitifs administrés à bon escient. Naturellement, dans les cas de diphtérie, il faut aussi administrer le sérum mais le vomitif (même dans les épidémies graves) influence favorablement le développement de la maladie.

En Autriche et en Allemagne, il n'y a presque pas un médecin aujourd'hui qui prescrive un vomitif dans ces cas-là. La dérivation sur la peau par les vésicants donne de très bons résultats dans la coxalgie à son début, et en général, dans la tuberculose articulaire des enfants.

J'espère que ces quelques exemples suffiront.

A l'époque de la puberté et de la croissance, il existe une prédisposition aux maladies asthéniques, telles que atonie stomaccale, tuberculose pulmonaire, chlorose.

Par un traitement tonifiant, régime et genre de vie appropriés, toniques comme les préparations à base de quinquina, fer, arsenic, amers (amára stomachica) ; on peut combattre efficacement ces prédispositions.

L'âge moyen s'étend environ de la vingt-quatrième à la quarante-cinquième année. Après la fin de la croissance, le corps commence à élargir peu à peu et par là les prédispositions aux maladies changent aussi.

A l'âge climatérique, dans l'âge avancé, nous trouvons une quantité d'inflammations chroniques, de troubles des fonctions d'assimilation, d'affections, des ganglions sanguins et de néoplasmes.

En raison de ces prédispositions générales, on est amené particulièrement souvent à ces époques de la vie, à employer des remèdes antiphlogistiques agissant sur les fonctions d'assimilation (antidyscratiques) et résolvants. J'y reviendrai en parlant de la caractéristique constitutionnelle suivante, **le sexe**.

De là encore, on peut tirer des conclusions précieuses du point de vue thérapeutique, par un emploi judicieux de la méthode déductive.

L'asthénie, par exemple, amène non seulement des maux d'estomac, mais un grand nombre de métrorragies par suite d'hyperhémie du bassin. Ce sont des cas, que nous recontrons déjà dans les hémorragies de la puberté, mais aussi dans la métropathie hémorragique des adultes et des femmes à l'âge climatérique. Dans mon livre déjà mentionné sur les troubles de la menstruation, j'ai pu citer de nombreux cas, ou tout l'appareil clinique des médicaments, du repos au lit, des curettages etc., avait été mis en œuvre et où, ces méthodes n'ayant donné aucun résultat, on envisageait déjà l'hystérectomie ou la castration rœntgénienne.

La régularisation de la digestion stomacale, procédé si simple, mais que la clinique ignore encore, suffisait à ramener une menstruation parfaitement normale.

Sauf, le cas de carcinome, on doit considérer comme règle absolue de maintenir autant que possible la menstruation jusque dans un âge climatérique avancé.

Les femmes chez qui les fonctions menstruelles ont été ainsi conservées restent beaucoup plus longtemps fraîches, d'apparence jeune et en bonne santé, que celles, chez qui ces fonctions ont été supprimées. On ne doit donc jamais pratiquer l'hystérectomie ou la castration rœntgénienne pour des cas de métropathie hémorhagique encore moins de métrorhagie de la puberté.

Dans les cas, où il y a danger de mort, et ou on n'a pas le temps d'appliquer un traitement général, ou un traitement conservateur ou la thérapeutique constitutionnelle, il n'est jamais besoin non plus de pratiquer l'hystérectomie à cause d'une métropathie hémorrhagique. Même la plus forte métrorrhagie s'arrête immédiatement après l'application des bâtonnets de chlorure de zinc de DUMONTPALLIER.

Dans des pays de langue allemande, cette remarquable méthode a été très longtemps ignorée.

Je l'ai vu employer dans des cas isolés par mon maître, le Professeur VEIT, à Halle, en Allemagne, et je l'ai moi-même employée ensuite systématiquement.

Dans les cas d'hémorhagies juvéniles, la muqueuse de l'utérus se régénère au bout de quelques mois, entre temps, on a eu le loisir d'agir sur l'organisme et de faire en sorte que les fonctions endocrines redeviennent plus normales.

Après l'application de ces bâtonnets, il se forme, une mince escarre semblable à du cuir, qui est évacuée au bout de dix à douze jours, à la manière d'une petite pêche de cuir, comme excrétion de la caverne utérine.

Pour les myomes, je pratique dans la grande majorité des cas, l'opération conservatrice et évite toutes les fois que cela est possible, l'opération radicale aussi bien que la castration rœntgénienne.

Les photos, que je vais vous montrer démontrent les différentes possibilités techniques. J'ai pratiqué l'opération conservatrice sur un grand nombre de femmes même âgées de quarante à quarante-huit ans, elles ont conervé leur menstruation régulière un certain nombre d'années et se sentaient beaucoup mieux que des femmes du même âge chez qui la menstruation était supprimée.

Il y a deux choses à faire dans l'aménorrhée. Premièrement, évacuer les déchets organiques que l'hémorrhagie menstruelle insuffisante n'a pas entraînés et qui se sont accumulés dans l'organisme. Jusqu'à présent, nous ne pouvons pas la prouver par des procédés chimiques, mais nous pouvons du moins l'établir cliniquement et surtout par les résultats thérapeutiques.

Pour débarrasser l'organisme de ces déchets nocifs , on peut employer les différentes méthodes dévacuation, en particulier la saignée, les sangsues, la dérivation soigneusement graduée sur l'intestin par les antidyscratica et les resolventia et enfin la dérivation sur la peau par la transpiration, les vésicants, les pustulants, etc...

Deuxièmement, renforcer les hémorragies menstruelles par les emménagogues. Malgré toutes les assertions contraires, les plus modernes et les plus forts extraits d'ovaires et d'hypophyse restent inefficaces dans les cas d'aménorrhée et aussi beaucoup trop souvent dans les cas de mentrues trop rares et trop faibles.

Les emménagogues externes, tels que les sangsues, les vésicants et les ventouses sur la face intérieure des cuisses, aux aines et dans la région lombaire, en un mot dans la zone de Haed, des organes génitaux.

La succion au col utérin au moyen du colposcope est aussi très efficace. C'est un speculum à tube en verre transparent relié à une pompe aspirante.

***

Les troubles de la menstruation, par conséquent les métrorrhagies et les différentes forme d'aménorrhée dont nous avons parlé dérivent des particularités constitutionnelles du sexe féminin et ressortissent à la thérapeutique constitutionnelle. Les troubles organiques de la ménopause sont également un des domaines les plus intéressants de cette méthode, qui est une forme plus approfondie et scientifiquement systématisée du traitement individualisé de l'organisme dans son ensemble.

Si on traite tous ces troubles, comme c'est l'habitude assez générale, seulement par les extraits d'ovaires et par les remèdes agissant sur le système vasomoteur et sur le système nerveux on n'obtient pas de résultats satisfaisants. Ces résultats sont incomparablement meilleurs si, là encore, on emploie, en même temps que la méthode inductive, la méthode de recherche déductive, qui tend davantage à généraliser et à classifier.

Justement les affections difficiles à guérir : rhumatismes, arthrites, névralgies, affections du cœur et des vaisseaux, les maladies de peau si caractéristiques pour cette époque de la vie comme le prurit et l'urticaire ou l'herpès zoster, les inflammations de la vésicule biliaire, et aussi les affections des yeux et des oreilles, les neuroses et les psychoses, sont incomparablement plus faciles à améliorer et à guérir que par les méthodes de pathologie locale purement spécifiques.

L'ensemble des phénomènes, qui font leur apparition dans l'âge climatérique peuvent se classer en plusieurs catégories dans la première, on placera la prédisposition à l'hyperhémie locale ou générale, pouvant aller jusqu'à la pléthore proprement dite, et à l'hypertension artérielle avec déchirement des vaisseaux, dans la deuxième, la prédisposition aux inflammations infectieuses ou aseptiques, aiguës ou chroniques des différents organes, telles que iritis, neuritis, phlébite, cholécystite dans la troisième la prédisposition aux troubles des fonctions d'assimilation, aux néoplasmes, aux affections des glandes endocrines, toutes les affections que la médecine de la pathologie des humeurs appelait du nom générique de dyscrasie.

Ces trois derniers états peuvent souvent empiéter les uns sur les autres (et se mêler) par exemple dans les cas de Basedow.

La valeur thérapeutique de cette classification réside, en ce que, par l'application des méthodes constitutionnelles de traitement par les remèdes depléthoriques, antiphlogistiques et antidyscratiques, ces affections apparaissent plus faciles à guérir que par les autres méthodes.

Il en résulte l'indication judicieuse et bien plus fréquente de la saignée, des sangsues, des vésicants et pustulants et aussi des médicaments résolvants.

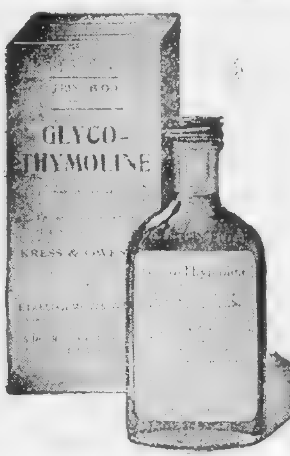
Je voudrais en donner comme exemple, l'arthrite de l'âge climatérique, qu'a été jusqu'ici un des grands soucis de toutes les cliniques, des hôpitaux, des caisses de maladie et des consultations privées.

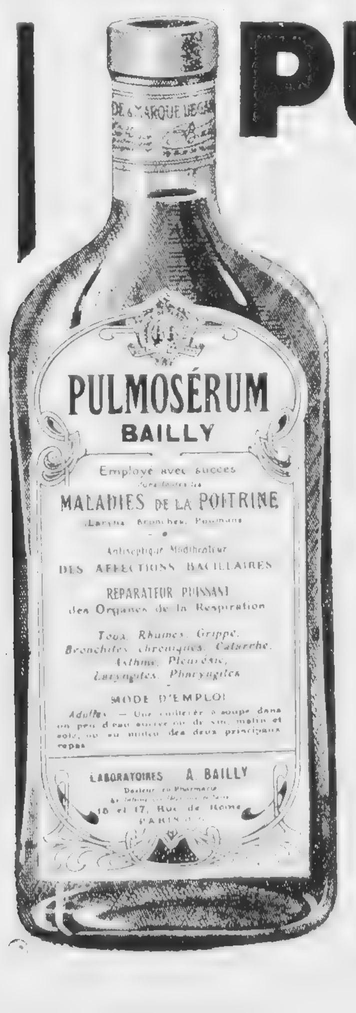
On rencontre le plus souvent, à l'âge climatérique les enflures, les douleurs et la difficulté à se mouvoir de l'articulation du genou. Mais on rencontre aussi ces affections suffisamment souvent dans l'épaule, l'articulation de la hanche, aux mains et aux pieds. Habituellement, les patients sont traités avec la colchicine, l'atophane, les préparations salicyliques comme traitement externe on emploie, les bains de boue, la diathermie, les bains thermaux. Les résultats, comme vous savez, sont peu satisfaisants.

Au contraire, on obtient dans la plupart des cas une amélioration et la guérison étonnamment rapide surtout si l'affection s'étend seulement à un petit nombre d'articulations, en administrant des résolvants et antiarthritiques, tels que le calomel, le tartre émétique à petites doses, et certains remèdes végétaux, comme la salsepareille, l'arnica, mais surtout par l'emploi des vésicants, des pustulantes et des cautères.

Un exemple : Il y a quelques années, j'avais fait, à La Haye, devant une société de médecins, une conférence comme celle d'aujourd'hui, et avais parlé du traitement de l'arthrite chronique. Le jour suivant un collègue m'amena une jeune femme, qui, depuis un accouchement, deux ans avant, souffrait d'une arthrite chronique de l'articulation de la hanche. Cette jeune femme qui avait été une bonne sportive, capable d'accomplir à la nage de bonnes performances et faisant beaucoup d'équitation, pouvait à peine marcher vingt minutes, tant elle éprouvait de douleurs et tant elle se fatiguait vite.


VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol


GLYCO-
THYMOLINE


PULMOSÉRUM
BAILLY
MALADIES DE LA POITRINE
DES AFFECTIONS BACILLAIRES
MODE D'EMPLOI
LABORATOIRES A. BAILLY

Le jour même, je lui appliquai un emplâtre à la cantharide (un vésicatoire d'Albespeyres) produit parisien, d'une dimension de cinq centimètres sur cinq, dans la région du grand trochanter. C'est un fait assez remarquable, que j'emploie presqu'exclusivement, depuis une quinzaine d'années, ce produit français, parce que les emplâtres à la cantharide de fabrication allemande ou autrichienne sont loin d'être aussi efficaces que les Français. Cela vient vraisemblablement de ce que, dans les autres pays, l'emplâtre à la cantharide est considéré comme superflu et désuet, comme nocif même, à cause du danger de néphrite, et a été complètement abandonné, tandis qu'en France, il semble être employé assez fréquemment, quoi qu'il ne le soit pourtant pas dans tous les nombreux cas, où il serait indiqué.

Je posai donc cet emplâtre à la patiente et le lui enlevai au bout de vingt-quatre heures.

Il s'était formé une grosse ampoule. L'épiderme fut enlevé et la plaie fut tamponnée à l'acide nitrique, de sorte qu'il se forme une escarre. Au lieu de cela, on peut appliquer sur la plaie un nouveau cautère, ou encore un petit cristal de vitriol bleu.

Immédiatement après la cautérisation à l'acide nitreux, les douleurs disparurent, la malade put faire une profonde genuflexion et deux mois plus tard, elle vint me voir, à Vienne, complètement guérie.

On obtient des résultats analogues avec le procédé de BAUNSCHEIDT, par la pustulation; c'est une forme perfectionnée de l'acupuncture chinoise, qui est pratiqué d'une manière analogue par les peuplades sauvages de l'Afrique, ainsi que me l'a appris tout récemment un médecin du Soudan. On emploie une sorte de flammette munie d'environ trente aiguilles fines, avec laquelle on pratique des mouchetures sur toute la partie douloureuse, sans qu'il y ait saignement. Ainsi, comme dans la vaccination, on cherche seulement à ouvrir les voies lymphatiques superficielles. Après cela, on frictionne avec un mélange d'huile de crotone et d'huile de cantharide, puis on enveloppe avec une étoffe de laine poilue ou avec de l'ouate collée pendant vingt-quatre heures, au bout desquelles les pustules apparaissent. On réussit ainsi à guérir en quelques jours, les cas les plus douloureux de sciatique, de névrite du bras, de lumbago, de névralgie occipitale et aussi d'inflammations des capsules des tendons de même que les affections chroniques des différentes articulations. Il y a encore toute une série de ces moyens thérapeutiques empruntés à la pathologie des humeurs et qui, dans beaucoup de cas amènent la guérison, comme l'application de sangsues aux veines du rectum contre l'asthme bronchial ou l'angine de poitrine. On soulage ainsi directement la circulation de veines de la porte, d'où peuvent revenir selon une vieille expérience, maintes affections du cœur et des poumons et aussi les vertiges et l'apoplexie.

De même l'emploi de la décoction d'arnica comme remède préventif de l'apoplexie et comme remède actif contre les paralysies des nerfs mériterait d'être remis à l'étude.

* * *

Je voudrais terminer ma conférence avec la vieille sentence médicale : « La chose la plus importante dans la médecine c'est le succès thérapeutique. »

« Certes, le laboratoire nous rend chaque jour les plus grands services, mais oserai-je dire que pour les besoins communs de la clinique on en abuse quelque peu ! Il y a, aujourd'hui, trop d'analyses, trop de prises de sang, trop d'injections intraveineuses, trop de vaccins et de sérums pré et post-opératoires, trop de ponctions lombaires, trop, beaucoup trop de transfusions de sang ! Il faut que l'organisme humain soit vraiment admirable pour résister à tous ces assauts. La vieille clinique avait du bon ! La simple analyse d'urine, dont nous nous contentions autrefois, avais moins de précision que la recherche de l'azotémie pré et post-opératoire. Mais nous obtenions tout de même, il y a vingt-cinq ans, des séries de succès aussi beaux que ceux d'aujourd'hui ! » (Professeur J.-L. FAURE. — Chirurgie d'hier et chirurgie de demain. Discours prononcé à la cérémonie d'adieu à l'hôpital Broca, le 18 novembre 1934.)

CHRONIQUE

Coquillages et fièvres typhoïdes

Dans l'histoire de la protection de la Santé publique, on a, malheureusement, souvent affaire aux problèmes que l'on pourrait, à juste raison, appeler récalcitrants. Malgré tous les efforts, en dépit du bon sens, qui réclame, avec une argumentation simple et inattaquable, l'application des mesures radicales, la morbidité et la mortalité profitent d'une organisation insuffisante, ou bien franchement mauvaise. A ce point de vue, l'on peut citer, comme exemple frappant et particulièrement tragique, la surveillance des coquillages.

C'est déjà, en 1896, que l'Académie de médecine a adopté le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, convaincue que la consommation d'huîtres, ayant séjourné dans un parc dont l'eau est polluée, peut déterminer des accidents gastro-intestinaux, émet le vœu que l'autorité compétente fasse surveiller l'aménagement des parcs du littoral, ainsi que les importations étrangères, et exige que les huîtres provenant des localités reconnues contaminées soient placées pendant huit jours sur un point de la côte baignée par des eaux pures. »

Par la suite, les vœux, les protestations, on devrait même dire les cris de détresse, ne manquèrent point, mais, dans cet ensemble de documents, on n'aura sans doute pas un ouvrage aussi important et aussi poignant que celui que vient de publier M. le Docteur Belin (1), directeur de l'Institut bactériologique de Tours,

L'ouvrage, hautement instructif, a été composé en souvenir de souffrances atroces, d'interminables nuits sans sommeil, de cette fièvre et de cette agitation si pénibles, que l'auteur a vécues pendant l'agonie de sa femme.

Comme le raconte M. Belin, un soir de novembre, son épouse, jeune encore, vive, alerte, pleine de santé, entre dans un bar réputé ; elle est pressée ; elle se laisse tenter par des huîtres qui sont belles, vertes, bien rafraîchies dans la glace et particulièrement appétissantes. Or, les apparences ont été trompeuses et tout en étant médecin, la malheureuse femme n'a pas pu arrêter le développement fatal d'une typhoïde grave. Après une lutte dramatique, dont on peut lire toutes les péripéties, on a pu enregistrer une victime de plus des coquillages. La fièvre typhoïde dite, « ostréaire » a, ainsi, remporté une nouvelle victoire.

* * *

M. Belin n'a pas écrit son livre pour exposer un seul et unique cas, si démonstratif soit-il, mais il a rassemblé une abondante documentation et procédé à une étude bibliographique de la question. Des enquêtes dans les différentes régions ont fourni la possibilité de contrôler certaines affirmations, et des visites chez les détaillants ont procuré des indications utiles. Enfin, un grand nombre d'examens bactériologiques a apporté les confirmations nécessaires.

La surprise de l'enquêteur n'a pas cessé de croître au fur et à mesure qu'il avançait dans ses observations, dans la recherche des causes essentielles d'une situation dont la gravité apparaissait de plus en plus inquiétante. Cette surprise devint de la stupéfaction, quand il fût possible d'acquérir la certitude que la sante publique se trouvait sacri-

(1) M. BELIN. — Coquillages et fièvres typhoïdes. Un point d'histoire contemporaine. Un volume de 230 pages. Édition des Presses Universitaires de France, Paris 1934.

fiée entièrement, dans divers cas, à des préoccupations politiques. M. Belin, grâce à un exposé objectif, n'a aucune peine à faire partager ses impressions qui, on ne peut guère le cacher, sont extrêmement pénibles. Des faits, à première vue fastidieux, deviennent vivants, car on a l'impression d'assister à un drame, tant de fois répété, avec une issue angoissante, qui ne peut guère nous laisser indifférents.

Il résulte, des observations recueillies, que, contrairement à ce que l'on affirme souvent, les coquillages ne sont nullement des véhicules passifs, et, en ce qui concerne notamment les bacilles typhiques et paratyphiques, ce sont de remarquables accumulateurs d'impuretés. Chez les coquillages, élevés ou plongés dans des eaux contenant une quantité déterminée de microbes, on constate bientôt que l'eau intervalvaire en contient le double, et le corps du mollusque dix fois plus et souvent davantage encore. En outre, on a pu arriver à contaminer des huîtres avec le bacille d'Ebert (typhique), ce qui permet d'aboutir à une véritable septicémie dont les symptômes apparaissent nettement. Enfin, les coquillages qui ont souffert se défendent mal contre les bactéries qui les souillent ; s'ils sont morts ils constituent pour ces microbes un excellent milieu de culture.

On comprend, étant données les contaminations occasionnées par des coquillages aussi infectés, que les fièvres typhoïdes provoquées de la sorte soient toujours très graves, la mortalité pouvant être jusqu'à cinq fois plus élevée que celle due aux autres causes d'infection.

* * *

Vu le danger, on sera d'accord pour réclamer l'application d'une série de mesures rigoureuses. Dans l'état actuel des choses, le public doit exiger la présence de l'étiquette de salubrité sur les paniers dans lesquels se trouvent les huîtres achetées. Qu'il choisisse de préférence celles d'élevages dont le nom et l'adresse figurent sur le colis. Aucune huître ne doit être acceptée si elle ne présente cette double garantie.

Dans les restaurants, on ne doit pas oublier que les huîtres de claires ne sont pas des huîtres d'une marque spéciale, mais qu'elles proviennent simplement de bassins appelés « claires », rencontrés dans divers centres de production. Dans ces bassins, l'eau est plus ou moins stagnante pour permettre le verdissement dans certains cas, la vase est abondante, les contaminations des coquillages sont faciles. Dans les conditions actuelles, les huîtres de claires n'offrent pas plus de garanties que les autres, au contraire.

Au bord de la mer, on évitera soigneusement d'absorber des huîtres dont on ignore l'origine et qui peuvent provenir directement de parcs suspects, ou clandestinement, de lieux de pêche contaminés ou de contrebande.

Si l'on mange des huîtres dont on ne connaît pas l'origine, rejeter toute huître qui a une odeur douteuse, celles dont les valves restent entr'ouvertes, celles qui n'ont plus d'eau intervalaire, celles qui sont maigres ou insuffisamment développées ; rejeter les huîtres qui contiennent de la vase, donc qui ont été mal dégorgées ou dont l'eau n'est pas limpide, la vase, pouvant être un excellent milieu de culture.

Conformément aux indications de Charles Richet fils et de A. Gigon, ajouter 10 minutes au moins avant de servir, du citron dont le pouvoir bactéricide est beaucoup plus actif que celui du vinaigre ; cette précaution permettra peut-être de stériliser l'eau intervalvaire.

Enfin l'on évitera de manger uniquement des huîtres, car il semble que cela puisse constituer, comme dans le cas tragique de M. Belin, un repas infectant pur et simple. Si les huîtres sont diluées dans la masse alimentaire provenant d'un repas normal, l'infection sera peut-être moins massive et elle n'aura peut-être pas une issue fatale.

* * *

Les quelques instructions, indispensables pour faire œuvre de prophylaxie individuelle, ne doivent pas nous faire oublier les mesures d'ordre collectif. M. Belin en parle avec une compétence et un souci de documentation auquel on rendra l'hommage mérité. Citons encore M. Neveu (1), qui dans un excellent article, note à juste raison, que les vœux et les règlements ne suffisent pas à l'hygiène ; il faut aussi et surtout, comme l'a souvent dit le Professeur Tanon, agir par persuasion, et nous ne pouvons mieux faire que de donner, à titre de conclusion, les lignes suivantes, de M. Neveu :

« Il faut donc faire comprendre aux commerçants qu'il y va de leur intérêt de livrer des coquillages sains, et que le trempage et l'arrosage avec des eaux souillées sont dangereux. Il faut leur montrer que ce sont eux qui sont la cause du discrédit qui a été jeté sur les huîtres, discrédit que l'on a tant reproché, à tort, au Professeur Chantemesse.

« Il faut enfin que les consommateurs comprennent, eux aussi, leur intérêt, en dénonçant les manœuvres frauduleuses et en mettant à l'index les commerçants qui n'appliquent pas les règlements, comme cela s'est fait à Montpellier, par exemple.

« La bonne volonté de tous est indispensable pour que la consommation des coquillages, dans un pays essentiellement maritime comme le nôtre, garde la place importante qu'elle mérite, sans danger pour la santé publique. »

G. Lenoir.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La question de la vitesse de sédimentation globulaire a donné lieu à une littérature abondante. Pour s'en faire une idée, il suffira de mentionner qu'en 1928, soit onze ans après le travail princeps de Fahreus, l'on comptait déjà 600 travaux sur ce « test » clinique. C'est dire la valeur que l'on croyait devoir attribuer au phénomène simple observé dès le XVIIIe siècle et consigné ensuite par l'Anglais Hewson, le premier auteur qui ait parlé scientifiquement de la sédimentation des globules rouges. De 1928 jusqu'à ce jour, la littérature médicale concernant ce test est devenue tellement riche qu'il est pour ainsi dire impossible de tout lire et de savoir en quoi consiste la diversité des avis de l'un et l'autre des chercheurs. Car, en effet, cette diversité est tellement grande que le praticien a le droit de se demander si l'on peut encore attribuer une valeur quelconque à cette méthode auxiliaire du diagnostic.

Quelle est la valeur de cette méthode dans la pratique courante ?

Tous les auteurs concluent, à la suite de leurs recherches que la vitesse de sédimentation est une réaction qui n'a nulle valeur « spécifique » et qu'elle ne peut pas être utilisée seule pour l'établissement et la conduite d'un diagnostic et d'un pronostic. La valeur de cette réaction peut augmenter si elle est répétée fréquemment et reportée sur des courbes détaillées et étendues. Mais en ce qui regarde ses applications dans les diverses branches médicales, ses résultats sont trop discordants et, partant, encombrants plutôt qu'utilisables.

La lecture d'un très grand nombre de travaux sur cette question laisse cette impression pénible du manque de quelque chose de solidement établi.

Faisant une étude critique de cette question, MM. Schacter et Klein, concluent en disant :

Non spécifique, la vitesse de sédimentation est incertaine et hésitante dans tous ou presque tous les domaines où elle a voulu donner son avis. Elle justifie très insuffisamment, à notre avis,

(1) R. Neveu. — Surveillance sanitaire des huîtres. Son extension à tous les coquillages et aux échinides. *Paris Médical*, 23 janvier 1933, n° 4, pages 1 à 3.

BIBLIOGRAPHIE

Les Jésuites, par Gaëtan BERNOVILLE. Collection des grands ordres monastiques et Instituts religieux. Edition Bernard Grasset, 61, rue des Saints-Pères. Paris (VIe). Un voume in-8 couronne, 15 francs.

A lire la prière d'insérer qui accompagne le livre de M. G. Bernoville, vous verrez que l'auteur prétend se tenir à égale distance de l'apologie et de l'attaque. Je ne suis pas très sûr qu'il en soit ainsi et je crois qu'il adresse, au contraire, de très grandes louanges pour avoir été un apologiste éclairé. Et cet éloge, même les adversaires de la Compagnie de Jésus, peuvent lui rendre. Mais ceci n'est pas l'affaire, dans ce journal qui est écrit par des médecins pour des médecins et qui, ne l'oublions pas, a été le journal de BOURNEVILLE. Le point essentiel de ce livre à mes yeux n'est pas la valeur historique et politique, c'est sa valeur psychothérapique. Je voudrais que tous les médecins de France le lisent pour y comprendre la méthode de Loyola, la méthode des exercices spirituels, la méthode d'une certaine vie intérieure. Nous n'avons pas le droit d'ignorer cette méthode, en dehors de toute attitude confessionnelle, et ceci pour toute une série de raisons qui tiennent à notre rôle même. Et, pour continuer cet exercice de psychologie pragmatique, nous relirons le *Chemin de Velours.*

Henri VIGNES.

Enquête. — M. G. Espé de Metz à reçu de M. J. Fonteneau la lettre suivante :

En réponse à l'appréciation que vous formulez à l'égard de ma thèse philosophique sous le titre : « Enquête », dans le n° 53 du « *Le Progrès Médical*, » appréciation que vous voulez bien me communiquer ce jour, je vous dirai ; ceci :

Le but d'une religion n'est-il pas de relier et de rallier ?

Relier les divers phénomènes de la vie afin d'offrir aux humains une synthèse philosophique universelle, susceptible de les rallier sur le chemin de la destinée humaine.

Et je vous demande ; sans faire de l'histoire ni de l'exègèse : Quelle religion a jamais réalisé ce but ?...

Que les différentes philosophies qui se sont succédées au cours de l'histoire humaine — si jeune encore, relativement — aient été poussé à expliquer trop hâtivement le grand Pourquoi et le grand Comment de choses, alors qu'une explication raisonnable ne pouvait être que le fruit d'une longue observation d'expérience.

Vous voulez bien m'accorder assez de bon sens pour ne pas songer à leur reprocher, et je vous en suis obligé.

Mais que les formes de croyances qui ont bercé l'enfance de l'humanité pré-scientifique ne soient plus capables, en tout où partie de vitaliser les esprits, de les vitaliser sainement, dans l'impossibilité où elles se trouvent de répondre à leur besoin d'explications rationnelles, en regard des progrès scientifiques, celà ne fait pas l'ombre d'un doute.

Est-ce heureux, est-ce malheureux ?, je vous laisse le soin de l'apprécier à votre guise.

Mais, il me semble que l'erreur est flagrante lorsque vous mettez la science ; c'est-à-dire : l'ensemble de nos connaissances acquises,au-dessus des hommes et de l'esprit humain, alors que ces acquis sont le propre résultat de leurs efforts ;l'erreur est flagrante lorsque vous prétendez que mes efforts de synthèse et d'explications rationnelles tendant bien plutôt à compromettre la science qu'à la relever alors que j'en dégage cette certitude expérimentale ; que nous avons une incontestable communauté d'origine et de destinée ; que le bonheur, la sécurité et l'épanouissement le plus favorable des facultés naturelles de chacun d'entre-nous, sont étroitement tributaires du concours de tous (aspect moral et social) ; alors que je démontre qu'en face de ces vérités fondamentales, tous les malentendus qui nous divisent et nous opposent les uns aux autres ne sont pas la conséquence de l'incident de Babel, mais qu'ils sont issus d'un passé d'erreurs, de tatonnements et de fluctuations.

Et alors, je ne vous comprends plus !...

Et je n'en persiste pas moins à penser, jusqu'à preuve rationnelle du contraire, que la vraie religion catholique ; c'est-à-dire, comme vous le savez : essentiellement universelle, ne peut-être que d'essence scientifique.

Seule cette religion d'observation et de contrôle scientifique est susceptible d'offrir un terrain d'entente et de conciliation entre les innombrables malentendus d'ignorance qui divisent et opposent les humains sur tous les plans.

Je compte sur votre bienveillante courtoisie, votre droiture morale, votre affable et scrupuleuse honnêteté pour bien vouloir demander l'insertion dans les colonnes du *Progrès Médical* la présente réponse d'un humble mais aussi opiniâtre chercheur de vérités. A moins que vous ne m'offriez encore, si vous le préférez, l'accès d'une Tribune où nous aurions la possibilité d'argumenter honnêtement ?...

Croyez moi etc...

Honneur et Patrie, ou COMMENT J'AI ÉTÉ EXCLU DE LA LÉGION D'HONNEUR, par René GERIN, agrégé des lettres. Editions de la L. I. C. P. 30, rue Joubert, Paris (IXe).

Question de toute simplicité. Tout homme peut se dérober à la discipline sociale (et militaire) et prêcher désobéissance ou anarchie, comme tout Etat est contraint de réprimer désobéissance et anarchie.

L'intérêt est de savoir dans quelle limite l'Etat doit au bien général de pratiquer la répression. Tout le reste n'est que fait-divers.

E. de M.

l'immense effort qu'ont dépensé les chercheurs de partout pour la ranger à côté de nos moyens auxiliaires de diagnostic et de pronostic clinique.

(M. Schacter et A. Klein (de Bucarest). Etude critique sur la vitesse de sédimentation globulaire. *Le Bulletin Médical*, 10 novembre 1934.)

Dans les angines diphtériques l'examen bactériologique est parfois défaillant. — On considère trop volontiers à l'heure actuelle que l'examen bactériologique permet seul d'affirmer l'etiologie diphtérique d'une angine. Cette règle est trop absolue. Chez un enfant présentant une fausse membrane il faut injecter immédiatement du sérum ; on n a pas le droit d'attendre dix-huit heures — et les laboratoires exigent quelquefois plus de temps — le résultat de la culture. Et ce résultat peut être, à tort, négatif. Les deux observations rapportées par les auteurs en sont la preuve.

Comment interpreter ces défaillances de l'examen bactériologique. Faut-il incriminer les prélèvements ? Toujours effectués par des personnes exercées, ils seront faits sur le bord de la fausse membrane et sur la muqueuse avoisinante. Le bacille peut quelquefois siéger dans des replis. On sait qu'il faut toujours le rechercher également dans les fosses nasales.

Dans les laryngites, un prélèvement direct local avec un laryngoscope, a donné, plusieurs fois, un résultat positif alors que les prélèvements dans le cavum et les fosses nasales étaient négatifs.

(E. Lesné, R. Debré et E. Gilbrin. Défaillances de l'examen bactériologique dans les angines diphtériques. *Le Concours Médical*, 2 décembre 1934.)

La sédation complète d'un état de mal asthmatique avec fièvre — qui s'était montré rebelle à tout traitement — a été obtenue par deux fois et pendant plusieurs jours par des abcès de fixation. Il s'agissait d'une femme de 41 ans, dont les crises duraient des jours entiers puis des semaines entières.

Les médications les plus diverses furent successivement essayées et se montrèrent également impuissantes. Réduite à faire plus de dix piqûres de 1 c. c. d'adrénaline et 10 c. c. de morphine par jour, la malade, qu'on eût pu considérer comme une toxicomane, cessa les piqûres brusquement pendant tout le temps qu'agit l'abcès.

Un vésicatoire fut suivi d'une amélioration analogue à celle de l'abcès, mais plus brève.

Une suppuration chronique artificiellement entretenue n'eut aucune action sédative sur les crises d'asthme.

Chez cette malade, la polynucleose ne parut nullement commander les périodes d'amélioration, puisque les crises éclataient intenses avec une leucocytose de 16.000 et 26.000 globules blancs.

Les accès de fièvre qui accompagnaient les crises d'asthme affectaient le type palustre avec frissons, chaleur, sueurs. Loin d'entraver la dyspnée, la fièvre semblait bien dans ce cas être une manifestation de choc compliquant la manifestation asthmatique.

« Il y a déjà longtemps nous avons écrit que l'abcès de fixation agissait par rénovation leucocytaire, mais aussi par son action sur le système lymphatique en général ; c'est par excellence un procédé de lymphothérapie. Il nous plaît de voir que, chez notre malade, le vésicatoire, avant toute suppuration, eut une action semblable à celle de l'abcès. Le mécanisme en est encore bien obscur : mais ni la suppuration ni la polynucléose ne peuvent l'expliquer.

Quoi qu'il en soit, après des observations pareilles, il n'est plus possible d'affirmer avec certitude que l'abcès de fixation n'est que le témoin des réactions de l'organisme et n'a pas d'action thérapeutique. »

(Professeur Pierre Mauriac. Crises d'asthme et abcès de fixation. *La Presse Médicale*, 29 septembre 1934.)

Le danger de la vie sédentaire est connu depuis longtemps. Elle entraîne, chez les jeunes comme chez les vieux, un ralentissement des échanges tissulaire, qui se traduit par une série de maux que les anciens auteurs français groupaient sous le vocable de l'arthritisme.

La nutrition est ralentie dans tous ses modes. Combustions, échanges respiratoires, circulation sanguine et lymphatique, tonus musculaire, excitabilité du système nerveux, tous les modes d'activité physiologique sont réduits.

Consécutivement les tissus s'encrassent et se rouillent ; la difficulté et la douleur des mouvements qui en résultent contribuent à accroître par un cercle vicieux la sédentarité.

Dès lors l'individu est pris dans un engrenage pathologique, et l'on voit successivement se développer chez lui les diverses maladies qui résultent du défaut d'exercice.

La notion du danger de la sédentarité principalement dans la jeunesse doit être bien encrée dans l'esprit des médecins et des éducateurs : des médecins parce qu'ils sauront reconnaître les maladies de la sédentarité et les guérir par l'exercice ; des éducateurs parce qu'ils ne resteront pas indifférents à cette grande cause de morbidité qui diminue la vigueur matérielle et morale de la nation et qu'ils introduiront enfin dans les programmes d'instruction de la jeunesse l'éducation physique à côté de l'éducation intellectuelle.

(Marcel Labbé. Les maladies de la sédentarité. *La Presse Médicale*, 21 novembre 1934.)

L'augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone que présentent les diabétiques à la suite de l'exercice est un fait bien démontré par les cliniciens. Quelle que soit la forme du travail musculaire, le métier manuel, la marche, la gymnastique, l'équitation, la rame, l'alpinisme, ou le sport en général, les effets sur la glycosurie, la glycémie, la nutrition et le bien-être évoluent dans le sens favorable. Les diabétiques équilibrés avec l'insuline et un régime diététique approprié en concordance avec l'amélioration produite dans leur état de nutrition du fait de l'exercice musculaire font une *économie d'insuline manifeste*.

Chez les diabétiques graves avec acidose, l'effet du travail est nuisible.

Chez vingt-et un diabétiques dont la courbe d'hyperlactacidémie d'excice accompagnée de glycémie a été recherchée, il a été constaté :

a) Dans presque tous les cas, une élévation très faible d'acide lactique d'exercice du sang, comparativement à la courbe des sujets normaux ; il en résulte que la glycémie baisse d'une manière très nette dans tous les cas.

« Nous interprétons donc ces résultats en admettant une utilisation plus grande du glycose circulant par les muscles et une plus grande avidité de la cellule hépatique pour l'acide lactique du sang indépendamment de l'insuline et dépendant peut-être par la cort-hormone. »

(J.-A. Collazo et J. Barbudo. Diabète et exercice. Contribution à l'étude des tricarbonés dans le diabète. *La Presse Médicale*, 24 novembre 1934.)

Une question fort intéressante est celle des rapports de la pression sanguine générale et des bruits auriculaires. — Contrairement à l'opinion courante, il n'y a pas de relation directe entre les modifications de la pression sanguine générale et les bourdonnements. Les troubles circulatoires ne provoquent pas par eux-mêmes de bourdonnements. Ceux-ci sont l'expression subjective d'une irritation de l'appareil cochléaire, déterminée par une *dystonie circulatoire locale* (Van Caneghem). Cette dernière peut rester isolée, être l'expression première ou concomitante d'une cause dont il existe parfois d'autres manifestations locales (céphalées, par exemple) et dont l'expression générale se traduit par des modifications de la tension artérielle.

Cette dystonie, ce dérèglement circulatoire local qu'évidemment favorisent, à l'occasion, des affections générales toxiques ou autres, reste conditionnée par des facteurs locaux. Si chez quelques malades, on peut voir évoluer parallèlement tension sanguine et bourdonnements, il faut en voir la raison non pas dans une relation directe, mais dans l'influence du traitement et du régime qui ont agi simultanément sur deux effets d'une même cause.

(L. Baldenweck. Les bruits vasculaires de l'oreille par perturbation du sympathique vaso-moteur. *La Vie Médicale*, 25 septembre 1934.)

Gynécologie

Pour la conservation de l'utérus après salpingo-ovariectomie bilatérale. — M. Costantini fait un plaidoyer.

Malgré les travaux qui ces dernières années ont plaidé la cause des opérations conservatrices en gynécologie, on continue à enlever systématiquement l'utérus lorsque les circonstances commandent le sacrifice des annexes malades.

La conservation de l'utérus seul dans les annexites bilatérales présente cependant des avantages qui sont les suivants :

1° La statique pelvienne est conservée. En France nous paraissons trop nous désintéresser du rôle que joue l'utérus dans la statique pelvienne.

Nous oublions facilement que, même s'il s'atrophie, si les menstruations disparaissent, il n'est pas indifférent pour la statique pelvienne, pour la reprise des rapports, pour les actes d'évacuations alvines, que l'utérus soit conservé en bonne place.

2° Les règles peuvent reparaitre dans la proportion de 30 à 40 pour 100.

3° La greffe ovarienne auto ou homoplastique devient possible et permettra peut-être d'élever ce pourcentage à 70 pour 100.

4° Les troubles fonctionnels si ennuyeux de la ménopause chirurgicale sont moins fréquents et moins graves qu'après l'hystérectomie.

5° L'importance physiologique de ces faits se double d'un intérêt social indiscutable. Comme l'écrit Mlle Brigol : « Une femme encore réglée conserve sa féminité à ses yeux et à ceux de son entourage. Et, lorsqu'elle désire passionnément un enfant, on peut lui laisser l'espoir d'une bienfaisante maternité ».

(H. Costantini. Pour la conservation de l'utérus après salpingo-ovariectomie bilatérale. *La Presse Médicale*, 21 novembre 1934.)

Maladies professionnelles

En 1930, en France, il y eut 1.911 déclarations de maladies professionnelles dont voici le détail.

Plomb	1.682
Emaillage sur métaux	735
Accumulateurs	472
Fondeurs de plomb	171
Imprimerie	60
Etc.	
Alcalis et caustiques	50
Ciments et silice	47
Mercure	21
Accumulateurs (Fe, Ni, OHg)	11
Secrétage	4
Lampes à Hg	3
Vapeurs acides	13
Aniline	11
As^2O^3	11
Chlore	11
CO, gaz d'éclairage	9
Gaz délétères	8
Hydrocarbures	6
$POCl^3$	6
NO^2	6
SO^2	4
Lumière intense	4
C^6H^6	4
Chlorure de soufre	3
SH^2	3
Solvants de vernis	2
Brai et huiles	2
Divers	8

(R. Fabre et M. Duvoir. L'enseignement de la médecine du travail et de la toxicologie industrielle à la Faculté de médecine de Paris, *Paris Médical*, 17 novembre 1934.)

Thérapeutique

La chrysothérapie ne saurait avoir la prétention de constituer à elle seule un traitement suffisant de la tuberculose pulmonaire. Une des grandes erreurs de ses protagonistes a été de laisser croire aux médecins praticiens qu'ils pouvaient traiter par les sels d'or tous leurs malades et leur éviter ainsi les sacrifices d'une cure sanatoriale ou la servitude d'un pneumothorax. Il en est résulté de véritables désastres, et c'est là une des causes de la réaction qui se dessine actuellement contre ce médicament. Il ne faut pas demander à l'aurothérapie plus qu'elle ne peut donner. D'autre part, cette thérapeutique possède une efficacité seulement relative, partielle, inconstante, souvent imprévisible et, d'autre part, elle n'est pas sans danger. Elle comporte des contre-indications qu'il faut respecter et qui s'opposent à son application systématique chez tous les tuberculeux. L'expérience prouve que la chrysothérapie ne peut se passer de la cure sanatoriale et qu'elle n'en est qu'un complément parfois utile, un adjuvant de second plan.

(Professeur Leuret. Extrait d'une réponse à une enquête de la *Vie Médicale*, (25 novembre 1934), sur la question suivante : Estimez-vous que les méthodes actuelles de traitement de la tuberculose pulmonaire (collapsothérapie, chrysothérapie, etc.) restreignent l'importance de la cure sanatoriale ?

Le traitement antisyphilitique propre n'est pas le seul à employer dans le traitement de la vérole ; les agents antisyphilitiques ont exclusivement pour but de débarrasser l'organisme du tréponème, mais cet organisme a besoin d'être soutenu, d'être aidé dans sa lutte contre les microbes comme dans l'assimilation des médicaments. C'est là la question du terrain, et c'est pour modifier ce terrain que les médications adjuvantes du traitement antisyphilitique, médications opothérapiques, thermales, diététiques ont leur intérêt, et toujours leur nécessité.

(A. Galliot. Les associations médicamenteuses dans le traitement de la syphilis. *Paris Médical*, 24 novembre 1934.)

Varia

Depuis le mois d'octobre dernier, j'ai fait vingt et une gastrectomies à l'anesthésie locale, non seulement, je n'ai pas perdu de malades, mais encore j'ai été tellement surpris de la simplicité des suites opératoires, de la rapidité avec laquelle on peut facilement faire lever les opérés, dès le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, de l'absence de toute complication pulmonaire, si petite soit-elle, que je viens ici reconnaître mon erreur. Je regrette de n'avoir pas employé plus tôt ce mode d'anesthésie et je souhaite que les chirurgiens qui n'ont pas encore adopté cette technique, s'y rallient au plus vite dans l'intérêt de leurs malades.

(Daniel Ferey, de Saint-Malo : Les avantages de l'anesthésie locale en chirurgie gastrique. *Le Bulletin Médical*, 24 novembre 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1935

Etude de la « neuroprobasie » des virus de l'herpès et de la rage, au moyen du rayonnement total de la lampe à mercure. — ***M. C. Levaditi.*** — 1° Les radiations de la lampe à mercure suppriment rapidement *in vitro* le pouvoir pathogène des virus neurotropes de la rage et de l'herpès ;

2° Elles stérilisent *in vivo* la surface ectodermique inoculée (cornée) ;

3° Cependant, elles n'entravent pas la neuroprobasie du germe herpétique et ne s'opposent pas toujours à celle du virus rabique ;

4° Les animaux que l'application locale des rayons ultraviolets a protégés contre l'infection rabique d'origine cornéenne, ne paraissent bénéficier d'aucune immunité appréciable ;

5° La neuroprobasie centripète des virus neurotropes s'effectue avec une rapidité extrême.

Traitement de certains vomissements de l'enfance par ionisation des régions cervicale et thoracique. — ***M. René Mathieu.*** — Le traitement des vomissements chez les enfants est parfois très difficile. Les prescriptions d'ordre purement diététique, pour utiles qu'elles soient, n'obtiennent pas toujours une guérison rapide et complète. Aussi a-t-il paru intéressant à l'auteur d'étudier un procédé thérapeutique basé sur la diélectrolyse des régions cervicale et thoracique.

Il applique sur le cou et sur la poitrine deux électrodes

longues et étroites et il les fixe sur la ligne médiane, l'une en avant, l'autre en arrière. L'électrode antérieure arrive, en haut, jusqu'au menton, en bas jusqu'à l'ombilic. L'électrode postérieure couvre la colonne vertébrale, depuis l'occiput jusqu'aux dernières côtes.

La nature des solutions qui imprègnent les électrodes n'est pas indifférente : certains nourrissons supportent admirablement le calcium, tandis que d'autres malades doivent être traités par le salicylate de soude ou de lithine.

L'intensité du courant n'a jamais dépassé 5 milliampères (il suffit généralement qu'elle atteigne 1 à 2 milliampères).

L'expérience acquise jusqu'à ce jour peut être résumée ainsi :

1° Guérison facile et rapide des vomissements névropathiques.

2° Succès inconstants mais parfois sensationnels chez les sujets atteints d'anorexie à l'époque du sevrage.

3° Les ionisations calciques pratiquées à l'aide de larges électrodes ont exercé une action visible sur la croissance et le développement intellectuel de quelques malades (en particulier chez un mongolien). Mais leur très grande activité oblige à les manier avec précaution, sous peine de provoquer une agitation et une excitation inopportunes, mais heureusement de courte durée.

Note sur la prétendue « dépopulation » en France. — *M. Alexandre Roubakine*. — La propagande pour la natalité, particulièrement en France est une démagogie antiscientifique qui cherche à cacher les véritables causes de la « dépopulation », et qui, toutes, peuvent et doivent être combattues.

Le mouvement de la population en Europe et en Asie. — *Alexandre Roubakine*. — S'il y a une baisse de la natalité en Europe, sa population s'accroît néanmoins plus rapidement que celle de l'Asie et comme, d'autre part, les espaces à peupler sont beaucoup plus restreints en Europe qu'en Asie, c'est l'expansion de la race blanche d'Europe qui présente le plus grand danger pour le monde actuel.

La base du crâne dans la dysostose cranio-faciale héréditaire. — *M. O. Crouzon*.

Sur l'élimination de la quinine par la bile. — *MM. Bernardbeig* et *F. Caujolle* ont observé un malade porteur d'une cholecystotomie et l'indication thérapeutique était de pratiquer une injection intraveineuse de quinine uréthane.

Ils ont profité de ce cas exceptionnel et établissent que la quinine est éliminée très précocement par la bile, en forte proportion.

Election de deux associés étrangers. — *Classement des candidats.*

En première ligne : M. MIURA (de Tokio), et M. NAVARRO (de Montevideo).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. JOHANSEN (de Stokholm), Sir BERKELEY MOYNIHAN (de Leeds), SALIMBENI (d'Aquapendeti), Sir SHARPEY SHAFER (d'Edimbourg).

MM. MIURA et NAVARRO sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1935

L'histopathologie de la méningite tuberculeuse. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Amour F. Liber*, dans trois cas dont l'évolution clinique a été aiguë, trouvent des lésions déjà anciennes, entre autres la sclérose des zones nécrotiques. La réaction cellulaire est complexe. Parmi les cellules libres se trouvent des éléments qui proviennent du revêtement de la méninge molle. La structure des amas bacillifères et les rapports histo-bacillaires varient suivant l'espèce cellulaire. La disposition folliculaire est exceptionnelle. Dans un cas la dure-mère est épaissie, nécrosée ; les granulations de Pacchioni sont très abondantes.

Maladie d'Addison guérie après usage de l'opothérapie surrénalienne classique. — *MM. Pr. Merklen* et *H. Gounelle* apportent un cas de maladie d'Addison si notablement améliorée par le traitement surrénalien (injections et ingestion) que l'on peut considérer le malade comme actuellement guéri. Les auteurs insistent sur la rareté de ces faits.

Kala-azar stibio-résistant ; guérison après deux ans et demi de traitement. — *M. P. Girard* (de Marseille).

Kala-azar très grave rapidement guéri par l'uréastibamine. — *M. P. Giraud* (de Marseille).

Diabète grave insulino résistant. Réduction brusque et massive de l'insulino-résistance par irradiation de la région hypophysaire. — *M. E. Merle* (de Clermont-Ferrand), rapporte l'observation d'une malade de 32 ans, atteinte d'un diabète consomptif très grave avec acétonurie pour laquelle l'insulinothérapie intensive, si elle avait pu réduire l'acétonurie et l'amaigrissement, n avait jamais pu réduire de façon importante le taux de la glycosurie qui restait très élevé après plus de six mois de traitement. La constatation de poussées glycosuriques régulières au moment des époques fit soupçonner un facteur endocrinien antagoniste de l'insuline. L'irradiation de la région hypophysaire provoqua une réduction immédiate de l'insulino-résistance, laquelle s'est montrée durable, car huit mois après les irradiations, la malade peut mener une vie normale avec des doses modérées d insuline et une faible glycosurie. Cette observation montre qu'il faut songer à l'hypophyse en présence d'une insulino-résistance inexplicable, et que, sans préjuger du rôle respectif de l'hypophyse et des centres infundibulo-tubériens, il paraît acquis que, par l'irradiation de la région hypophysaire, nous pouvons agir sur le mécanisme glyco-régulateur de certains diabétiques dans un sens parallèle à celui de l'insulinothérapie.

Observation d'un adolescent atteint de kala-azar et porteur de volumineuses adénites épitrochléennes. — *MM. d'Œlsnitz, G. Bonnet* et *A. Raybaut* (de Nice).

Syndrome myoclonique unilatéral vélo pharyngo-laryngé chez un pseudo-bulbaire. — *MM. Pierre Mollaret, H. Desoille*, et *P. Perreau* présentent un malade âgé de 55 ans, chez lequel s'est développée depuis un an une symptomatologie typique de paralysie pseudo-bulbaire d'origine vasculaire et d'étiologie peut-être syphilitique.

Le dernier épisode, marqué par l'apparition subite de troubles intenses de la déglutition et de la phonation, a entraîné le développement d'une paralysie de la moitié droite du voile du palais et d'un hémi-syndrome myoclonique intéressant le voile, le constricteur supérieur du pharynx, l'ostium tubaire, la corde vocale et la région cervicale au niveau de l'angle de la mâchoire.

A la lumière des travaux antérieurs de Georges Guillain et Pierre Mollaret, un tel syndrome myoclonique unilatéral doit être attribué à l'atteinte de l'olive bulbaire et des fibres olivodentelées du côté opposé, donc à un ramolissement de l'hémibulbe droit, fait confirmé précisément par la paralysie associée de l'hémi-voile droit.

Deux cas de Brucellose observés à Paris et dans la région parisienne. Reflexions sur l'emploi thérapeutique de la mélitine. — *M. Jacques Decourt* rapporte deux cas de brucellose qu'il lui a été donné d'observer récemment, l'un à Paris chez un commerçant qui avait consommé du fromage de chèvre, l'autre dans la région de Meaux, chez un cultivateur qui paraît avoir contracté la maladie au contact des bovidés. Ce dernier fait semble confirmer que la différence de pouvoir pathogène classiquement notée entre Brucella melitensis et Brucella abortus tient sans doute moins à une différence de nature des deux germes qu'à une adaptation occasionnelle d'un même germe à des espèces animales différentes. Les deux malades ont été traités par des injections intramusculaires de mélitine, dont l'effet a paru favorable. Mais l'auteur reste très prudent dans l'interprétation de ces résultats thérapeutiques.

Accident mortel de la chrysothérapie : Syndrome de Landry associé à une érythrodermie aurique. Discussion de la valeur thérapeutique de la notion d'intolérance. — *MM. H. Pierre-Bourgeois, H. Thiel* et *J. Broutman* présentent l'observation d'un tuberculeux traité par les sels d'or qui, à la première injection, fit une très importante poussée d'urticaire. Le traitement n'en fut pas moins continué jusqu'à atteindre une dose totale de 5 gr. 40. C'est alors que ce malade présenta une éruption d'aurides papuleuses, prurigineuses, localisées à l'épaule en même temps que se développait progressivement un syndrome de Landry polynévritique sans manifestations douloureuses, à marche ascendante, terminé en quelques jours par la mort, par atteinte bulbaire.

Les auteurs insistent sur la fréquence des associations de polynévrites auriques aux réactions cutanées de même origine. Ils s'élèvent contre cette notion trop répandue d'après laquelle un accident comme l'urticaire au début du traitement autorise toujours, sous prétexte « d'intolérance » la continuation de la thérapeutique et l'augmentation des doses. Pour eux, les accidents thérapeutiques, qu'ils participent ou non de l'intolérance ou de l'intoxication, doivent toujours être considérés comme un avertissement sérieux qui commande le plus souvent la cessation du traitement.

Sur un cas de néphrite chronique avec atrophie rénale chez un nourrisson. — *MM. Ribadeau-Dumas, Max-Lévy, Gaucher* et *Mlle Mignon* rapportent l'observation d'un nourrisson ayant présenté :

1° Une infection pulmonaire récidiviste ayant comporté pendant seize mois des poussées de plus en plus sévères et prolongées.

2° Une néphrite azotémique qui a été suivie pendant onze mois. Le taux de l'urée du sang oscillait entre 0,70 et 3 grammes. Il y avait hypertension et hypertrophie du ventricule gauche.

3° Malgré l'insuffisance rénale très forte, il a été constaté une figure d'acide-base normal. Les formules d'acidose gazeuse qui furent relevées doivent être attribuées à l'infection pulmonaire concomitante.

4° L'hyperchlorémie semble devoir être attribuée tout au moins pour la plus grande part à la même cause.

5° On ne put relever aucun signe de rachitisme chez cet enfant, ce qui à son âge est de règle. Le nanisme rénal n'est pas en cause.

Un cas de bronchectasie avec thrombose de l'artère bronchique. — *M. Léon Kindberg* et *Mlle G. Dreyfus-Sée* rapportent l'observation d'un garçon de neuf ans qui, après avoir présenté les signes d'une tuberculose ulcéro-caséuse grave hémoptoïque, fit une surinfection putride du lobe atteint et fut rapidement emporté avec le diagnostic de « gangrène pulmonaire massive du poumon gauche ».

L'autopsie devait montrer l'existence de bronchectasies diffuses, aux divers stades de leur développement.

S'agissait-il de bronchectasie tuberculeuse, avec surinfection anaérobie, ou, chez un enfant tuberculeux, d'un abcès bronchectasique ? Il est difficile d'en décider. Mais le point le plus important est l'existence, au niveau du hile, d'une thrombose organisée des artères bronchiques.

Venant après les communications d'Ameuille, cette observation semble jeter une lumière nouvelle sur la pathogénie de la dilatation des bronches.

De la valeur diagnostique de l'interférométrie dans le diagnostic du diabète sucré. — *MM. F. Rathery* et *P. Laurent Gérard* mettent en garde les médecins praticiens contre la valeur réelle des données interférométriques dans le diagnostic des insuffisances glandulaires. Ils estiment que la recherche dans le sérum de ferments capables d'agir sur les albumines tissulaires spécifiques retirées des glandes par la méthode interférométrique ne saurait être actuellement considérée comme une méthode à l'abri de toute critique. Les résultats sont décevants. On n'est nullement autorisé aujourd'hui à se baser sur les résultats fournis par la méthode pour affirmer qu'une glande est ou non déficiente.

Parmi les multiples examens effectués par les auteurs dans différentes maladies, ils ne rapportent ici que ceux relatifs au diabète. On ne peut s'empêcher d'être frappé de ce que sur tous les cas de diabète examinés, un seul donnait une déficience nette du pancréas, un autre une déficience légère, tous les autres un état non déficient en ce qui concerne le pancréas. Or, beaucoup de ces malades étaient atteints de formes graves avec glycémie élevée, glycosurie et acétonémie.

Quant aux autres glandes, on notait une seule fois une déficience nette de multiples glandes : hypophyse antérieure, postérieure, surrénales, ovaire, foie, et une autre fois une déficience nette de l'hypophyse antérieure seule. Tous les autres diabétiques présentent parfois une déficience à peine marquée ou, le plus souvent, pas de déficience du tout.

Ces résultats, pour le moins déconcertants, vont à l'encontre de toutes les idées actuelles sur la physiologie pathologique du diabète.

Valeur clinique de l'interférométrie. — *MM. Guy Laroche* et *Grigaut* concluent de l'ensemble de leurs constatations qu'à l'heure actuelle, l'interférométrie telle qu'elle se pratique est incapable de donner un diagnostic clinique ; les résultats qu'elle peut fournir sont bien moins en rapport avec le fonctionnement des glandes endocrines qu'avec les modifications de l'équilibre physico-chimique du sérum sanguin qu'elle révèle dans l'état de maladie ou sous l'influence de diverses causes physiologiques.

Polynévrite diphtérique avec atteinte tardive du nerf auditif droit. Action du sérum associé à l'anesthésie générale. — *MM. G. Marchal, P. Soulié, Ch Grupper* rapportent l'observation d'une polynévrite diphtérique consécutive à une angine diphtérique méconnue. L'ordre d'apparition des troubles est atypique : radiculalgie lombaire, parésie des membres, puis paralysie vélo-palatine avec atteinte cochléo-vestibulaire unilatérale, enfin paralysie de l'accommodation. L'atteinte vestibulaire relativement discrète s'oppose à l'atteinte cochléaire totale.

La sérothérapie antidiphtérique appliquée tardivement est restée sans effet sur l'évolution de cette polynévrite atypique et traînante, mais l'adjonction de quatre séances d'anesthésie à l'éther, a permis d'activer les résultats cliniques de cette sérothérapie. Chacune des séances a été suivie d'une récupération importante : il ne persiste que l'atteinte du nerf auditif et l'abolition d'un réflexe rotulien. Pour éviter la syncope anesthésique, les auteurs recommandent l'éther et non le chloroforme, en raison du tropisme de la toxine diphtérique pour le bulbe et le myocarde. Ils pensent que cette méthode est appelée à se généraliser dans le traitement des polynévrites diphtériques graves ou traînantes.

Paralysie diphtérique à forme cochléaire. — *MM. M. Duvoir, L. Pollet, B. Kreis* et *J. L. Greene.* — A propos de l'observation de paralysie diphtérique à forme vestibulaire de MM. Kourilsky, Baruk et Aubry, rapportent un cas de paralysie unilatérale de la VIII[e] paire avec atteinte cochléaire prédominante. Les auteurs, bien qu'ils n'aient trouvé dans la littérature médicale que peu d'observations de lésion diphtérique du nerf auditif, pensent cependant qu'il s'agit là de faits qui, tout en restant rares, sont peut-être moins exceptionnels qu'ils ne le paraissent.

Séance du 18 janvier 1935

Erythème polymorphe ; tuberculides papulo-nécrotiques et tuberculose pulmonaire évolutive concomitante. — *MM. G. Caussade, A. Lévy-Frankel* et *J. Pètre* apportent une contribution à la nature tuberculeuse des érythèmes polymorphes, en publiant les deux observations suivantes. La première a duré treize ans avec poussées aiguës durant plusieurs mois, suivies de rémissions incomplètes. La première manifestation cutanée fut un érythème noueux ; les autres furent érythémateuses, vésiculeuses, ulcéreuses et, dans l'intervalle de certaines de ces poussées éruptives, évoluèrent des tuberculides papulo-nécrotiques et un érythème pernio. Le plus souvent, la poussée érythémateuse fut précédée de troubles généraux graves : hyperthermie, prostration, collapsus, langue rôtie, tachycardie et tachypnée, arthralgies, adénopathies.

Après la phase aiguë, on notait la persistance d'une fébricule avec sueurs profuses, anémie, amaigrissement. La tuberculose se manifesta à la fin de la deuxième poussée éruptive par une pleurésie sèche et, dans la suite, par une tuberculose pulmonaire qui, finalement, devint ulcéreuse avec crachats bacillifères ; ceux-ci inoculés à un cobaye, provoquèrent des lésions tuberculeuses à prédominance ganglionnaire contenant des bacilles.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un érythème noueux chez lequel la tuberculose pulmonaire, recherchée de parti pris, fut découverte par une radioscopie ; elle fut confirmée par deux intradermo réactions à la tuberculine, qui furent positives avec apparition *in situ*, d'un élément d'érythème noueux semblable à ceux de la phase aiguë, et, en sus, pour la seconde, avec réaction du foyer pulmonaire latent jusque-là. Les auteurs estiment qu'en agissant ainsi, on découvrira parfois la tuberculose dans des cas où l'érythème noueux est considéré comme banal.

Atélectasie du lobe supérieur du poumon droit dans un cas de maladie de Hodgkin à forme cervico-médiastinale. — *MM. Leoper* et *E. Bray* rapportent un cas de maladie de Hodgkin, dans lequel fut constatée une atélectasie du lobe supérieur du poumon droit.

Les auteurs signalent l'extrême rareté de ce fait.

Maladie de Jaccoud-Osler greffée sur une aortite chronique syphilitique. — *MM. A. Raybaud, A. Jouve* et *G. Farnarier* (de Marseille).

Un cas de glossite papuleuse aiguë. — *MM. P. Chevallier, A. Schœngrun* et *R. Molènes*.

Streptococcus viridans atypique dans une endocardite lente. — *MM. A. Lemierre, J. Reilly* et *P. de Font Réaulx* rapportent l'observation d'une femme atteinte d'endocardite lente ayant évolué pendant neuf mois, chez laquelle les hémocultures en milieux aérobies sont constamment demeurées négatives. Seules, les hémocultures anaérobies ont donné un germe Gram positif se présentant sous la forme de bâtonnets et de longs filaments. Au fur et à mesure des repiquages, ce germe s'est transformé en un streptocoque typique et s'est rapidement adapté aux milieux de culture aérobies. Il se rapproche par ses caractères de la variété décrite par Prévôt, sous le nom de *streptococcus evolutus*.

Les auteurs insistent sur l'avantage que présentent les hémocultures anaérobies dans les endocardites lentes.

Un nouveau cas de septicémie à bacillus funduliformis. — *M. P. de Font-Réaulx* retrouve dans cette observation, la neuvième qui a été publiée, tous les traits qui peuvent permettre de soupçonner cliniquement le diagnostic de septicémie à bacillus funduliformis : le jeune âge de la malade : 18 ans ; le début par une angine d'apparence banale ; puis l'apparition de douleurs articulaires qui font croire à un rhumatisme articulaire aigu.

Rapidement, le tableau septico-pyohémique se complète par l'apparition d'ictère et de localisations pleuro-pulmonaires. La mort survient au dixième jour. L'hémoculture en milieu anaérobie apporte seule un diagnostic de certitude.

L'auteur note, dans cette observation, l'existence d'une atteinte rénale importante, ce qui n'est par la règle au cours des septicémies à bacillus funduliformis. Il souligne, de plus, l'affinité particulière du germe pour le foie et le poumon : l'inoculation intraveineuse de bacillus funduliformis au lapin a reproduit en effet des abcès du foie et des poumons.

M. Lemierre montre qu'il doit être possible actuellement de poser le diagnostic de septicémie à bacillus funduliformis, sans le secours de l'examen bactériologique. Les signes cliniques caractéristiques de l'affection sont, outre l'état septico-pyohémique alarmant, le début constant par une angine ulcéreuse, l'intensité particulière des frissons, les complications pleuro-pulmonaires à tendance suppurative, les arthrites et la fréquence de l'ictère. Il rappelle que ce syndrome a été bien étudié et isolé par Reilly et mériterait l'appellation de maladie de Reilly.

Sur un cas d'immunité cutanée locale spontanée au cours d'une scarlatine. — *MM. Fricker* et *Graciansky* rapportent l'observation d'un malade atteint de lésions de grattage infectées par un streptocoque hémolytique à la face interne des deux cuisses, chez lequel évolua une scarlatine typique. Autour des pustules jeunes existait un halo rouge vif tandis que les éléments anciens étaient entourés d'un halo respecté par l'érythème scarlatin.

Les auteurs admettent que la toxine streptococcique des lésions cutanées a créé une immunité locale à l'égard du virus scarlatin et voient dans ce fait un argument en faveur de l'étiologie streptococcique de la scarlatine.

Insuffisance thyroïdienne avec œdèmes et hémorragies. — *M. Picard* (de Nantes) relate l'histoire d'un malade de 54 ans qui présente depuis dix ans des œdèmes généralisés. Ces œdèmes sont apparus brusquement et se sont rapidement accompagnés de signes évidents d'hypothyroïdisme, de sorte que le malade se présente actuellement comme un myxœdémateux. Fonctions rénales normales. De fait, le métabolisme basal est abaissé à — 28 % et le régime déchloruré n'a pu amener la disparition des œdèmes. L'addition de sel au régime augmente cependant rapidement le poids du malade et détermine une légère crise d'œdème pulmonaire comme dans une observation de Doumer, où un syndrome hydropigène était aussi d'origine thyroïdienne. Mais ce que n'a pu faire en dix ans le régime déchloruré, l'extrait thyroïdien l'a fait en vingt-trois jours. Sous son influence les œdèmes ont totalement disparu et le malade a perdu son aspect de myxœdémateux (réapparition des poils, métamorphose intellectuelle). Parallèlement retour à la normale du métabolisme basal.

L'autre particularité de l'observation tient à la coexistence de troubles sanguins fort importants. Dès les premiers mois de la maladie, apparaissent des hémorragies multiples provoquées et spontanées. Ce syndrome hémorragique s'accompagne de modifications sanguines du type hémogéno-hémophilique (temps de coagulation : 1 h. 40 du type plasmatique avec irrétractilité du caillot, temps de saignement : 20 minutes). Tous ces troubles sanguins disparurent à la suite du traitement thyroïdien en même temps que les œdèmes et parallèlement à l'amélioration et au retour du métabolisme basal à la normale. Il ne semble pas s'agir d'une simple coïncidence, d'autant qu'il existe dans la littérature une observation analogue au point de vue sanguin de MM. Garcia-Otéro et Vidovitch.

Sur l'évolution spéciale chez un tabétique d'un rhumatisme gonococcique des petites articulations des mains. — *MM. Alajouanine, Bascourret* et *André* rapportent l'observation d'un tabétique qui, à l'occasion d'une infection gonococcique avec fièvre prolongée, présenta un syndrome polyarthropathique aigu localisé à sept articulations des mains, sous l'apparence initiale d'un pseudo-rhumatisme infectieux : au bout de six semaines survinrent des luxations spontanées et l'on observa un processus diffus de laxité des diverses articulations des mains avec mouvements anormaux des surfaces articulaires, processus qui existait déjà au niveau des petites articulations des pieds. Une ostéoporose manifeste de tout le squelette des extrémités sans aucun processus hyperostosant a été retrouvée sur les clichés radiographiques ; elle constitue un des signes révélateurs de l'état pré-arthropathique de ces tabes à prédominance trophique.

Significations comparables des manifestations viscérales et cutanées de la chimiothérapie. — *M. A. Tzanck* pense que les diverses complications de la chimiothérapie possèdent les mêmes significations, qu'elles se manifestent sur les viscères ou sur le revêtement cutané.

Dans ce dernier cas, la visibilité des lésions fournit des signes directs qui facilitent l'interprétation des accidents. Une roséole apparaissant à la suite de la piqûre sera rapportée à la syphilis ; un urticaire à l'intolérance ; une kératodermie ou une pigmentation à la toxicité du produit.

Il existe également des signes indirects et qui tiennent aux circonstances dans lesquelles le traitement est appliqué, aux doses utilisées, à la date d'apparition de l'accident, à son évolution, aux autres complications, au retentissement humoral, au résultat des recherches bactériologiques, à la biopsie, à l'effet du traitement enfin. Ce sont là autant de critères biologiques indépendants de la manifestation objective elle-même.

Ces signes que la dermatologie a permis de mieux préciser permettent de porter le diagnostic pathogénique indépendamment du tableau clinique de l'accident.

Ils deviennent particulièrement précieux pour l'interprétation des manifestations viscérales de la chimiothérapie qui peuvent revêtir le même tableau clinique, quelle que soit la nature infectieuse, réactionnelle ou toxique de l'accident.

Ils sont très comparables pour les accidents cutanés et viscéraux et expliquent un certain air de famille que présentent certaines complications quel que soit l'organe ou le tissu sur lequel ces accidents se manifestent.

Hépatites syphilitiques et hépatites médicamenteuses. — *MM. A. Tzanck, A. Bensaude* et *M. Cachin*, se basant sur une statistique comportant quelques centaines de cas d'ictère observés dans ces vingt dernières années aux dispensaires de l'hôpital Broca, apportent un essai de discrimination de ces accidents.

Ils étudient d'une part les ictères apparus avant toute médication (37 observations). Ces derniers sont constamment bénins, ils ont une évolution en tous points comparable aux manifestations cutanées de la syphilis. D'autre part les ictères, après un traitement aussi minime fût-il, sont infiniment plus nombreux. C'est parmi eux que se trouvent les seuls cas mortels (32 observations).

Les auteurs comparent à cette occasion les néphrites et les ictères de la syphilis précoce.

Les accidents pré thérapeutiques (manifestement syphilitiques) sont en tous points comparables. Il existe au contraire des différences profondes dans les néphrites et les ictères post-thérapeutiques. Ces derniers en particulier permettent, ainsi que l'a démontré M. Milian, la reprise et la continuation du traitement.

Les auteurs se proposent d'étudier plus en détail d'une part les analogies entre les néphrites et les hépatites syphilitiques

et d'autre part les différences qui existent entre les hépatites et les néphrites médicamenteuses.

A propos du traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie. — *M. Debré*, à propos du procès-verbal, emet quelques réserves sur la nature diphtérique de la paralysie faisant l'objet de la recente communication de MM. Kourilsky, Baruk et Aubry. Il pense, qu'en dehors de toute confirmation d'ordre bactériologique, il pourrait s'agir, non de diphtérie, mais d'encéphalite. Par ailleurs, à moins que son aspect clinique soit absolument conforme au tableau habituel des paralysies diphtériques, on ne saurait conclure à la nature diphtérique d'une paralysie sur la seule constatation des bacilles diphtérimorphes. Pour affirmer la nature diphtérique de tels germes, il est nécessaire de s'assurer de leur pouvoir pathogène pour l'animal. L'auteur rappelle enfin que ce ne sont pas les recherches experimentales qu'il a pratiquées avec M. Ramon qui l'ont amené à conclure à l'inefficacité de la sérothérapie dans le traitement des paralysies ; ces recherches n'ont fait que confirmer et expliquer dans une certaine mesure ce que l'observation des faits lui avait enseigné.

M. Comby répond qu'il a vu des paralysies diphtériques traînantes guérir, après quelques injections de sérum.

M. Lereboullet est du même avis.

M. Hallé ne croit pas à l'action du sérum antidiphtérique sur les paralysies post-angineuses. Il soutient d'autre part que le bacille diphtérique se distingue des faux diphtériques en ce qu'il est toujours pathogène pour l'animal. Il faudrait donc, avant d'isoler les porteurs de germes sains, mettre en évidence ce pouvoir pathogène.

M. Debré pense que l'on peut sans danger laisser circuler les porteurs de germes si la preuve est faite que le microbe isolé se montre non virulent pour le cobaye.

M. Cathala estime qu'il s'agit là d'un problème d'hygiène générale digne d'être plus longuement discuté.

M. H. Grenet rappelle que c'est toujours entre le quarantième et le cinquante deuxième jour que se produit la transformation d'une paralysie diphtérique. C'est là une période critique sur l'importance de laquelle il a insisté avec J. Mézard. On voit alors les accidents d'intoxication (paralysies ou autres symptômes) s'aggraver ou s'améliorer avec une extrême rapidite, et cela en dehors de toute sérothérapie.

Il est d'ailleurs à remarquer que l'on trouve toujours chez ces malades qui ont reçu du serum lors de l'angine, mais non pas au moment des paralysies, une forte proportion d'antitoxine dans le sang, bien supérieure à celle qui serait nécessaire pour neutraliser son nouvel apport de toxine ; c'est ce qu'ont montré les dosages faits par M. Ramon, et cela dans les cas mortels, aussi bien que dans les autres.

La proportion des guérisons ne paraît pas inférieure, en l'absence de sérotherapie, à celle que l'on signale dans les paralysies traitées par le sérum.

Quelques essais d'anesthésie générale, dans le but de libérer la toxine fixée sur les tissus n'ont donne aucun résultat encourageant.

Il est fort difficile de juger l'action d'une thérapeutique sur la marche des paralysies diphteriques, qui sont variables d'un jour à l'autre. Le rappel des dates auxquelles elles tendent, en dehors de tout traitement, à s'améliorer ou à s'aggraver, en même temps que les autres symptômes toxiques, et souvent avec une extrême rapidité, permet dans une certaine mesure de ne pas attribuer à la sérothérapie ce qui n'est peut-être qu'évolution naturelle.

M. Lesné n'a jamais pu vérifier de façon indiscutable le rôle curatif du serum sur les paralysies diphtériques et a depuis longtemps renoncé à la sérothérapie comme traitement des paralysies constituées.

Il insiste, par contre, sur l'efficacité de la strychnine administrée par voie intramusculaire ou même intraveineuse, cette dernière étant parfaitement tolérée chez l'enfant à des doses atteignant plusieurs milligrammes par jour.

Michelle Zagdoun-Valentin.

« A l'heure actuelle, dans la plupart des pays, n'importe qui, même sans connaissance spéciale, sans diplôme approprié, peut fabriquer et offrir au public un remède dont il pourra même déposer le nom. Rien n'empêche le fabricant de proposer, sans le moindre fondement, la cure d'autant de maladies qu'il lui plaît. » (Professeur Lucien Dautrebande et Edgard Zunz. La nécessité du contrôle des spécialités pharmaceutiques. Rapport présenté le 20 mai 1934 à la Société belge de thérapeutique et publié par *Bruxelles-Médical*, 29 juillet 1934.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'abaissement de la tension artérielle au cours des maladies fébriles

La tension artérielle s'abaisse au cours des maladies fébriles proportionnellement à l'intensité de la fièvre. Quand il s'agit d'hypertendus, cet abaissement peut être considérable, du double. A cet abaissement, doivent être attribués certains symptômes de prostration qui ne cèdent complètement qu'au moment où la convalescence terminée la tension sanguine s'est rétablie à son taux habituel.

Le mode d'abaissement tensionnel, habituel à telle ou telle maladie, mérite d'être connu, car la dérogation, en plus ou en moins, à la forme habituelle que revêt la courbe tensionnelle au cours des maladies infectieuses, peut comporter des éléments importants de pronostic. (A. Dumas. *S. Méd. des hôp. de Lyon*, 30 oct. 1934.)

Lésions osseuses des extrémités dans les rhumatismes chroniques

MM. A. Valatx et Hubert (*S. de Méd. Ch. et Ph. de Toulouse*, oct. 1934) qui ont examiné de très nombreux cas de rhumatisme chronique à toutes les périodes de son évolution, ont fait radiographier systématiquement les extrémités de ces malades.

1) Dans les cas récents, il existe une modification de la forme des phalanges qui devient rectangulaire, parfois légèrement biconvexe. L'extrémité distale n'est plus arrondie, les bords de la diaphyse sont irréguliers, enfin une décalcification prédomine à l'extrémité proximale de la phalange. La radiographie des pieds est le plus souvent normale, à signaler parfois une légère décalcification de la tête des métatarsiens.

2) Dans les cas anciens, en plus des lésions habituelles articulaires du rhumatisme chronique et des lésions précédentes plus accentuées, on trouve la tête du premier métacarpien aplatie, tandis que l'extrémité proximale de la phalangette prend sur son bord externe une forme « bec de perroquet ». Aux pieds, décalcification des phalanges et de la tête des métatarsiens accentuée surtout au niveau du gros orteil.

Les auteurs soulignent l'intérêt diagnostique de la radiographie des mains pour le dépistage précoce du rhumatisme chronique les premières lésions coïncidant dans de nombreux cas avec le début des douleurs.

Tentative de suicide par ingestion de 9 grammes de véronal. Traitement dès la cinquième heure par la strychnine intraveineuse à hautes doses (0 gr. 52). Guerison.

MM. Garin et Gonin (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 4 déc. 1934) rapportent un cas d'intoxication par le véronal chez une jeune fille de 20 ans. Coma profond, température à 40°, polynucléose sanguine, dérivés barbituriques dans l'urine.

Saignée 150 c. c. Tentative infructueuse de transfusion. Strychine intraveineuse : 2 centigr. toutes les deux heures. On y adjoint des toni-cardiaques.

A 0 gr. 48, signes d'intoxication strychnique ; à 0 gr. 50, réveil. Apparition aux deux bases pulmonaires de deux foyers successifs d'hépatisation avec souffle tubaire.

Suites simples. Guérison deux jours après le réveil.

Les auteurs insistent sur la recherche des dérivés barbituriques dans l'urine pour aider le diagnostic et donnent un aperçu pathogénique des complications pulmonaires qu'ils assimilent à des troubles trophiques dus à l'atteinte du pneumogastrique.

Antisepsie interne par l'Aniodol

M. Van de Lanoitte (*Liége médical*, 21 octobre 1934) signale un cas d'abcès latéro-pharyngien chez un enfant de 4 ans. L'ouverture, survenue spontanément, ne fut suivie d'aucune baisse de température « de guerre lasse, dit-il, je fis prendre quinze gouttes par jour, en trois fois, d'Aniodol interne, et déjà le 16 novembre, la température était tombée à la normale, et ne remonta plus. Je craignais d'assister à une septicémie, à des abcès multiples, tout au moins une furonculose ; rien de tout cela ne se produisit ; la guérison fut quasi immédiate et absolue. Il y avait eu sans doute infection amygdalienne par le virus scarlatineux.

J'insiste sur cette désintoxication ultra-rapide par l'Aniodol, que j'avais déjà employé dans des cas de gastro-entérite infantile, avec succès, et qui m'a encore procuré une guérison rapide récemment dans un cas d'abcès multiples chez un nourrisson. »







VARIÉTÉS

La Radiesthésie permet de trouver les êtres vivants ou morts, enfouis en terre

Par le Dr **Marcel BAUDOUIN**

De très remarquables expériences viennent d'être faites en Vendée sur l'emploi de la baguette, en cours de chasses aux animaux vivants dans les terriers, tels que le lapin, le blaireau, etc...

On reconnaît fort bien un terrier *vide*, sans lapin, d'un terrier hébergeant encore l'un de ces rongeurs !

On reconnaît même, dans ces terriers, la présence d'un *cadavre*, alors que le chien n'y sent rien, et que le furet retourne bredouille, puisqu'il ne peut pas rendre la vie au lapin, pour qu'il file devant lui...

Ces faits expliquent la possibilité pour un sourcier de découvrir un cadavre humain, enfoui en terre, sans cavité à *vide*, et par suite de dépister toutes sortes de *sépultures*, qu'il y ait ou non encore des chairs et des parties musculaires, ou seulement des ossements.

Ils permettent en outre de comprendre comment des baguettisants ont pu, autrefois et encore de nos jours, dépister les *hommes criminels* car, au point de vue radiesthésique, il ne saurait y avoir une bien grosse différence entre un mammifère et un vertébré supérieur et même un *homme* !

Les forces en jeu, dans les deux circonstances, sont évidemment les mêmes, avec de très faibles modalités.

Et cela ouvre vraiment des horizons nouveaux, en matière de *métapsychie* entre autres.

***

Les expériences auxquelles nous faisons allusion ont été récemment réalisées au cours d'une chasse aux lapins dans la fôret de Barbetorte, près de Luçon (V.), par M. le Professeur Guérin, docteur ès sciences (de Fontenay).

Il nous a fait lui-même le récit de ces tentatives pour la recherche des lapins, avec le contrôle d'une part d'un *chien* très bien dressé et sentant bien l'animal, et, d'autre part, d'un furet envoyé dans les terriers où la baguette signalait la présence d'un rongeur. Voici le résumé de ces sensationnels essais, réalisés en présence de quatre témoins.

Première expérience.

Passage sur un terrier avec une baguette de fortune à la main. M. Guérin, *pensant* au lapin qu'il cherche, constate un *relèvement* de l'appareil. Il va chercher les chasseurs.

A leur arrivée, plus rien au point indiqué, c'est-à-dire à l'entrée du terrier ! On prospecte les environs.

A trois mètres plus loin, *relèvement*. Le lapin a dû se déplacer dans un très grand terrier...

On introduit un furet et, effectivement, le lapin déboule au point voulu.

Deuxième expérience.

Un *chien* (fox) rentre dans un terrier et *aboie*. Conclusion : il y a là un lapin ! — Or la baguette ne donne rien ! Le chien doit avoir eu une ILLUSION... NASALE ! En effet, un furet introduit ne trouve rien. — La baguette, elle, *n'a pas eu d'illusion nasale* !... Elle ne peut en avoir !

Troisième expérience.

On reconnaît *deux lapins*, qui se déplacent dans un terrier, avec une baguette. Le fox, cependant, ne trouve rien ! Or, le furet fait sortir *trois* lapins.

Quatrième expérience.

Nouveau terrier. Le fox ne trouve rien. La baguette ne se relève pas. Le furet ne fait rien sortir. Tout concorde. Rien.

Cinquième expérience.

Le fox *aboie* à l'entrée d'un terrier. La baguette indique des *lapins* en nombre. — Le furet en fait sortir *trois*. Le chien ne s'est pas trompé, cette fois-ci ; mais il y avait trois bêtes.

Sixième expérience.

Désaccord apparent avec le furet, pour le baguettisant. Dans un terrier le *furet ne fait rien sortir* ; mais pourtant la *baguette est formelle* ! Étonné, on regarde l'entrée du terrier et l'on trouve une flaque de *sang*.

Il y avait à l'intérieur un *cadavre* ; le blessé enfoui était mort dans son trou, puisque le furet n'a pu le faire déménager..... !

***

Je n'ai pas besoin de souligner la valeur scientifique de ces constatations précises, faites par un naturaliste de profession et un baguettisant très doué.

La dernière expérience prouve d'ailleurs que le *Cadavre* d'un animal peut réagir sur la baguette, tout comme l'être vivant.

Et cela a un très gros intérêt en *médecine légale*, car un lapin mort n'est pas scientifiquement autre chose qu'un homme décédé, au point de vue matériel.

***

Le Professeur Guérin, extrêmement sensible, n'a pas besoin de détecteurs, c'est-à-dire de témoins pour la recherche de *l'eau*, de *roches* ou de *métaux* !

Il lui suffit de se suggestionner le genre d'objet qu'il recherche ; et cela lui suffit pour très bien isoler la sensation du *vide* (celle du *terrier* par exemple) de celle du *corps* cherché (lapin *mort* ou *vivant*). — Cette constatation est capitale.

On voit par là tout ce que peut donner la Radiesthésie, scientifiquement utilisée.

***

Quand il passe sur un *terrier à lapins*, le baguettisant doit avoir un relèvement décélant le *vide*.

Mais, s'il pense uniquement au *lapin*, et non au vide, il y a relèvement, en cas de présence d'un animal, dès que les radiations de celui-ci sont perceptibles, c'est-à-dire un peu avant la *verticale* du corps cherché. Or, à ce moment là le vide n'impressionne plus le porteur de baguette.

***

Dans de telles conditions, on voit le rôle que joue le *Cerveau* en ces *matières* !

C'est exactement la même histoire que pour les ondes hertziennes et la télégraphie sans fil. Pour avoir une sensation quelconque, il faut un appareil nerveux, *préparé à l'avance*. Sans cela, on ne perçoit rien.

Tout dépend donc du récepteur, car les ondes n'influencent que ceux qui se donnent la peine de leur préparer, en eux mêmes, un terrain favorable, soit isolé, soit en contact avec un appareil *ad hoc*.

Il nous semble que ces constatations sont capables d'éclairer un certain nombre de faits, classés jusqu'à présent dans la Médiumnité !

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, de livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

L'enseignement clinique français. *Extrait d'un article de M. le Professeur Sergent dans* LA PRESSE MÉDICALE (28 déc. 1934) *intitulé* : QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS DE MON COURS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL A QUÉBEC EN AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE 1934 :

L'enseignement clinique français se caractérise par des méthodes qui lui sont propres et qui assurent le prestige dont jouit à l'étranger la clinique française. J'ai pu faire cette constatation au cours de mes missions dans les divers pays étrangers ; j'ai pu la faire en percevant l'intérêt que prennent à suivre nos démonstrations elniques, notre enseignement clinique, les médecins étrangers qui viennent nous voir chez nous, en France. Ils ne sont pas séduits par nos laboratoires, dont la plupart, hélas ! sont insuffisanmment outillés ; la façade ne les attire pas ; mais, quand ils pénètrent dans nos services hospitaliers, quand ils suivent notre enseignement clinique proprement dit, ils sont séduit et intéressés. Le clinicien français — celui qui n'a pas rompu avec les vieilles et solides méthodes dont la base anatomo-clinique, fondée par Laennec, demeure inébranlable — possède l'art de dégager de l'examen du malade les notions scientifiques sur lesquelles repose la vraie clinique ; il cherche méthodiquement, rigoureusement, les signes, les symptômes, qui traduisent le trouble apporté par la maladie au fonctionnement de l'organe malade ; il est rompu aux exigences et aux finesses des techniques d'exploration ; il ne méconnaît pas la valeur des résultats apportés par les techniques de laboratoire ; mais il ne leur donne pas, à eux seuls, une signification indiscutable ; il confronte, les uns avec les autres, les résultats fournis par tous les moyens d'exploration et il cherche, en les interprétant sans parti pris, à leur donner leur véritable sens, c'est-à-dire à faire un diagnostic exact.

Combien différente est la méthode qui consiste, tout d'abord, à appliqu r systématiquement, chez tout malade, toutes les méthodes d'examen, depuis la prise de sang jusqu'à la ponction lombaire, en passant par le métabolisme basal ! On frémit quelque peu lorsqu'on voit un clinicien de cette école accepter sans discussion un résultat de dosage de glycémie, de cholestérinémie, et n'a corder aux constatations de la séméiologie clinique qu'une valeur secondaire, sinon discutable. Comme si le laboratoire ne se trompait jamais !

Ces vérités, qui sont incontestables dans toutes les parties du monde, nous avons le devoir, nous, cliniciens français, de les enseigner, de les défendre, de les répandre partout et de les entretenir là surtout ou elles sont encore inhérentes aux aptitudes de la race, de l'origine ancestrale. Et voilà pourquoi je pars en campagne pour demander à nos Pouvoirs publics, à nos Facultés de médecine de France, à notre Institut franco-canadien, d'organiser, à côté des *Conférences ex cathedra*, des *Cours d'enseignement clinique proprement dit*, c'est-à-dire tel que nous le donnons chaque jour, chez nous, dans nos services hospitaliers.

Paul Ravaut. *Extrait de l'éloge prononcé par M. Laubry à l'Académie de médecine* :

... Nulle existence ne donna davantage l'exemple de la modestie et de la sagesse. Un médecin n'est jamais complet si l'artiste, qui doit doubler chez lui l'homme de science, ne communie pas avec toutes les manifestations de l'art, mais il a le droit d'avoir certaines prédilections. Les goûts de Ravaut l'inclinaient vers le chatoiement des expressions décoratives qui nous rendent doublement chère la paix du foyer. L'Orient avait pour lui une attirance invincible. Je le vois volontiers, enfant de Paris, promenant son pas insouciant sur le pavé familier, musarder aux vitrines des antiquaires, s'attarder dans leur boutique et fureter dans leurs collections pour y découvrir les porcelaines chinoises qu'on contemple et qu'on caresse avec amour, les voluptueux tapis de Bocara, les estampes japonaises où la finesse et la précision du trait évoquent pour nos cerveaux d'Occident tout un monde inconnu et mystérieux. Et je le vois aussi dans un de ces intérieurs créés par lui, assis à sa table de travail, entouré de ses poissons exotiques et de ses chiens familiers, méditer et produire.

Contemplatif, épris d'intimité, Ravaut était de ceux, et il en reste encore, qui estiment superflue la nécessité de voyager pour s'agrandir. Au mirage des ciels étrangers, il préférait :

La douceur du foyer et le charme des soirs.

Pour lui les meilleurs voyages étaient ceux qu'on fait en rêvant autour de sa chambre. Il s'était aménagé à Triel une propriété qui était le prolongement de son hôtel parisien, où chaque semaine ses fleurs lui faisaient oublier ses collections momentanément délaissées. Son âme s'harmonisait là avec un de ces horizons lumineux de l'Ile-de-France auxquels la Seine communique l'apaisement de ses sinuosités alourdies. Mais, comme le fleuve, Ravaut avait ses débordements qui étaient des explosions de joie et d'exubérance. L'interne que nous avons tous été se révélait volontiers en lui. Une orientation différente nous avait séparés, et nous nous retrouvions depuis quelques années d'une façon régulière dans un dîner dont les conversations médicales étaient bannies. Jean-Louis Faure le préside. Il le surveille de son sourire et l'anime de sa verve. D'autres collègues ne dédaignent pas d'y oublier leur gravité académique. Ravaut n'était ni le moins assidu, ni le moins gai.

Dans les derniers jours d'octobre, il s'était montré comme à l'ordinaire un charmant convive. Il nous quitta pour partir le lendemain à la chasse, le seul plaisir qui le détournait de ses « week-end » familiers. A peine était-il de retour que le drame

éclatait. La nouvelle de sa maladie, colportée à la Société médicale des hôpitaux par notre collègue Lemierre, fit peser sur nous une véritable stupeur. Quelques jours après, nous apprenions la nouvelle d'une fin que ne purent conjurer ni les efforts de ses médecins, ses amis, de l'École Widal, Lemierre et Brulé ; ni l'intervention de Gosset qui l'opéra beaucoup plus pour satisfaire au désir suprême d'un ami que pour obéir à des indications formelles...

On termine la démolition de la Charité de Lyon :

... Maintenant les bâtiments de la Charité sont presque entièrement démolis. Seuls subsistent la chapelle et son clocher. Leur tour est venu de disparaître.

Alors les indifférences s'éveillent. Des pétitions circulent. Des ordres du jour sont votés. On va même jusqu'à regretter la démolition de la Charité. Si pareille levée de boucliers s'était manifestée à l'époque où parurent les souhaits des *Débats* en faveur de la Charité, l'Hôtel des postes que l'État doit faire construire sur les plans de M. Roux-Spitz eût peut-être été édifié sur un autre emplacement, celui de la Manufacture des tabacs par exemple, tout auprès de la gare de Perrache.

Abandonnée à la fois par l'autorité municipale et l'autorité ecclésiastique, menacée dans sa solidité par la démolition des bâtiments auxquels elle était adossée, la chapelle de la Charité semble vouée à une disparition prochaine. Elle a été fermée au culte le 1er janvier. Et a commencé le déménagement des objets d'art et monuments qui doit précéder la démolition.

On s'est préoccupé d'abriter les souvenirs et les richesses conservés par le vieil hôpital. Quelques années après la guerre, M. Delore, administrateur des hospices, avait formé le projet de créer un musée des hospices civils de Lyon. Et c'est M. Delore devenu président du Conseil des hospices qui réalise ce projet préparé depuis vingt-trois ans.

Le conseil municipal a adopté près de deux cent mille francs de crédits se rapportant au transfert et à la mise en place dans le musée des hospices, le grand vestibule ou la chapelle de l'Hôtel-Dieu, de statues, plaques, grilles et vitraux, et spécialement à la reconstitution des boiseries de la pharmacie, des archives et de la salle du Conseil de l'ancien hôpital de la Charité.

. . . .

Tandis que se poursuivent les travaux de démolition de la Charité, une campagne qui recueille d'ardentes sympathies et qui a des chances de réussir est actuellement menée à Lyon en faveur de la conservation du clocher. Elle rencontre des adhérents enthousiastes même parmi de fougueux radicaux-socialistes. N'oubliez pas que Lyon est la cité au cœur de laquelle le carillon municipal du beffroi de l'Hôtel de Ville égrène chaque jour sur la ville les notes populaire du refrain des *Sapins*, de Pierre Dupont :

> Dieu d'harmonie et de bonté
> Par qui le sapin fut planté
> Par qui la bruyère est bénie
> J'adore ton génie
> Dans sa simplicité.

Le clocher subsisterait donc au centre d'un refuge dont la place serait tout indiquée aux abords du garage d'autobus qui va être établi devant l'Hôtel des postes sur l'emplacement de la chapelle et des bâtiments au nord de l'hospice. Il ne restera qu'à masquer par des ombrages l'austérité de ses murailles dans leur partie inférieure. Si le clocher avait disparu, M. Michel Roux-Spitz, qui a établi le projet de construction de l'Hôtel des postes, eût rappelé, par un campanile élevé au coin des bâtiments, la silhouette du vieil édifice.

Notez que si, dans quelques mois, on construit parallèlement au pont de la Guillotière le nouveau pont sur le Rhône nécessité par l'intensité de la circulation, le clocher de la Charité se trouvera exactement dans l'axe du pont.

Ce clocher de la Charité dont certains attribuent les plans au Bernin et qui fut l'œuvre du lyonnais Abraham, dit La Vérité, demeurera au milieu de la cité moderne comme un symbole de la charité lyonnaise et un hommage aux traditions de cette Aumône générale créée en 1531, aux temps de disette et de famine quand il fallut soutenir, réconforter, alimenter les bandes de mendiants et d'affamés qui avaient envahi la ville.

A propos du banquet médical d'Action française de Lyon. *Lu dans* LA CROIX DU RHÔNE :

Si jamais le Docteur Gailleton reparaissait à l'amphithéâtre avec ses toubibs et ses carabins de jadis, quelle ne serait pas sa surprise !

Trouver M. Charles Maurras dissertant dans sa ville au milieu des docteurs ; voir disséquer sous ses yeux la République ; étaler avec complaisance les tares de la démocratie, quel coup terrible pour un vieux Lyonnais.

Cette « trahison de la Faculté », sans être générale, est un fait d'importance ; il mérite d'être signalé ici.

L'agonie de l'empereur. AUX ÉCOUTES :

L'un des documents les plus émouvants qui soient, sur l'épopée napoléonienne est entre les mains du comte de Crawford.

Ce sont les quatre feuillets de calepins sur lesquels le Docteur Archibald Arnott crayonna ses impressions pendant l'agonie de l'empereur, à l'intention du major Gorrequer, qui se tenait dans la pièce voisine de la chambre où agonisait Napoléon.

« Le pouls est insensible, au poignet, maintenant. La chaleur se retire de la surface du corps. Mais il peut tenir encore plusieurs heures », dit le premier feuillet.

Le second précise : « État plus grave : la respiration est plus brève et difficile ».

Le troisième porte : « 5 h. 1/2. C'est la fin. Montholon me supplie de ne pas quitter le chevet. Il veut que j'assiste à son dernier soupir.

Enfin, la mort : « Il vient d'expirer à l'insant. » Puis, en dessous, hâtivement tracée, cette ligne : « Reçu et signé à 6 heures.

Fondé en 1873. — N° 6 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 FEVRIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TELEPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 5 février. M. POLITIS : Les fractures fermées et récentes du plateau tibial proprement dit. — M. RENOU : Ostéogénèse imparfaite et dysplasie périostale.

6 février. — Mlle PATEZ : Prophylaxie des infections grippales et de leurs complications pulmonaires par la vaccination. M. BARRÉ : Etude du traitement de l'érysipèle par le sulfarsénol. — M. BURG : Le rôle des villages sanitaires dans la lutte antituberculeuse. — M. ZAEPFFEL : Mise au point d'une médication hémopoiétique nouvelle. — M. FLOREZ : Récents progrès des réactions d'hémolyse et interprétation des B.-W. dans les diverses modalités de la syphilis.

9 février. — M. BALOCHE : Indications et cessation de l'oléothorax. — M. ROCHETTE : Etude de plusieurs cas de pneumothorax spontanés muets et leur comparaison avec le pneumothorax artificiel. — M. HÉTROY : Contribution à l'étude des injections intraveineuses d'alcool.

5 février. (Thèse vétérinaire). — M. DUFOUR : Elevage de la race bovine flamande dans le Pas-de-Calais. Son contrôle laitier.

7 février (Thèses vétérinaires). — M. BOPPE : Tuberculose vertébrale osseuse dans quelques espèces domestiques. — M. DEMENSOIS : Anaphylaxie active et massive par ovalbumine chez le cobaye.

Vendredi 8 février (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. FRANÇOIS : Influence des sérums antimicrobiens et antitoxiques spécifiques sur la culture de certains microbes pathogènes.

Ministère de la Santé publique. — M. le Professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de médecine, est nommé conseiller technique sanitaire rétribué, en remplacement de M. le Docteur Paul Ravaut, membre de l'Académie de médecine, décédé.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. Mauté (de Paris).

Au grade d'officier. — M. le Professeur Debré (de Paris), MM. Gachon (de La Bourboule), Gimbert (de Cannes), Leclerc (de Paris), Malgat (de Nice).

Au grade de chevalier. — Mme Amieux-Addi et MM. Boudon (de Paris), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Fraikin (de Neuilly), Isch-Wall (de Paris), Jarricot (de Lyon), Ollivier (de Contes), Savignac (de Paris), Tocheport (d'Excideuil).

Equivalences. — Le *Journal officiel* du 24 janvier 1935 publie l'arrêté suivant du ministre de l'Education nationale :

Art. 1er. — Les sessions de l'examen organisé en vertu de l'arrêté susvisé pour les étrangers qui sollicitent l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires, s'ouvriront au siège de chaque académie, aux dates ci-après :

Première session — Lundi 18 mars 1935.
Deuxième session. — Lundi 4 novembre 1935.

Art. 2. — Les registres d'inscription seront ouverts au siège de chaque académie aux dates suivantes :

Première session. — Du lundi 11 février 1935 au lundi 25 février 1935 inclus ;

Deuxième session. — Du lundi 30 septembre 1935 au lundi 14 octobre 1935 inclus.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot. Professeur Emile Sergent.) — Le cours du perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 8 avril, à 9 h. 1/2. Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Conférences d'ophtalmologie. — MM. les Docteurs A. TERSON et H. JOSEPH commenceront le jeudi 7 mars, et continueront les mardis et jeudis, à 17 heures, à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, des leçons gratuites sur les sujets suivants :

Introduction à l'ophtalmologie synthétique. Identification générale des ophtalmopathies. Nomenclature unifiée. Etiologies principales et associées. Thérapeutique correspondante.(A. TERSON). — De la dioptrique oculaire. Emmétropie. L'accommodation, la presbytie et sa correction. (H. JOSEPH). — Les glaucomes. Pathogénie, évolution historique, traitement médico-chirurgical amélioré. (A. TERSON). — La vision binoculaire normale, pathologique et le strabisme (H. JOSEPH). — Le strabisme en clientèle. Traitement orthoptique, médical et chirurgical (A. TERSON et H. JOSEPH). — Analyses et synthèses ophtalmologiques (dermatologie oculaire, processus intraoculaires et intra-craniens, etc... (A. TERSON). — Anomalies de la réfraction : leur mesure et leur correction (H. JOSEPH). — Lacunes et progrès dans l'examen oculaire, les prescriptions et ajustages de lunettes, le traitement médical et chirurgical des maladies des yeux (suite d'entretiens, avec démonstrations techniques et pratiques. (A. TERSON et H. JOSEPH).

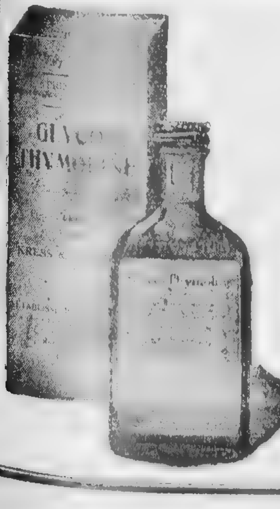
VIIIe Congrès national de la tuberculose. (Marseille, du 15 au 18 avril 1935.) — Les demandes d'inscription doivent être adressées au secrétariat du Congrès, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), accompagnées de la somme de 80 francs, montant de la cotisation, ou mieux verser cette somme dans un bureau de poste au nom du Comité national de défense contre la tuberculose (compte courant de chèques postaux 511-39, Paris).

Les Compagnies de chemins de fer français accordent aux Congressistes des bons de transport à tarif réduit de 50 %, valables du 13 au 29 avril inclus, et les Compagnies de navigation les font bénéficier de facilités de passage.

Les congressistes retiendront leur logement eux-mêmes directement d'après la liste des hôtels, avec tarif réduit, qui leur sera envoyée avec leur carte de membre.

Le Comité marseillais organisera des réceptions pendant le Congrès et des visites auront lieu aux divers organismes locaux de lutte antituberculeuse et aux ports de Marseille.

Après le Congrès, les congressistes pourront participer pour



un prix forfaitaire, à une croisière en Adriatique et aux excursions suivantes :

A. — En Provence. — *Itinéraire I* (deux jours, 18 et 19 avril), Marseille, Les Martigues, Istres, Arles, La Camargue, Arles, Montmajour, Saint-Rémy-de-Provence, Aix-en-Provence, Marseille.

B. — Sur la Côte-d'Azur. *Itinéraire II* (un jour, 18 avril), Marseille, La Gineste, Cassis, La Ciotat, Bandol, Sanary, Toulon, Hyères, presqu'île de Giens, San-Salvadour, Marseille.

Itinéraire III (trois jours, 18-21 avril). — Pour le premier jour voir itinéraire II ; le deuxième jour : Hyères, Le Lavandou, Cavalaire, Côte des Maures, Sainte-Maxime, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet et Super Cannes ; le troisième jour : Cannes, Grasse, Thorenc, Les Gorges-du-Loup, Vence, Nice.

Itinéraire IV (cinq jours), 18-23 avril). — Pour les trois premiers jours, voir itinéraire II et III. Les deux autres jours : Nice, Beaulieu, Cap-Martin, Monaco, Menton et retour par la Grande-Corniche à Nice.

C. — Croisière en Adriatique. — Des places sont réservées aux congressistes, jusqu'au 15 mars, pour la croisière organisée du 18 au 29 avril, par la Ligue maritime et coloniale avec le concours de la Presse médicale marseillaise : Marseille, Durazzo, Cattaro, Raguse, Spalato, Venise, Corfou, Sète, Marseille.

Pour les conditions des excursions et de la croisière, s'adresser au Bureau marseillais du Congrès, 38, rue de la République, à Marseille.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en huit leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 18 février 1935, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e) jusqu'au samedi 16 février. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — I. Chirurgie du périnée et du vagin : colpo-périnéorraphie avec suture des releveurs ; cloisonnement du vagin : colpotomies. — II. La laparotomie en gynécologie : la chirurgie des déviations utérines : ventrofixation isthmique, ligamentopexie : oblitération du Douglas. — III. Castration unilatérale : hystérectomie fundique ; résection du nerf présacré. — IV. L'hystérectomie subtotale. — V. L'hystérectomie totale. — VI. L'hystérectomie totale élargie. — VII. L'hystérectomie vaginale : névrotomie du nerf honteux interne. — VIII. Chirurgie du sein ; amputation du sein avec curage ganglionnaire de l'aisselle.

Concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le jeudi 21 mars 1935, à 16 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du jeudi 21 février au lundi 4 mars 1935 inclusivement.

Association corporative des étudiants en médecine. — Cette Association tient à donner les précisions suivantes au sujet des manifestations qui se déroulent à la Faculté de médecine.

Elle a toujours été la promotrice des campagnes de protection efficace des étudiants en médecine et médecins français, en union étroite avec les représentants qualifiés des divers groupements médicaux, et cela sans aucune préoccupation politique ou confessionnelle.

Si elle est d'accord avec les manifestants sur le principe des revendications actuelles, elle poursuit activement son action auprès des Pouvoirs publics, en dehors de toute manifestation de la rue : elle agit à l'heure présente auprès du Parlement pour le vote rapide des propositions de loi Dommange et Cousin. (*Communiqué.*)

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le mercredi 27 février, à 17 heures, au Club universitaire américain, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris, XIIIe.

IXe Bal de la médecine française. — Le IXe bal de la médecine française aura lieu dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, le lundi gras, 4 mars 1935.

Le Président de la République honorera de sa présence cette soirée de bienfaisance organisée chaque année par la Société F. E. M. au profit des veuves et orphelins de médecins.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

A minuit, souper par petites tables, servi par des jeunes filles en uniforme, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Prix des cartes : 50 francs pour bal et soirée artistique ; 30 francs pour bal seul ; 65 francs pour souper (champagne compris).

Aux étudiants en médecine, sur présentation de leur carte, il sera fait une réduction sur le prix d'entrée.

Pour tous renseignements, s'adresser : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VIe). Tél. Littré 48-12.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La séance solennelle de la « Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris » aura lieu le jeudi 14 mars, au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

La matinée, à partir de 10 heures, sera consacrée à l'exposé et à la discussion de rapports intéressant la thérapeutique climatologique : M. Jules Renaud : Indications et résultats de l'héliothérapie. — M. Cattier : Problèmes d'héliothérapie marine. — M. Paillet (Saint-Gervais) : L'héliothérapie en altitude.

La séance de l'après-midi débutera à 16 heures précises. Les rapports suivants seront présentés : M. le Professeur agrégé Chabrol : Les rapports du foie et de l'intestin en pathologie. — MM. Binet (Vichy) et Baumann (Châtel-Guyon) : Les syndromes entéro-hépatiques et leur traitement hydrominéral.

Les médecins étrangers à la Société qui désireraient recevoir les rapports et prendre part aux discussions sont priés de s'adres-

ser au Docteur Sérane, secrétaire général, de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVI°).

Dispensaire antituberculeux d'Oran. — Un concours sur titres est ouvert en vue de la désignation d'un médecin spécialisé, chargé du dispensaire antituberculeux d'Oran.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues au règlement-type des dispensaires antituberculeux.

Les demandes de candidature doivent être adressées, avant le 25 février 1935, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VI°).

Hôpital de la Pitié (83, boulevard de l'Hôpital). — Le Professeur Laignel-Lavastine, dans son service de la Pitié avec la collaboration de MM. Delherm, Bailliart, Justin-Besançon, Bourgeois, Deschamps, Arbeit, Vinchon, Largeau, Robert Bonnard, Cornélius, Michel Gaultier, Jean Voisin, commencera le samedi 23 février 1935, un cours pratique sur les Actualités sympathologiques avec présentation de malades et exercices de laboratoire. Ce cours comprendra dix leçons et sera terminé le 14 mars.

Chaque leçon comprendra un exposé théorique les lundis, mercredis, jeudis et samedis à 10 heures suivi d'exercices pratiques.

Actualités sympathologiques. — 1° La sympathologie : ses méthodes, son intérêt pratique. (M. Laignel-Lavastine). — 2° Anatomo-physiologie du sympathique. (M. Laignel-Lavastine). — 3° Nouvelles acquisitions sémiologiques. (M. Laignel-Lavastine). — 4° Sur le sympathique oculaire. (M. Bailliart). — 5° Sur le sympathique digestif. (M. Arbeit). — 6° Sur le sympathique cardiaque. (M. P. N. Deschamps). 7° Sur le sympathique respiratoire. (M. Bourgeois). — 8° Sur le sympathique en hydrologie. (M. Justin-Besançon). — 9° Sur le sympathique dans les psychoses. (M. Laignel-Lavastine). — 10° La physiothérapie des sympathoses cutanées. (M. Delherm).

Le nombre d'étrangers en traitement dans les hôpitaux parisiens. — A une question de M. Jean Ferrandi, sur les étrangers en traitement dans les hôpitaux parisiens, le préfet de la Seine a précisé :

Au 31 octobre 1934, il y avait 20.256 malades présents dans les hôpitaux ou hospices dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, dont 1.461 étrangers se répartissant ainsi :

Etrangers appartenant à des Etats avec lesquels ont été passées des conventions d'assistance : 919.

Autres catégories d'étrangers : 542.

A la même date, il y avait 317 malades dans les hôpitaux-hospices communaux de banlieue contrôlés par la Préfecture de la Seine, dont 52 étrangers.

Remise de l'épée d'honneur à M. Jean-Louis Faure. Cette remise aura lieu le dimanche 24 février, à 11 heures du matin précises, à la Fondation Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris, sous la présidence de son Excellence Da Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, à Paris.

L'épée due à M. Falize, le maître orfèvre, est une œuvre magnifique.

Une plaquette du souvenir de cette fête familiale, où seront imprimée les discours, la liste des donateurs et la reproduction de l'épée sera remise à tous les assistants.

La cérémonie sera terminée en trois quarts d'heure.

Ceux qui voudront bien s'intéresser à cette manifestation et à l'offre de l'épée pourront participer à la souscription pour une somme de 100 francs plus ou moins suivant leurs disponibilités et l'adresser au siège de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (XVI°).

Des cartes seront envoyées à tous ceux qui en feront la demande pour eux et leurs familles.

— **Nécrologie.** — Docteur Marius Bonnet, de Colmars (Basses-Alpes). — Docteur Clos, décédé, à Toulouse. — Docteur Dubourdieu, de Paris. — Docteur Fary, décédé à Marseille. — Docteur Maigre, de la Roche-sur-Yon. — Docteur Pellet, décédé, à Paris. — Docteur Spillmann, d'Alençon. — Docteur Turbiau, de Montargis. — Docteur de Tersannes, décédé, à Paris. — Docteur Carlo Lotti, professeur de pathologie médicale à l'Université de Pise, décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur Andrew Wylie, de Londres, correspondant de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur les effets de la parathyroïdectomie unilatérale dans la maladie de Parkinson

Par MM.

L. CORNIL, Professeur à la Faculté de médecine de Marseille

et

J. PAOLI, Chirurgien du Centre anticancéreux

J. ALLIEZ, Chef de clinique

Les relations entre la maladie de Parkinson classique et les troubles du fonctionnement parathyroïdien ont été diversement interprétées. Les progrès de nos connaissances anatomo-pathologiques dans le domaine des noyaux gris centraux (R. Hunt. Lhermitte et L. Cornil) du locus niger (Trétiakoff) et de leur connexions, ont d'ailleurs quelque peu détourné l'attention de cet aspect du problème physio-pathologique de la paralysie agitante et ce n'est plus que dans les travaux d'avant-guerre, qu'on trouve des renseignements sur ce sujet.

Plusieurs opinions ont été soutenues: La plupart des auteurs qui ont envisagé cette question ont considéré que l'insuffisance parathyroïdienne intervenait pour une large part dans la production des troubles qui caractérisent la maladie.

Toutefois, d'autres observateurs n'ont pu mettre en évidence aucune lésion constante des glandules parathyroïdiennes.

D'autre part, et tout au contraire, Erdheim, puis Roussy et Clunet, décelaient des altérations d'ordre hyperplasique importantes qui les conduisaient à ne pas admettre les théories incriminant un hypofonctionnement parathyroïdien.

Une observation que nous venons de recueillir nous a incité à attirer de nouveau l'attention sur ces faits.

Möbius le premier, avait soutenu « que l'atrophie des parathyroïdes pourrait bien produire la paralysie agitante ». Pour Lundborg (1901), la paralysie agitante est probablement une hypoparathyroïdie progressive chronique. Il la rapproche à ce point de vue, de la tétanie, des myoclonies, de l'épilepsie. Barkeley (1907) affirme l'existence d'une sclérose atrophique importante. Camp reproduit (1907) une planche d'Eiselberg qui figure un singe, privé de ses para-thyroïdes et figé dans une attitude parkinsonienne. Il a examiné les glandes parathyroïdiennes de deux parkinsoniens et a trouvé dans les deux cas une infiltration graisseuse particulière. Dans un de ces cas même, il interprète l'abondance de la colloïde comme un symptôme de dégénérescence.

Alquier (1909), Jacobson décrivent également des lésions. Sur cinq parathyroïdes, Alquier trouve des masses graisseuses abondantes et une seule espèce de cellules, petites à noyau sombre et dense.

Gautier, qui a consacré un travail d'ensemble à cette question (Thèse Lyon : 1912-13) admet avec une largeur de vues dont nous devons signaler l'intérêt, que la maladie de Parkinson est une dystrophie endocrinienne aboutissant à une intoxication endogène qui se fixe sur la région sous-thalamique ou le locus niger : l'origine de cette endo-intoxication résidant en une insuffisance parathyroïdienne, qui entraîne une fuite du calcium, avec comme conséquence, une excitabilité du système nerveux et en particulier, une hypertonie musculaire.

Mais d'autres auteurs ne rencontrent aucune lésion qui puisse impliquer l'intervention d'un facteur parathyroïdien dans la maladie de Parkinson. Parhon et Goldstein ayant examiné soigneusement les parathyroïdes dans deux observations de la maladie de Parkinson et ne décelent aucune altération même minime. Une autopsie de Parhon lui a donné ultérieurement le même résultat négatif. Thompson de Boston, après examen de neuf observations, considère qu'il n'y a aucune raison d'admettre de trouble fonctionnel ou de lésion de l'appareil parathyroïdien dans la maladie de Parkinson. Humphry admet que les lésions par certains auteurs rencontrées, ont été observées, dans d'autres affections, en particulier dans la maladie de Basedow, alors qu'on ne peut mettre en évidence aucun symptôme de la série parkinsonienne.

Lucien, Parisot et Richard partagent le même scepticisme et ne voient dans l'insuffisance parathyroïdienne du parkinsonien, si elle existe, autre chose qu'un état de prédisposition aux manifestations spasmophiles, à la paralysie agitante, comme à la spasmophilie.

Les arguments des adversaires de cette conception ne laissent pas d'être troublants. A ce propos signalons que sans qu'on puisse cependant soutenir avec certitude une théorie hyperparathyroïdienne de la maladie de Parkinson. Roussy, insiste, sur le fait, que ses constatations permettent sûrement de ne pas adopter l'opinion inverse.

Dans le domaine thérapeutique l'hypothèse de l'insuffisance parathyroïdienne avait conduit certains auteurs à employer l'opothérapie dans cette maladie. Les résultats en ont été très variables. Barkeley (1915) et Alquier signalent seuls des améliorations importantes. Kuhl paraît même avoir obtenu un excellent résultat par greffe de parathyroïdes. Parhon et Goldstein n'obtiennent aucun résultat.

Roussy et Clunet (1910) voient au contraire disparaître chez leurs malades les œdèmes et les troubles cutanés, mais les symptômes nerveux : tremblement, raideur, insomnie s'exagèrent. Or, l'examen histopathologique leur montre, dans quatre cas, des lésions de l'appareil parathyroïdien.

Alors que, sur plus de cent autopsies de malades de tous âges, ils n'ont pas rencontré de modifications histologiques importantes, ils rencontrent quatre fois des glandules parathyroïdiennes nettement augmentées de volume, à l'examen microscopique desquelles des lésions sont nettement visibles.

Ces glandes présentent l'aspect semi-compact, malgré l'âge des malades. Des cellules éosinophiles sont visibles en volumineux amas et leur aspect à un fort grossissement les montre finement granuleuses, la présence de vésicules donnant à certaines un aspect spongiocytaire. Les cellules fondamentales basophiles sont serrées les unes contre les autres, disposées le plus souvent en cordon, d'aspect clair ou sombre. Des formes de transition existent entre les deux types cellulaires. Les amas colloïdes sont très abondants et l'on trouve dans plusieurs vaisseaux de grandes plaques de substance colloïde. Le stroma conjonctif et les vaisseaux sont, au contraire, sensiblement normaux. Au cours de quatre examens ultérieurs (1912) Roussy et Clunet trouvent trois fois les mêmes lésions, une fois seulement un aspect normal. Ils pensent que ces images peuvent répondre à une activité exagérée des glandes, ce qui concorde avec leurs constatations thérapeutiques.

L'action néfaste de l'opothérapie parathyroïdienne leur faisait préconiser la radiothérapie de la région parathyroïdienne dans de tels cas.

C'est en nous fondant sur cette opinion que nous avons fait exécuter chez notre malade, une intervention plus radicale, la parathyroïdectomie unilatérale.

L'amélioration considérable subjective et objective des

symptômes parkinsoniens, quoique le résultat ait été prolongé mais seulement temporaire pour certains d'entre eux, la netteté et la nature des lésions histologiques que nous avons rencontrées analogues à celles que signalaient Roussy et Clunet, nous a paru digne de retenir l'attention.

Voici, limitée à ses données essentielles, l'observation de ce malade :

Agé de 55 ans, M. N... ne présente dans ses antécédents qu'une bronchite emphysémateuse à signaler. En particulier il n'a jamais été atteint antérieurement par un épisode encéphalitique. Venu à la consultation du Centre anticancéreux de Sainte-Marguerite en mars 1933, pour un épisode inflammatoire cutané, on constate qu'il est atteint d'une maladie de Parkinson typique qui a débuté quatre ans auparavant.

Le malade aurait commencé à trembler de son membre supérieur gauche simultanément avec l'apparition d'un épisode algique siégeant à l'épaule gauche.

Le tremblement s'étend progressivement à l'avant-bras, puis au bras, du même côté. Quelques mois après, le membre inférieur gauche est animé des mêmes tremblements. Cet état persiste un an, puis le tremblement s'installe du côté droit en suivant la même progression : algies scapulo-humérales transitoires, tremblement du membre supérieur, puis du membre inférieur.

Le tremblement est continu, mais son intensité est très variable. Elle est plus forte le matin, puis décroît progressivement dans le courant de la journée. L'émotion, l'effort l'exagèrent considérablement.

En dehors de ces phénomènes, notre malade éprouve d'autres troubles moteurs. Il se plaint d'une asthénie généralisée et de troubles de la marche en particulier, une tendance persistante à la rétropulsion l'oblige à se pencher considérablement en avant pour pouvoir marcher. D'autre part, un symptôme très pénible, l'akathisie de Sicard, le gêne considérablement dans sa vie sociale. Il lui est impossible de se tenir immobile pendant quelques temps sur un siège quelconque. Le passage de la station assise à la station debout est cependant très pénible. Les diverses mouvements segmentaires, quoique très gênés par un état de rigidité généralisée, s'effectuent toujours sans un trop grand effort de volonté. Le malade signale, en outre, des crampes très douloureuses dans le territoire du sciatique poplité externe.

Il n'y a pas de troubles psychiques importants, mais on note un état d'anxiété qui inquiète considérablement le malade.

L'examen révèle tous les signes d'une maladie de Parkinson typique avec prédominance du tremblement et de la rigidité à gauche, du côté où les troubles ont commencé.

Le taux de la calcémie (Docteur Arnoux) n'est pas élevé : 0,0098 à droite, 0,0092 à gauche. La glycémie atteint 0 gr. 93, l'urée sanguine 0,29.

L'intervention est pratiquée le 20 mars 1933 (Docteur Paoli). La parathyroïde gauche est facilement trouvée. Elle atteint le volume d'une lentille et sa coloration est rouge-orangé. On procède à son ablation et l'artère est réséquée au niveau de son épanouissement. L'exploration de la région parathyroïdienne droite ne montre pas de glandules augmentées de volume. L'organe que l'on identifie, comme la parathyroïde, est laissé en place.

Les suites opératoires sont normales ; on ne note pas de phénomènes tétaniques.

L'amélioration est progressive et surprenante. Notre malade n'est plus enraidi. Les douleurs crampoïdes ont disparu, le sommeil est redevenu normal et réparateur. Il n'existe plus de trouble de l'équilibre. Il fait chaque jour une marche prolongée, mais le tremblement persiste, quoique très légèrement atténué. Toutefois, il peut nous écrire une lettre en avril 1933, très lisible, où il nous exprime sa reconnaissance d'avoir retrouvé un état de bien-être qu'il croyait à jamais disparu.

Cet état d'amélioration persiste pendant deux mois. Le psychisme est nettement meilleur. Ensuite, progressivement, l'intensité du tremblement reprend et la rigidité reparaît, mais les douleurs crampoïdes cependant ne se sont plus reproduites et il n'existe plus de troubles du sommeil. Depuis un mois (juillet 1934) cependant il remarque qu'il se repose moins qu'auparavant durant son sommeil.

L'examen histologique de la glande excisée permet de noter :

La capsule de la glande est nette, mais ne paraît pas épaissie. Des tractus fibreux s'y insèrent et se dirigent vers l'intérieur, mais ils sont très peu nombreux et ne sont développés qu'autour des vaisseaux. Ceux-ci sont peu abondants, mais assez volumineux et à parois épaissies. D'autre part, de fins prolongements cloisonnent le parenchyme et déterminent la disposition des éléments épithéliaux en travées parallèles ou en petits lobules. Les capillaires sont très nombreux, dilatés, et les cellules endothéliales, qui se trouvent au contact même des cellules du parenchyme, font saillie dans la cavité sinusale.

La structure générale de la glande est de type compact. Les cellules parenchymateuses sont groupées, soit en travers allongées, ou pour la majeure partie en amas polygonaux dont le contour est nettement dessiné par les cellules endothéliales et leurs prolongements.

Toutes les cellules ont une paroi nettement dessinée et fortement colorée. Un premier type est constitué par des éléments polyédriques, à noyau central, volumineux, contenant une chromatine fortement basophile et parfois un ou plusieurs nucléoles. Le protoplasme est alors coloré en rose clair, par l'éosine, et présente une structure finement granuleuse. Parfois, la présence de vacuoles lui donne un aspect spongiocytaire.

Des cellules beaucoup moins nombreuses, ont une structure parfois plus nettement cubique. Le noyau est central, de taille moyenne, le protoplasme clair prend à peine les colorants. Quelques-unes de ces cellules sont groupées en des formations pseudo acineuses contenant une substance homogène prenant fortement l'éosine. Les noyaux sont alors placés au pôle interne de la cellule entourant le produit de sécrétion.

Des cellules à protoplasma très homogène et colorées en rouge brique par l'éosine sont tantôt isolées, ou groupées en petits amas sans limite nette. Le noyau y est très coloré parfois central, parfois excentrique.

Entre ces divers types d'éléments se rencontre une série de cellules dont les affinités tinctoriales constituent des transitions nettes entre les cellules claires et les cellules fortement acidophiles. La taille de toutes les formations cellulaires est assez variable, les éléments les plus volumineux se rencontrent parmi les cellules claires.

On ne rencontre en aucun point de la préparation, des formations acineuses ou des amas de tissu conjonctif abondant.

En résumé, cette parathyroïde est constituée par une masse très homogène de tissu compact où dominent les cellules principales à protoplasma finement granuleux coloré en rose clair par l'éosine et disposé en amas lobulaires bordés d'un fin reticulum conjonctif. Les cellules principales claires et les cellules éosinophiles sont en nombre plus réduit. D'autre part nous avons signalé le peu d'abondance de la substance colloïde et l'absence complète de tissu graisseux.

S'agit-il d'une formation parathyroïdienne normale ? Le type présenté par cette glande est le type compact, spécial à l'enfant et qui fait place chez l'adulte au type semi-compact ou au type diffus, où les amas cellulaires sont beaucoup moins abondants que le tissu conjonctif et les vésicules adipeuses. Un tel aspect nous paraît significatif d'un fonctionnement très actif de la glande. Le type compact tel que nous l'avons rencontré ici rappelle beaucoup plus certains aspects adénomateux que les figures habituellement observées chez l'adulte normal. Il s'agit, à tout le moins d'un processus nettement hyperplasique.

Ces aspects sont analogues à ceux qu'avaient rencontrés Roussy et Clunet dans quatre cas de maladie de Parkinson. Ces auteurs insistaient sur la diminution du volume des vésicules graisseuses et l'abondance des cellules éosinophiles. Ce dernier caractère ne se rencontre cependant pas dans notre cas. De même, la colloïde est peu abondante contrairement à ce qu'avaient observé Roussy et Clunet.

Ainsi, un malade de 55 ans, atteint de maladie de Parkinson voit son état s'améliorer considérablement pendant une période de plus d'une année après l'ablation d'une parathyroïde hyperplasique. Cette amélioration porte à la fois sur les symptômes objectifs et subjectifs. Le tremblement a été le moins influencé, mais le sommeil était en particulier redevenu normal et c'est environ 14 mois après l'opération que le malade a recommencé à trouver que ce sommeil était moins réparateur.

Quelle est la relation entre cet aspect histologique de lésions hyperplasiques d'une parathyroïde, et les symptômes neuro-psychiques ? Il est difficile d'élucider le


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

mécanisme qui lie les ordres de phénomènes. L'un de nous avait dans cet ordre d'idées proposé de rattacher aux lésions des formations sous thalamiques et de l'axe bulbo ponto pédonculaire (cellules pigmentées isolées ou groupées) les troubles de la régulation du métabolisme musculaire observés chez les parkinsoniens. Ces « noyaux » dont le rôle serait analogue aux noyaux tubériens, pourraient agir comme ces derniers par l'intermédiaire de glandes endocrines, dont la parathyroïde serait la plus importante, quoiqu'elle ne constitue qu'un seul terme du problème physiopathologique ainsi envisagé. L'heureux résultat quoique transitoire de l'intervention dans notre cas nous a incité à attirer l'attention sur de tels faits qui justifient en raison de l'inocuité relative d'une opération bien conduite, avec contrôle opératoire de la parathyroïde opposée laissée en place, une indication dans le cas où la thérapeutique médicale atteint la limite de son action.

Mais si notre observation vient à l'appui de la conception déjà ancienne de Roussy et Clunet, il s'en faut que nous puissions pénétrer le mécanisme d'action du trouble parathyroïdien. Le nombre des observations qui s'opposent à notre thèse incite à rester prudent et il est vraisemblable que plusieurs modes d'altération pourraient, le cas échéant, aboutir à des résultats analogues, le fonctionnement des éléments qui interviennent synergiquement pouvant lui-même être modifié de manière diverse.

Nous ne croyons pas que dans l'insuffisance parathyréoprive, la persistance des signes moteurs de tétanie, après transection médullaire, soit un argument suffisant pour dénier tout rôle aux parathyroïdes dans la maladie de Parkinson comme l'admettent Lucien, Parisot et Richard. Dans certains cas, ceux de Roussy et Clunet, le nôtre, l'évolution morbide et les lésions anatomiques s'accordent assez pour qu'on soit autorisé à voir dans ces relations autre chose qu'une simple coïncidence. Malgré notre méconnaissance du mode exact par lequel s'expliquent ces relations, malgré la diversité des troubles que conditionnent les altérations de ces glandes, *nous défendant d'apporter une conception pathogénique nouvelle, basée comme tant d'autres, heureusement éphémères, sur une analogie imaginative généralisant des données anatomiques et physiologiques encore fragmentaires* nous avons voulu insister à nouveau sur cet aspect de la question qui paraît actuellement négligé.

De plus, nos ressources thérapeutiques ne sont pas en général tellement brillantes dans la maladie de Parkinson pour que notre suggestion étant donnée *son absence totale de dangers post-opératoires* ne puisse être à nouveau mise en œuvre, devant tant de cas rebelles et souvent si décourageants.

BIBLIOGRAPHIE

Alquier. — *Gazette des Hôpitaux*, 13 novembre 1909, n° 1653.

Berkeley. — *Med. News*, t. LXXXVII, 2 décembre 1905, p. 1060.

Camp. — *The Journal of the Amer. méd. Association*, 13 avril 1907, p. 1230.

Cornil et Vérain. — *Société de Neurologie*, 1er décembre 1927 ; *Revue Neurologique*, 1927. T-II. p. 709 713.

Gautier. — *Thèse Lyon*, 1912-1913.

Kuhl. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1923, n° 49, p. 497.

Lucien, Parisot et Richard. — *Traité d'endocrinologie*, t. parathyroides.

Lundborg. — *Deutsche Zeitsbrift für Nervenheilkunde*, XXVII. Band. Leipzig, 1904, p. 217.

Jacobson. — *American Journal of Physiology*, 1923, n° 63, p. 635-39.

Mobius. — *Neurologische Beitrage*. Ver. Aufsatze, 5 Heft 5. 19.

Parhon et Goldstein. — *Presse Médicale*, 1910, n° 65.

Roussy et Clunet. — *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, n° 3, mai 1910, p. 46?-488.

Roussy G. — *Journal médical français*, 6, 1912, 111-121.

Thompson. — *The Journal of the medical research*. L. New series, vol. X, p. 399-425, juillet 1906.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Pronostic et traitement de l'Hydrophtalmie [1]

Par le Professeur Félix TERRIEN

Observations. — Je vous présente un enfant âgé de dix ans qui est atteint de l'affection dont nous allons parler aujourd'hui ; il a un glaucome congénital de l'œil droit.

On ne note rien de particulier dans ses antécédents. L'enfant qui, à sa naissance, ne semblait rien présenter d'anormal au dire des parents, est resté jusqu'à l'âge de trois ans en nourrice. Lorsqu'on le revit pour la première fois, à ce moment on constate que son œil droit est très volumineux ; cependant, l'enfant n'en souffre pas et voyait un peu avec cet œil ; le gauche était absolument normal. Il s'agissait donc ici d'un glaucome infantile de l'œil droit, l'affection étant caractérisée avant tout, nous allons le voir par l'augmentation, de volume du globe oculaire, augmentation souvent considérable d'où le nom donné à l'affection : buphtalmie, œil de bœuf, et par une élévation du tonus.

Le volume de l'œil de l'enfant n'étant pas encore très considérable et ses parois étant peu amincies, nous pûmes pratiquer à ce moment l'opération la plus recommandable en pareil cas, la trépanation de la sclérotique. Le résultat vous pouvez le voir en est très remarquable puisque depuis cette époque, plus de six années, non seulement l'œil n'a plus grossi, mais même a diminué de volume et que sa tension est sensiblement égale à celle de l'œil sain.

Cet enfant avait donc présenté de l'hydrophtalmie et, vous le voyez, le glaucome infantile présente des caractères très distincts de ceux que nous avons l'habitude de voir chez l'adulte. Alors que chez ce dernier tout se borne a l'hypertonie du globe oculaire, les membranes d'enveloppe ne pouvant se distendre, au contraire, chez l'enfant, la sclérotique, plus extensible, cède à la tension et se laisse distendre. Ceci explique la symptomatologie du glaucome infantile, si différente de celle observée chez l'adulte.

Notre petit malade a été opéré il y a six ans ; j'ai pratiqué chez lui la trépanation de la sclérotique. L'enfant, il est vrai, ne voit rien de son œil opéré, et l'examen ophtalmoscopique en donne la raison en montrant l'existence d'une atrophie complète de la papille avec excavation profonde. Toutefois, si l'enfant avait été traité plus tôt, nous aurions pu, très probablement, lui conserver un certain degré de vision puisque la trépanation a suffi pour arrêter l'évolution de l'affection. Mais l'atrophie optique étant déjà très avancée à ce moment, a continué sa marche comme c'est la règle. Notons que le glaucome infantile est presque toujours bilatéral ; chez notre jeune malade, il est resté unilatéral.

Voilà donc un premier malade qui nous montre l'utilité de l'intervention précoce.

Le second malade est entré à l'hôpital le 14 novembre : je ne puis vous le montrer, car il présente une photophobie d'une intensité extrême et l'amener à l'amphithéâtre eût été le faire souffrir atrocement.

Il conserve opiniâtrement les paupières contractées et lorsque avec une peine extrême et à l'aide des releveurs de Desmarres on réussit à les écarter, on voit qu'il est atteint de buphtalmie bilatérale. Les deux yeux sont très volumineux,

(1) Leçon faite à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 30 novembre 1934.

très distendus, et les cornées très agrandies montrent une teinte bleuâtre.

Cet enfant est âgé de six ans ; il ne quitte pas la chambre, même pour prendre ses repas et encore enfonce-t-il son chapeau sur les yeux pour éviter la moindre lumière. Ses yeux sont énormes des deux côtés.

Fait intéressant à mentionner dans les antécédents héréditaires : il y a quatre mois, sa mère a mis au monde des jumeaux (pour certains auteurs la grossesse gémellaire, vous le savez, serait un signe de syphilis) et l'un des jumeaux présente à la naissance un glaucome bilatéral pour lequel il est soigné à la clinique des Quinze-Vingts.

Aspect clinique. — Le glaucome infantile existe le plus souvent dès la naissance, ou se développe dans les premiers temps de la vie extra-utérine. C'est ce qui est arrivé chez notre petit malade. Malheureusement il ne fut pas soigné, et il nous est présenté aujourd'hui dans un état pour lequel nous n'avons plus grand'chose à faire. Je me suis borné chez lui à une sclérotomie réduite, seule opération, je vous le dirai tout à l'heure, indiquée dans les formes très avancées comme chez notre petit malade où l'affection et en quelque sorte à sa période ultime.

L'œil atteint peut acquérir un volume énorme ; le globe oculaire est très distendu. Presque toujours l'affection est bilatérale et la cornée présente des dimensions beaucoup plus considérables qu'à l'état normal. C'est le premier signe qui attire l'attention.

Son diamètre moyen normal chez l'adulte est de 11 à 12 millimètres ; chose curieuse, la cornée de l'enfant normal atteint de bonne heure ces dimensions. Mais l'œil atteint de glaucome infantile a une cornée agrandie, atteignant 15 16 et même 20 à 30 millimètres de diamètre.

L'homme est de tous les animaux celui qui a la cornée la plus petite par rapport à sa taille, il semble y avoir un rapport inverse entre les dimensions de la cornée et la mobilité du globe oculaire. La cornée est d'autant plus grande que l'œil est moins mobile et moins susceptible d'excursions étendues (lapin, bœuf, chien, etc.), la grandeur de la cornée influençant directement le champ visuel qu'elle augmente.

En même temps qu'elle est agrandie, la cornée de l'œil hydrophtalme est plus ou moins opaque, ce qui est dû à la compression qu'elle subit et aux troubles circulatoires qui en sont la conséquence. Car la transparence de la cornée, composée vous le savez de fibres conjonctives disposées en lamelles perpendiculaires les unes aux autres, résulte de cet agencement. Il suffit de la comprimer entre deux lames de verre pour lui faire perdre sa transparence.

Après paracentèse on voit la cornée recouvrer sa transparence. Quelquefois ce trouble a pu en imposer pour une kératite interstitielle, mais on ne trouve pas de phénomènes inflammatoires, comme cela s'observe dans la kératite interstitielle, presque toujours d'origine hérédo-syphilitique.

Dans la kératite toute l'épaisseur de la cornée est infiltrée, ce qui n'est pas dans le glaucome infantile où il existe en même temps une augmentation progressive de volume du globe et des poussées glaucomateuses fréquentes. Enfin le trouble cornéen de l'œil buphtalme disparaît ou s'atténue beaucoup après la ponction.

Toutefois il faut toujours, chez les jeunes enfants atteints de kératite interstitielle songer à la possibilité d'un glaucome infantile et examiner soigneusement le tonus, au besoin pendant le sommeil.

Remarquons d'ailleurs que l'élévation du tonus du globe, qui est à la base de l'hydrophtalmie comme de tout glaucome, est ici, en raison de l'élasticité sclérotique et de la distension compensatrice du globe oculaire, toujours moins élevée que dans le glaucome de l'adulte.

Aussi l'enfant ne souffre pas et ne présente pas ces crises douloureuses atroces dues chez l'adulte à la compression des nerfs ciliaires entre la choroïde et la sclérotique inextensible. Par contre, dans le glaucome infantile, on est frappé par la profondeur de la chambre antérieure, c'est là encore un très bon élément de diagnostic, alors que dans le glaucome de l'adulte la chambre antérieure est toujours plus ou moins diminuée.

Cette profondeur anormale de la chambre antérieure entraîne le refoulement du cristallin en arrière, et ce dernier est souvent subluxé. Alors on voit apparaître l'iridodonésis, ou tremblement partiel de l'iris, au point où celui-ci n'est plus sous-tendu par le cristallin.

Résumons donc les symptômes objectifs du glaucome infantile : volume énorme du globe oculaire, tonus relativement peu élevé, cornée agrandie, le plus souvent trouble, chambre antérieure très approfondie, subluxation en arrière du cristallin et iridodénésis.

Aussi, sans vouloir empiéter sur la pathogénie du glaucome de l'adulte, qui semble surtout un glaucome hypersécrétoire, tout au moins pour l'attaque de glaucome, conséquence d'un œdème du vitré, l'hydrophtalmie, au contraire, serait consécutive à une rétention antérieure ; nous y reviendrons à propos de la pathogénie.

Enfin l'examen ophtalmoscopique montre une papille excavée et plus ou moins atrophique.

Les phénomènes subjectifs sont difficiles à préciser, car le plus souvent les sujets sont trop jeunes pour nous renseigner.

La vision est toujours plus ou moins altérée. Du fait de l'allongement de l'œil suivant son diamètre antéro-postérieur, les rayons lumineux viennent naturellement converger en avant de la rétine et la réfraction devient myopique. Mais cette myopie, contrairement à ce qu'on pourrait croire, n'est pas toujours considérable et nullement en rapport dans tous les cas avec la distension du globe. Tout allongement de l'axe antéro-postérieur de l'œil d'un millimètre entraînant une augmentation de réfraction de trois dioptries, la myopie ici devrait être considérable, atteignant 30, 40 dioptries et davantage encore, si l'on s'en reporte seulement aux dimensions du globe. Or, il n'en est rien. L'augmentation de la réfraction n'est jamais ici en rapport avec l'augmentation du volume du globe ; la myopie est d'ordinaire assez peu considérable, on peut même observer de l'emmétropie. Ceci est dû à l'aplatissement de la cornée et au recul du cristallin subluxé qui corrigent les effets de l'élongation du globe oculaire.

Car la presque totalité de la réfringence de l'œil est due pour sa plus grande part aux courbures de la cornée, le cristallin ayant seulement une puissance de 11 dioptries environ.

Mais si la myopie n'est jamais très considérable du fait de l'aplatissement de la cornée, le trouble visuel est toujours très marqué, résultant du trouble de la cornée et de la compression de la rétine et du nerf optique. Quand on examine le fond de l'œil, on voit la papille refoulée, excavée et en partie atrophiée. Chez notre premier malade, nous avions constaté lors de notre premier examen, une atrophie blanche de la papille. A ce moment, il voyait encore un peu, mais depuis l'atrophie s'est complétée.

Evolution et complications. — L'évolution du glaucome infantile est toujours progressive ; la vision disparaît plus ou moins vite, mais dans tous les cas la cécité est fatale.

L'œil devient énorme, le trouble de la cornée s'accentue, le cristallin se subluxe ou se luxe et on voit survenir diverses complications.

Complications. — Ce sont tout d'abord des *irritations de la cornée* ; les paupières se ferment mal, celle-ci n'est plus protégée et nous avons vu chez notre second malade combien la photophobie est intense.

Par suite de la distension du globe oculaire, il peut se faire un *décollement de la rétine*.

Le décollement est favorisé, comme dans l'œil myope, par la distension de la rétine mais surtout par les altérations concomitantes de celle-ci et par celles du vitré, ramolli et liquéfié

Sur 47 observations il est noté dix fois par Saefelder, apparaissant le plus souvent sans être précédé d'aucun traumatisme. La recherche en est difficile chez l'enfant, surtout si le cristallin est un peu trouble, ce qui n'est pas rare. Mais il s'ac-

compagne d'ordinaire d'une diminution très accusée du tonus de l'œil et c'est là un signe excellent de diagnostic lorsque l'examen ophtalmoscopique est impossible. Il faut y ajouter le reflet jaune rétro-cristallinien, qui peut d'ailleurs être dû à toute autre cause.

A la longue, *la sclérotique* se distendant de plus en plus est réduite à une minceur extrême, elle *se fissure* ou se rompt à l'occasion du moindre choc, le plus souvent sans aucune cause ; le malade éprouve une douleur intense, on voit une brusque réduction du volume de l'œil et une atrophie consécutive.

C'est du reste la terminaison naturelle du glaucome de l'adulte abandonné à lui-même. Mais si chez lui on intervient rarement à temps, (le moment idéal est la période des accès prodromiques, alors que la vision est encore normale ou presque), il arrive toujours un moment où le sujet, s'apercevant de la diminution de la vision, accepte l'intervention. Si elle ne suffit pas toujours à conserver une vision suffisante et à normaliser le tonus, elle le diminue suffisamment pour empêcher l'affection d'arriver à sa période ultime. Et si le tonus persiste et avec lui les douleurs, on est contraint alors à l'énucléation.

Toutefois, chez certains vieillard, il n'est pas rare d'observer des yeux durs, tendus, mais non douloureux, le glaucome étant survenu peu à peu. Il vaut mieux alors ne pas intervenir chez ces sujets qui ne souffrent pas et dont la vision est entièrement abolie. Mais si la tension de l'œil est très accusée, la perforation est toujours possible et vous pouvez lire dans la description du glaucome par Mackenzie l'apparition de la perforation. Elle est décrite comme le stade ultime de l'affection et comme une conséquence presque fatale.

Cette perforation peut être suivie d'une hémorragie très intense, du fait des lésions athéromateuses qui ne manquent jamais à cet âge. Je vous rappelle l'histoire d'un paysan breton, que j'ai rapportée ici-même il y a une dizaine d'années dans une leçon clinique. Travaillant dans les champs, il ressent tout à coup une douleur vive, effroyable, à l'œil, suivie d'une hémorragie intense, abondante. Le malade est transporté exsangue, on le croit mort, et lorsqu'il revient à lui il se réveille dans l'appareil des trépassés, son entourage l'ayant cru mort.

Diagnostic. — Il est, nous l'avons vu, relativement facile. Toutefois au début il peut demeurer hésitant et il ne faut pas confondre le glaucome infantile avec la kératite interstitielle, je vous l'ai signalé plus haut.

Je vous rappelle en passant qu'il ne faut jamais oublier la possibilité d'une tumeur de la rétine chez les petites enfants, affection grave, entraînant le plus souvent la mort. Car ces gliomes de la rétine, tumeurs malignes à début insidieux, ont une évolution rapide et fusent rapidement vers le cerveau qu'ils envahissent.

Je rappelle à ce propos une observation des plus instructives que j'ai rapportée dans ma leçon du 9 février 1934, les gliomes et les pseudo-gliomes, leçon publiée dans le n° 11 du *Progrès Médical* de la même année.

Il s'agissait d'un enfant de trois mois atteint de gliome de la rétine déjà très avancé de l'œil gauche. Le père avait été lui-même énucléé à l'âge de deux ans pour un gliome de l'œil gauche. Aussi vivait-il pour son enfant dans des transes continuelles, il avait cru remarquer dès le premier mois que l'œil gauche de celui-ci présentait sous certaines incidences et surtout à la lumière artificielle cet aspect particulier, ce reflet blanc-jaunâtre de la pupille, qui a valu à cette affection la dénomination *d'œil de chat amaurotique*.

Son médecin, faute impardonnable, l'avait entièrement rassuré ; puis le reflet devenant de plus en plus manifeste, le père consulte un ophtalmologiste qui constate alors chez cet enfant de trois mois un gliome très développé ayant envahi la presque totalité du vitré. L'œil est énucléé, le nerf optique est coupé très loin au sommet de l'orbite, et sa section se montre absolument saine. Mais on peut craindre néanmoins une généralisation qui eût été évitée par une intervention plus précoce et ce sont là des faits que tout médecin ne saurait ignorer.

Il faut toujours penser à la possibilité du gliome chez le tout jeune enfant dont la pupille sous certaines incidences présente à la lumière artificielle un reflet anormal.

Pathogénie du glaucome infantile. — On a beaucoup discuté sur l'origine du glaucome infantile. L'hérédité semble jouer ici, comme dans toutes les affections oculaires, un rôle particulièrement important. Ainsi j'ai pu observer chez un enfant l'ectopie des deux cristallins, et on retrouve la même affection dans quatre générations : la mère, la grand'mère et l'arrière-grand'mère. De même nous avons vu que le frère de notre second malade était lui aussi atteint de glaucome infantile.

Quant au mécanisme de l'hypertension on a successivement défendu les théories de l'hypoexcrétion ou celles de l'hypersécrétion.

Le glaucome aigu, nous le savons, est dû à un véritable œdème du vitré, œdème aigu très comparable, suivant la très juste comparaison de A. Terson, à l'œdème aigu du poumon. C'est là le phénomène primordial, essentiel et il semble bien qu'on puisse admettre ici apport d'un excès de sérosité ; la gêne d'excrétion est seulement la conséquence et non la cause déterminante. L'obstruction de l'angle irien, due au refoulement en avant de l'iris, avec les lésions qu'elle entraîne (soudure de Knios) sont des altérations secondaires et non primitives.

Ici au contraire, dans le glaucome infantile, il semble s'agir avant tout d'une gêne de sortie de l'humeur aqueuse. On a incriminé pour expliquer cette gêne des modifications du canal de Schlemm, tantôt des rétrécissements, tantôt son absence complète ou son oblitération, comme vous pouvez le voir sur ces préparations. Le Professeur Lagrange, dans son beau rapport à la Société française d'Ophtalmologie en 1925 a rapporté des faits semblables.

Toutefois en 1932, à la Société d'Ophtalmologie, M. Kalt a rapporté une observation de glaucome infantile chez un enfant de 6 mois où il y avait thrombose de la veine centrale de la rétine. M. Kalt invoque un foyer infectieux ayant déterminé de l'endartérite avec endophlébite, endartérite et il s'agit pour lui d'altérations vasculaires infectieuses survenues au cours de la vie intra-utérine.

De même M. Magitot, en 1911, examinant un œil hydrophtalme, relevait des foyers d'endophlébite avec hémorragies dont la cause devait être rapportée à une infection intra-utérine.

Ces faits sont intéressants, mais sur ces yeux toujours profondément désorganisés, et où les lésions sont déjà anciennes, il est bien difficile d'affirmer qu'elles ne sont pas secondaires. On ne peut donc rejeter l'hypothèse d'un arrêt de développement. D'autant moins que, suivant la juste remarque de Lagrange, les phénomènes observés dans l'œil hydrophtalme sont assez comparables à ceux notés dans l'hydrocéphalie congenitale. Celle-ci est due à la distension des ventricules cérébraux, directement liée à l'obstruction des voies de communication entre les espaces ventriculaires et les espaces méningés, du fait de l'oblitération des trous de Magendie et de Luschka.

Du fait de cette distension la tête à son tour acquiert un volume considérable. La circonférence du crâne, qui chez le nouveau-né est de 30 à 35 centimètres, atteint 50, 60, 80 centimètres, mettant obstacle à l'accouchement. Plus tard elle prend des proportions plus considérables encore en raison de l'absence de fermeture des fontanelles et de l'écartement des sutures des os du crâne, dont les os amincis, papyracés deviennent transparents.

Or, de même que le liquide céphalo-rachidien est sécrété par les plexus choroïdes des ventricules latéraux, de même l'humeur aqueuse est excrétée par les procès ciliaires, comparables avec la choroïde, aux plexus choroïdiens. Cette humeur aqueuse ne pouvant s'échapper par le canal de Schlemm, et sécrétée alors en trop grande abondance pour une excrétion insuffisante, entraîne la distension du globe avec amincissement de ses parois.

◆◆

TRAITEMENT. — Quel sera le traitement du glaucome infantile ? Il y a encore trente ans, on n'intervenait guère que par des ponctions, l'iridectomie donnant souvent des résultats funestes soit du fait des hémorragies abondantes qu'elle entraînait ou de l'atrophie du globe oculaire. Déjà pour de Græfe l'indication de l'iridectomie, très limitée et très douteuse se posait seulement lorsque la maladie, du fait de l'hypertonie, faisait de rapides progrès. Alors que faut-il entreprendre ?

On fera toujours des instillations de myotiques, mais cela ne suffit pas, car l'affection est progressive. Il faut donc intervenir.

Avant l'opération de Lagrange, on se limitait à l'iridectomie, aux sclérotomies, aux ponctions sclérales réduites, car la paracentèse entraîne le plus souvent la formation d'une hernie de l'iris.

La sclérotomie est antérieure ou postérieure, suivant qu'elle est pratiquée près du limbe ou au voisinage de l'équateur.

La sclérotomie, *réduite* à la ponction et contre-ponction, pour éviter le prolapsus de l'iris, est la seule opération à conseiller dans les formes avancées, lorsque le globe oculaire est déjà très distendu, toute autre opération pouvant entraîner l'atrophie de l'œil. Par contre, si on peut intervenir de bonne heure, lorsque le globe n'est pas encore très augmenté de volume, la meilleure opération est la sclérectomie de Lagrange pratiquée suivant la technique d'Elliot, avec le petit trépan d'un millimètre et demi de diamètre. Mais on ne saurait trop le répéter, il faut intervenir précocement avant la distension de l'œil.

J'ai présent à l'esprit l'observation d'une enfant de quelques mois, fille d'un confrère, atteinte d'un glaucome infantile bilatéral, à peine marqué. J'avais conseillé une sclérectomie bilatérale, mais les parents ne purent s'y décider et quelques années plus tard, les deux yeux étaient fortement distendus, la vision très diminuée, si bien que je dus me résoudre à pratiquer des sclérotomies antérieures.

Mais si vous avez la chance d'intervenir de bonne heure, ce qui est assez rare, n'hésitez jamais à recourir à la sclérectomie. Elle sera faite d'après la technique d'Elliot, c'est-à-dire la trépanation de la sclérotique.

Je vous conseille la technique d'Elliot beaucoup moins dangereuse ici et aussi beaucoup plus facile. Car le volume exagéré de l'œil par rapport à celui de l'orbite, permet très difficilement de découvrir largement la sclérotique dans sa partie supérieure et la sclérecto-iridectomie de Lagrange exposerait davantage à l'issue du vitré.

Après dissection d'un lambeau conjonctival, celui-ci est détaché jusqu'au limbe, soigneusement disséqué et rabattu. On pratique la trépanation de la sclérotique tout contre le limbe ; puis on excise la hernie irienne se formant au travers du pertuis scléral. La conjonctive est remise en place et suturée.

M. Poulard a rapporté à la Société d'Ophtalmologie une série d'observations où les sujets traités par cette méthode avaient été très améliorés, une opération précoce ayant pu enrayer chez certains l'évolution de la maladie et conserver une vision très satisfaisante.

C'est donc l'opération de choix. L'observation rapportée par nous en 1924 à la Société d'Ophtalmologie de Paris, qui avait trait à une petite fille de 14 ans atteinte de glaucome infantile, démontre à l'évidence les avantages d'une sclérotomie précoce en pareil cas. Chez cet enfant alors que d'un côté l'affection avait évolué vers une buphtalmie considérable, de l'autre la sclérotique s'était perforée dans le jeune âge au niveau de la région du limbe scléro-cornéen. Cette perforation, réalisant ainsi une sclérectomie spontanée, assurait une filtration régulière et avait permis l'arrêt de l'affection avec la conservation d'une très bonne acuité visuelle.

CHRONIQUE

Colites

La pathogénie du gros intestin est beaucoup moins simple qu'on pourrait le croire à lire certains classiques et, par ailleurs, elle tient une immense place dans la pratique quotidienne du médecin. Il était nécessaire en confrontant la clinique, d'une part, et les données de la coprologie, de la radiographie, des constatations opératoires, d'essayer une synthèse des états colitiques.

C'est ce qu'ont tenté CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. CHIRAY est un grand clinicien et un biologiste de mérite. LARDENNOIS, non content d'être un parfait opérateur, se penche sur ses malades avec intérêt et cherche à grouper les faits suivant les lois de la pathologie générale. Quant à BAUMANN, il voit défiler de nombreux colitiques à Châtel-Guyon et il sait, ainsi, jusqu'où peuvent aller leurs maux et leurs misères.

Les colites sont fréquentes et elles retentissent sur l'ensemble de l'organisme ; donc, il n'est pas un médecin qui n'ait avantage à lire ce livre : C'est un chapitre de notre bible. Nous nous devons de le résumer pour les lecteurs du *Progrès*.

***

Un premier point est qu'il faut diviser les colites en :

1° endocolites muqueuses, superficielles, en rapport avec le chimisme intestinal et, par conséquent, avec les modifications de la flore ; et 2° colites pariéto-intestinales qui se subdivisent en colites folliculaires du côlon droit et colites ulcéreuses du côlon gauche. TROUSSEAU déjà opposait les lésions folliculaires de la typhoïde, maladie droite, aux lésions de la dysenterie, maladie gauche.

De la colite folliculaire, CHIRAY donne comme exemple la folliculite-appendicite chronique qui se généralise à tout le tissu folliculaire du cæcum : typhlo-colite. Et, quand le processus régresse, il laisse des séquelles : ectasies, allongements, etc., d'où stase intestinale, et des séquelles exocoliques, les péricolites, adhérences, brides, etc.

De la colite ulcéreuse, on peut donner comme exemple l'amibiase, la dysenterie bacillaire, les colites ulcéreuses cryptogénétiques.

Les colites peuvent se compliquer de réactions nerveuses très variées — sans rapport avec l'intensité de la lésion colique — et c'est un point très général sur lequel d'emblée il faut insister.

***

Pour comprendre les colites, il faut connaître la **physiologie du côlon**. Et c'est ce que CHIRAY et LARDENNOIS mettent excellemment au point.

1° *Rôle digestif.* — La digestion cæcale est dévolue aux saprophytes : elle termine l'hydrolyse des matières protéiques et des acides aminés non absorbés, elle complète la digestion des hydrates de carbone, elle réalise la digestion de la cellulose.

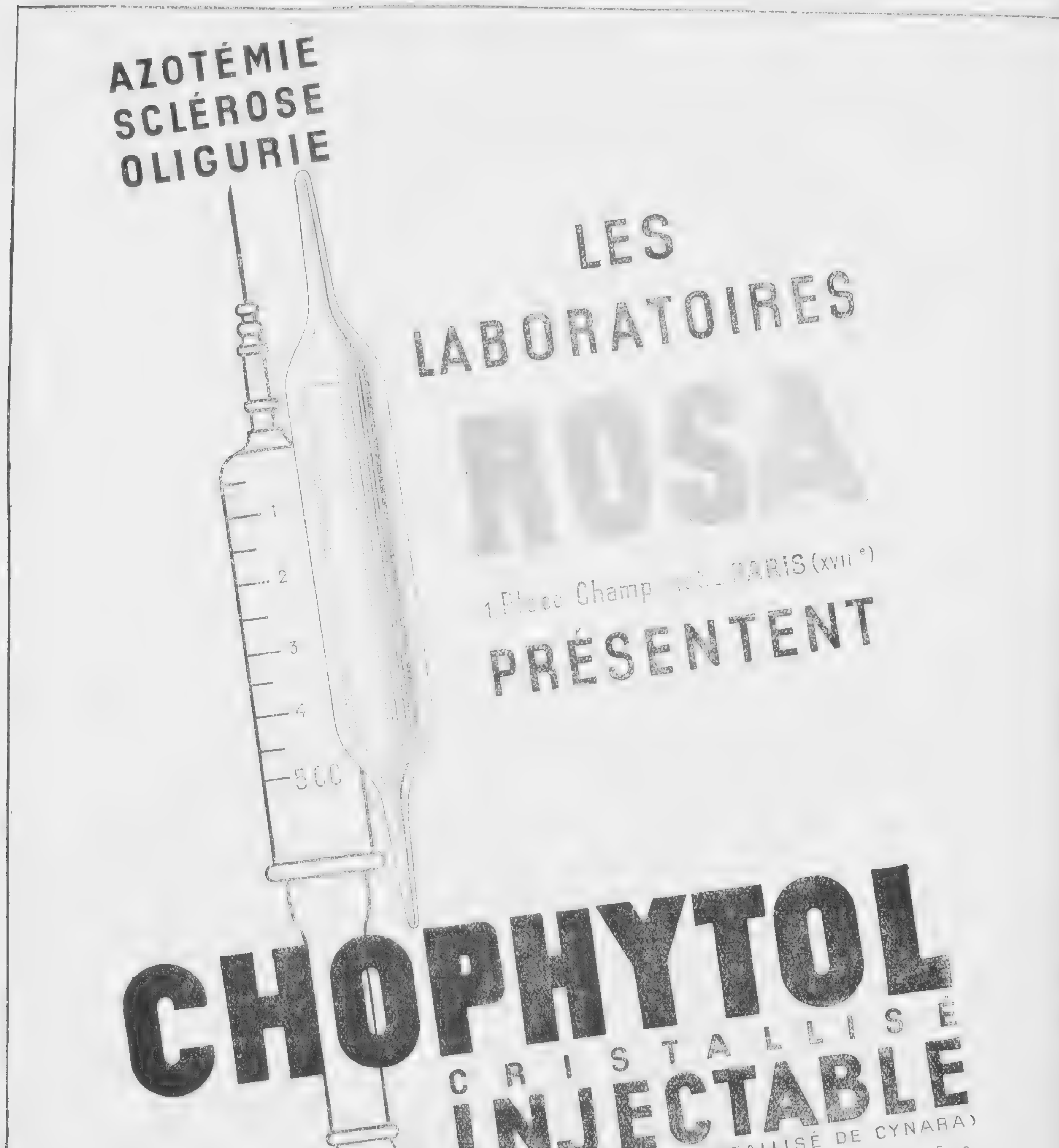
a) Les albumines donnent des produits alcalins (ammoniaque), des dérivés d'acides aminés indols, phénols). L'alcalinité de ceci tempère l'acidité résultant de la fermentation de la cellulose et de l'amidose.

S'il y a un apport élevé d'albumines intactes, la flore protéolytique et l'alcalinité dominent la flore amylolytique et son acidité.

L'hypersécrétion de mucus appelle aussi l'action de la flore protéolytique et l'on voit ainsi des acidités déterminer de la mucorrhée et secondairement de l'alcalinité.

b) Les hydrates de carbone donnent de l'alcool, de l'acide


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS


AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE
LES
LABORATOIRES
ROSA
PRÉSENTENT
CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
(PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA)
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
DRAGÉES
de CHOPHYTOL
Références scientifiques : Thérapeutiques, 8. III. 34. — Gazette des Hôpitaux, 14. III. 34. — Société de Thérapeutique
la Médecine, 15. III. 34. — Courrier Médical, 18. III. 34. — Siècle Médical, 1. IV.

lactique, de l'acide acétique. Cette acidité excite le péristaltisme, alors que l'alcalinité l'inhibe.

c) L'absorption est peu importante, sauf en ce qui concerne l'eau.

d) Rôle d'épuration.

e) Rôle d'élimination : microbes, produits toxiques endogènes ou exogènes, sels minéraux (Ca, Fe, Mn).

f) Rôle d'évacuation.

* * *

Etiologie générale des colites. — 1° *Viciation du contenu intestinal et anaphylaxie.* — Le contenu intestinal tend à la neutralité, à l'équilibre entre fermentation et putréfaction. Mais un excès d'aliments, un excès d'albumines ou de sucre, une mastication défectueuse, l'insuffisance des sécrétions digestives peuvent troubler cet équilibre. A ces déséquilibres, le côlon répond par des réactions qui peuvent dépasser le but : telle la mucorrhée dont nous parlions tout à l'heure.

Le défaut d'épuration permet des phénomènes anaphylactiques, d'autant mieux que les colitiques ont un foie médiocre et un déséquilibre vago-sympathique

2° *Infections.* — C'est l'histoire des laits contaminés, des intoxications alimentaires, de la déglutition des produits de pyorrhées alvéolo-dentaires et c'est, aussi, l'exaltation des saprophytes, tels le coli, et c'est encore l'apparition de microbes venus par voie hématogène, le côlon étant l'émonctoire principal des microbes.

3° *Intoxications.* — L'élimination des produits toxiques et, plus spécialement, des produits toxiques insolubles favorise grandement les colites. Rappelons la diarrhée des urémiques, des goutteux, des enfants de goutteux, etc.

4° *Rôle du traumatisme.* — Lavement, présence de parasites, etc.

5° *Rôle du terrain* : « Ne devient pas colitique qui veut » : le surmenage, la fatigue, la toxémie, engendrent de la déchéance musculaire ; le tempérament lymphatique prédispose au catarrhe.

En résumé, états inflammatoires de causes très diverses, réactions très variées à ces causes pathogènes, possibilité de cercle vicieux par la stase intestinale avec ses retentissements nerveux et toxiques.

* * *

Endocolites muqueuses. — *La cause* principale en est la modification du contenu intestinal et, tout spécialement, celle qui est consécutive à l'insuffisance chlorhydropeptique, à l'insuffisance pancréatique, à l'insuffisance biliaire, d'où arrivée d'aliments mal digérés.

Il faut aussi incriminer l'absorption massive de produits avariés ou souillés.

Les symptômes sont la diarrhée, les selles muqueuses molles et brillantes où le mucus se gonfle à la façon d'une gélatine, l'endolorissement avec besoins fréquents d'évacuation et colites légères, les spasmes quelquefois, le malaise psychique et une vague hypochondrie.

La coprologie, que les auteurs exposent en détail, donne de précieux renseignements : présence de mucus, présence de sang, présence de parasite, orientation de la flore (fermentation ou putréfaction).

La radiologie donne quelques renseignements.

Les *formes cliniques* sont exposées ensuite avec de nombreux détails qui ont le plus grand intérêt pour la pratique.

Les *complications* portent sur le système nerveux et sur le métabolisme.

1° Complications nerveuses : ce sont les hypertonies du sympathique et du vague qui persistent souvent après guérison, les points douloureux de la cœlialgie.

2° Troubles de la nutrition : amaigrissement, déperdition du calcium, anémies.

* * *

Les **colites pariéto-interstitielles** atteignent non seulement la muqueuse mais les divers plans de la paroi du gros intestin. Ces lésions se limitent, généralement, à un ou plusieurs des segments : ce sont des colites *segmentaires*.

Les altérations se présentent sous deux degrés : les unes sont des lésions inflammatoires simples, d'origine infectieuse limitées au système glandulaire et, plus encore, au tissu folliculaire ; les autres envahissent le système lymphatique et le système vasculaire pour aboutir aux excolites, péricolites, adhérences, etc.

Etiologie. — La constipation a toujours passé pour être le facteur essentiel des colites pariéto-interstitielles, constipation attribuée, le plus souvent, à une déformation congénitale du côlon. Cette théorie est contestable pour les auteurs. On voit, tous les jours, à l'écran, des ptoses ou des coudures, des allongements (comme le dolichocôlon) qui ne modifient pas le transit. Au contraire, celui-ci se dérègle dès que ces allongements ou ces coudures se compliquent de la moindre poussée colitique. Et, aussi, on rencontre tous les jours de très anciens constipés qui n'ont jamais présenté aucun signe de colite.

Les endocolites muqueuses sont-elles suffisantes pour permettre à l'infection de gagner en profondeur et d'atteindre les couches profondes ? Les auteurs ne le croient pas ou, alors, il s'agit d'un fait exceptionnel avec intervention d'un autre facteur : le traumatisme, ou plus souvent, l'infection générale, la typhoïde, la grippe épidémique, les fièvres éruptives, l'élimination massive d'agents virulents. Dans cet ordre d'idées, les phénomènes anaphylactiques peuvent jouer un rôle déterminant ; l'intestin réagit de façon intense au choc anaphylactique expérimental ; cliniquement des diarrhées profuses procédant par crises et des réactions vasculaires accompagnées d'infiltration œdémateuse de la muqueuse se voient dans les accidents anaphylactiques et constituent autant de facteurs de colites pariéto-interstitielles.

Anatomie pathologique. — La folliculite constitue souvent la première et, même, la seule lésion qui intéresse la région iléo-cæcale ; elle siège, volontiers, à l'appendice et tend à diffuser en dehors de l'appendice : elle se généralise avec la plus grande facilité et se propage à la couche sous-muqueuse, laquelle est une nappe de tissus lymphoïdes au niveau du cæcum, de l'iléon et de l'angle droit. Cette lésion inflammatoire a, sur la physiologie du côlon droit, un retentissement considérable.

S'il y a des faits où la réalité de l'appendicite chronique pure n'est pas douteuse, il en est d'autres où la participation totale du côlon droit est encore plus évidente. Cette diffusion des lésions explique les résultats assez décevants de l'appendicectomie comme unique traitement du syndrome iliaque droit. Certains auteurs en sont même arrivés à douter de l'existence de l'appendicite chronique dans bien des cas : fausses appendicites de De Martel et Antoine, dilatation douloureuse du côlon droit de Grégoire, stase intestinale de Lane.

Les lymphangites constituent une seconde étape de la colite pariéto-interstitielle et expliquent les lésions secondaires de la séreuse, les adhérences, les rétractions des mésentères, les accolements en canon de fusil (partie supérieure du côlon descendant et premier segment du transverse), les épiploïtes.

Les entéro-névrites, dont nous devons la connaissance et la dénomination à Loeper, sont un élément anatomique de première importance ; car elles expliquent tous les symptômes névropathiques qui ne sont pas des phénomènes psychiques, mais qui répondent à de réelles lésions névritiques, à des névromes, à des hypergenèses nerveuses.

Les lésions vasculaires comptent aussi parmi les plus importantes de la pathologie intestinale. Il existe des lésions

des artères pariétales de l'intestin et des oblitérations de vaisseaux capillaires ; la sclérose est l'aboutissant de tous ces états inflammatoires aigus ou chroniques. Les lésions des artères mésentériques, par leur oblitération, entraînent des accidents graves comme l'infarctus intestinal ou l'embolie ; mais ceux-ci sont relativement très rares. Plus fréquentes paraissent être les lésions des artérioles et des capillaires des parois du côlon. Ces altérations des artères amènent soit des anomalies de la vaso-motricité, soit des phénomènes de stase par obstacle mécanique.

Toutes ces lésions pariétales, exocoliques, vasculaires sont suffisantes pour expliquer la genèse de nombreux cas de déchéance, de dilatation segmentaire, d'allongements qui constituent les séquelles des colites pariéto-interstitielles ; une typhto-colite, en guérissant, entraîne peu à peu une dilatation du côlon droit avec un syndrome très différent de l'état initial. Si les fibres musculaires circulaires sont relâchés, c'est la dilatation qui domine la typhlectasie ; si, au contraire, ce sont les fibres longitudinales qui dégénèrent, l'intestin s'allonge et le dolichocôlon apparaît, le dolichocôlon droit, rare, mais non exceptionnel.

Une conséquence assez curieuse des états de dystrophie musculaire est la formation de diverticules. Les diverticules colites sont à la fois des causes et des effets de la colite pariéto-interstitielle. Ils forment des hernies de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers la musculeuse. Ces hernies soulèvent avec elles la séreuse pour former de petites saillies, de petits culs-de-sac en communication avec la lumière du côlon par un pertuis de petit calibre. Les diverticules deviennent à leur tour le point de départ de réactions inflammatoires aiguës ou subaiguës et ceci le plus souvent à la suite de leur occlusion. Localisés à la région sigmoïdienne et plus particulièrement à l'anse mobile de l'iliaque, ils constituent une des causes les plus habituelles de la sigmoïdite.

***

Etude clinique des pariéto-interstitielles droites. *La folliculite localisée, l'appendicite chronique d'emblée, la folliculite généralisée du cæco-côlon et l'appendiculo-typhlocolite sont étudiées* dans de grands détails où nous ne suivrons pas les auteurs.

La typhlocolite procède par crises subaiguës, fébriles, la douleur est imprécise, vague. rarement aiguë, plutôt sourde et gravative. C'est une sensation de douleur, de gêne, siégeant dans le flanc droit, sensation qui s'exacerbe, à la suite d'une fatigue, d'une marche ou d'un repas copieux. Elle irradie fréquemment vers la région lombaire ou vers la cuisse suivant le trajet du nerf crural. La douleur apparaît vers la sixième heure après le repas sous forme d'un malaise ou d'une sensation de lourdeur dans la fosse iliaque droite. Carnot signale dans le même ordre d'idées, une diarrhée à la septième heure dont le mécanisme est le même et qui se manifeste dès que le contenu du grêle arrive dans le côlon droit. La palpation réveille la douleur au point de Mac Burney. Elle existe sur le bord droit du côlon dans toute sa hauteur et jusqu'au niveau de l'angle droit et au niveau du bas-fond cæcal. La palpation de la fosse iliaque droite perçoit le cæco-ascendant, dur, résistant. rétracté, de petit volume. On le dit spasmé, il est infiltré. Au moment des poussées critiques apparaissent souvent des diarrhées, des débâcles de selles homogènes, en tas, brillantes, plutôt riches en mucus intimement mêlé aux déchets. Dans les périodes intercalaires dominent les alternatives de diarrhée et de constipation ou, plus simplement, la constipation, l'hypervagotonie, les troubles réflexes sur le tube digestif lui-même (réflexes œsophagiens, pyloriques, duodénaux, vésiculaires) et réflexes à long circuit. sans préjudice des états neurasthéniques et de l'anxiété.

Les complications de l'appendiculo-typhlocolite sont les états anémiques, les altérations rénales, les altérations cutanées, la cholécystite, les lésions duodénales.

La thyphlatonie et la stase sont l'aboutissant de ces colites. On constate une légère voussure de la fosse iliaque droite, du clapotage, de la douleur, de la pesanteur, des débâcles copieuses, fétides, des évacuations en bloc, qui succèdent à une période de constipation. Dans d'autres cas, lorsque la constipation domine, les évacuations se font souvent par regorgement : tous les jours, le malade obtient une selle qui n'est qu'une partie de la masse totale et qui laisse au patient la sensation d'une exonération incomplète et insuffisante.

Les accidents dyspeptiques ne prennent plus le type hypersthénique, mais plutôt la forme hyposthénique. Ils consistent en malaises précoces, en somnolence et pesanteur post-prandiales, en sensation de tension épigastrique. Le foie s'altère peu à peu et, à l'hyperhépatie, succède l'hypohépatie. On constate tous les signes que l'on considère comme liés à l'hypersympathicotonie, céphalée, instabilité physique et morale, insomnie, tachycardie, sécheresse de la peau et des muqueuses, élévation de la tension artérielle.

Les auteurs exposent, ensuite, les signes coprologiques de la typhlatonie et ses signes radiologiques.

Ils exposent ensuite les troubles réflexes et toxiques de la typhlatonie, les gaz bloqués au niveau des angles, les troubles du rythme cardiaque, la barre épigastrique, les douleurs erratiques surtout lombaires. Les troubles toxiques, bien que plus rares que les précédents constituent une des conséquences tardives de la typhlatonie. Ils se manifestent. seulement, lorsque l'accumulation des produits toxiques devient suffisante pour altérer les moyens de défense et quand le pouvoir antitoxique du foie commence à faiblir.

Les pérityphlites et exocolites droites. — C'est là tout un long chapitre que nous ne pouvons résumer ici et pour lequel nous renvoyons au livre de Chiray, Lardennois et Baumann ou au beau rapport que Lardennois a publié, il y a quelques années, lors du *Congrès de chirurgie*.

***

Colites pariéto-interstitielles transverses et de l'angle gauche. — 1° *Il existe des colites pariéto-interstitielles intéressant le côlon transverse.* Celles-ci semblent, toutefois, être très exceptionnellement primitives. Elles conditionnent les péricolites du transverse. Nous ne reviendrons pas sur les accolements du transverse et de l'ascendant au niveau de l'angle droit. Ce sont les plus fréquentes et les plus connues. Mais il est d'autres adhérences du transverse qui échappent à toute description systématique et qui sont d'un diagnostic difficile.

2° *Les colites et péricolites de l'angle gauche* sont fréquentes, ce qui est en rapport avec la vulnérabilité de ce segment colique. Si, en effet, l'angle splénique n'a peut-être pas une importance aussi importante que le carrefour iléo-cæcal, il n'en est pas moins très souvent l'origine de stases importantes, le siège de petits phénomènes occlusifs et le point de départ de nombreux troubles, soit réflexes, soit toxiques.

Les signes cliniques des colites et péricolites de l'angle gauche consistent en troubles réflexes dus à la distension gazeuse et troubles toxiques qui ressortissent à la stase secondaire ou rétrograde dans le côlon droit.

L'aérocolie bloquée est la cause fondamentale des troubles réflexes. Les gaz accumulés, dans l'un ou l'autre de deux segments de l'angle, provoquent des phénomènes de tension douloureuse, des points algiques plus ou moins aigus que les malades localisent sous le huitième espace intercostal gauche avec des irradiations de différents côtés. Le ballonnement abdominal est toujours très marqué et constant, à la différence de ce qui se passe chez les aérophages pour lesquels la distension gazeuse reste post-prandiale et passagère. Ici, il est permanent, dure plusieurs jours, n'a pas d'horaire fixe et ne cède qu'à une évacuation abondante de gaz par l'intestin.

Dans les états plus graves, on assiste quelquefois à une

BIBLIOGRAPHIE

Les Peurs pathologiques. Genèse, mécanisme, signification, principes de traitement, par le Docteur Henri ARTHUS. Un vol. gr. in-8, 186 pages : 28 francs. J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

En un langage, accessible à tous et volontairement dépouillé de termes techniques, l'auteur aborde l'étude des peurs pathologiques, absurdes ou irraisonnées. Par une analyse minutieuse il est montré au lecteur que l'absurdité ou l'illogisme des cas pathologiques n'est qu'une apparence.

Traitement de la Syphilis acquise, par le Professeur H. GOUGEROT. Un volume in-8, 70 pages, 10 francs. J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Ce travail de mise au point est utile afin de préciser l'état actuel de cette question capitale du traitement de la syphilis, de guider le praticien et d'éviter les fautes thérapeutiques que l'on rencontre souvent : traitements tardifs à doses insuffisantes, avec des arsenicaux peu actifs, arrêts trop longs entre les cures.

Le Traitement des Ulcères gastro duodénaux, par le Docteur Paul FROMENT. Un volume in-8 de 112 pages avec figures, 15 francs. J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

En présence d'un ulcus compliqué, le traitement chirurgical doit être systématiquement appliqué ; le chirurgien devra même intervenir d'urgence en cas de complication aiguë, les hémorragies exceptées, car celles-ci n'ont pas encore une thérapeutique nettement codifiée.

En présence d'un ulcus non compliqué, le traitement médical doit tout d'abord être mis en œuvre ; on appliquera la médication classique, on pourra également essayer, sans trop en prolonger l'emploi en cas d'insuccès, l'une quelconque des diverses thérapeutiques récemment proposées. En cas d'échec, et en cas d'échec seulement, le malade sera confié au chirurgien.

L'ulcéreux opéré devra continuer à se soumettre au traitement diététique et médicamenteux, il devra être suivi, et on devra savoir dépister les complications possibles et leur appliquer le traitement approprié.

J.-K. Huysmans. Collection « Choisir » « Les Meilleurs textes ». Introduction de René DUMESNIL. Un vol. in-12 cartonné, LXIII-556 pages, table analytique, bibliographie, 15 francs. Desclée de Brower, édit., 76 *bis*, rue des Saints-Pères, Paris.

Il est peu d'écrivains qui aient joui, comme Huysmans, du privilège de soulever, de leur vivant, des discussions aussi passionnées que celles dont *A. Rebours*, *Là-Bas*, *En Route*, *L'Oblat*, furent l'occasion. Mais il en est certainement moins encore qui, après leur mort, aient continué d'exercer sur le public lettré une action aussi vive, aussi certaine. C'est que le grand drame de cette vie — une conversion — reste toujours « actuel », et c'est que l'œuvre de J.-K. Huysmans en retrace les étapes avec tant d'art personnel et simple, avec tant de minutie attachante, que ces romans demeurent tout comme s'ils avaient été écrits hier. Mais ce n'est pas seulement cela — qui est si important — qui leur donne leur prix, c'est encore que la personnalité de J.-K. Huysmans est une des plus attrayantes entre toutes celles dont s'occupe l'histoire littéraire. Son style, le choix des sujets qu'il a traités, en portent la trace indélébile. Venu du naturalisme, collaborateur des *Soirées de Médan* et disciple de Zola, Huysmans a su garder toujours cette verdeur et ce relief qui donnent à ses ouvrages un caractère si original. Le chrétien, chez lui, n'a pas changé grand'chose au style de l'écrivain naturaliste ; seulement, cette originalité puissante, cette verdeur et ce talent incisif, il les a mis au service de sa foi. Il a fait du « naturalisme spiritualiste », comme en ont fait les imagiers du Moyen-Age. Et son art d'intimiste flamand, minutieux, haut en couleurs, et si probe, reste inimitable.

Les extraits choisis à travers son œuvre tout entier permettent de suivre l'évolution de sa pensée dans l'unité surprenante de sa vie achevée dans une lente agonie dont les souffrances furent supportées avec une exemplaire sérénité chrétienne.

Le Diable dans l'Art, par Jacques LEVRON. Un volume petit in-8 carré (109 pages et 50 illustrations), couverture illustrée, 16 francs. Editions Auguste Picard, 82, rue Bonaparte, Paris (VIe).

Le diable est toujours à la mode... mais on a rarement étudié sa représentation dans l'art et l'évolution de son aspect au cours des siècles L'ouvrage de M. Jacques Levron comble donc en quelque sorte une lacune. On y voit comment l'esprit du mal a pu se transformer depuis les premiers siècles de l'église jusqu'à nos jours. On y assiste à son enlaidissement, à sa disparition progressive à partir de la Renaissance, et enfin à sa résurrection, due aux romantiques. L'ouvrage de M. Jacques Levron, qui s'adresse au grand public comme aux archéologues, a sa place dans toutes les bibliothèques d'art.

Dupuytren, par le Docteur Léon DELHOUME. Un fort volume de 500 pages in-8° contenant la biographie de Guillaume Dupuytren, d'après des documents inédits Publication intégrale de tous les papiers intimes de Dupuytren et de sa correspondance (lettres de Boyer, Delpech, Percy, Alex de Humboldt, Larrey, Antoine Dubois, Lisfranc, Maunoury, Payen, Richerand, Cruveilhier, Desgenettes, Orfila, Cuvier, Geoffroy Saint-Hilaire, Astley Cooper, etc., etc., et de personnalités de son époque. Ouvrage orné de nombreuses illustrations, la plupart inédites. 10 exemplaires numérotés sur Japon impérial à 300 francs l'exemplaire ; 40 exemplaires numérotés sur pur fil Lafuma à 100 francs l'exemplaire ; 450 exemplaires numérotés sur papier surglacé à 30 francs l'exemplaire.

Les souscriptions sont reçues dès à présent et doivent être adressées : soit au Docteur Léon Delhoume, à Pierrebuffière (Haute-Vienne), soit à M. Desvilles, librairie, place Fournier, à Limoges.

La souscription sera close le 15 mars 1935. Les exemplaires en papier

surglacé seront vendus 40 francs en librairie. Pour recevoir l'ouvrage par la poste, prière d'ajouter 2 fr. 50 pour port et emballage. L'ouvrage paraîtra fin mars 1935.

Histoire de l'Italie contemporaine (1871-1915), par BENEDETTO CROCE. Traduction française de Henri Bédarida. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Croce est considéré comme le premier des historiens philosophes à l'heure actuelle. Il examine dans son ouvrage : *Histoire de l'Italie contemporaine*, 1871-1915, les divers aspects de l'activité politique, économique et intellectuelle de l'Italie depuis l'unification du royaume jusqu'à l'entrée dans la guerre mondiale. Il s'applique à encadrer cette activité dans le mouvement de la pensée et dans l'ensemble de la politique de l'Europe pendant la même période. Le tableau qu'il trace, tout en reflétant avec fidélité l'âme des générations italiennes qui ont joui du bénéfice de l'unité dépasse ainsi les limites d'un pays. C'est un chapitre de l'histoire générale.

Ce volume de la *Bibliothèque Historique* est donc un livre utile que complètent des notes copieuses groupées à la fin d'un exposé vivant et un soigneux index des noms. Cette œuvre du grand historien italien est la mieux faite pour aider le public français à comprendre l'Italie.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro 4 fr. 50. Abonnement : France : un an : 60 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 janvier 1935 : F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (III) ; Voltaire parmi les hommes de plume et de théâtre. — P. Lachièze-Rey : Le Moi, le Monde et Dieu (II) : La représentation du monde extérieur. L'événement de la structure. — Jean Pommier : Autour du chef-d'œuvre de Sainte-Beuve (II) : Découverte de la littérature janséniste. — Henri Hauser : Idées et politiques économiques du Cardinal de Richelieu (III) : Richelieu ministre du commerce et de la marine. — A. Feugère : Rousseau et son temps (III) : Le théâtre de Marivaux. — D. Delafarge : Paris dans la poésie romantique et chez les précurseurs du Parnasse (VI) : Les tableaux parisiens de Baudelaire. — E. Hoepffner : Lois et romans bretons (XI) : La femme coupable. — R. Vivier : Variétés : Situation de Paul Claudel, poète lyrique.

véritable crise de sub-occlusion frustre avec nausées, vomissements, douleur paroxystique et pongitive, coliques et tendance syncopale. Cette crise se termine par une évacuation abondante de gaz et de matières fétides.

***

Étude clinique des sigmoïdites et péri-sigmoïdites. — Le sigmoïde est un réservoir d'attente où viennent s'accumuler les déchets en attendant leur évacuation. Cette anse sigmoïde est aussi vulnérable que le cæcum aux poussées inflammatoires ou infectieuses.

On distingue deux formes de sigmoïdites.

1° Les sigmoïdites ulcéreuses qui sont les plus fréquentes et qui font l'objet principal de l'étude ultérieure sur les colites ulcéreuses et des sigmoïdites pariéto-interstitielles qui intéressent à la fois la sous-muqueuse qui se propagent à la séreuse pour aboutir à la périsigmoïdite, absolument comme les colites pariéto-interstitielles droites.

La coprostase, les parasites, l'abus des purgatifs drastiques ou des lavements irritants, les corps étrangers sont les causes les plus fréquentes de ces dernières. Quant aux formes ulcéreuses, elles sont presque toujours causées par des infestations parasitaires, comme la dysenterie amibienne, ou par des intoxications.

2° Les sigmoïdites simples donnent à l'examen le boudin douloureux et, dans la symptomatologie, la constipation, les selles de constipation se terminant souvent par une émission de glaires pures ou sanguinolentes.

Les sigmoïdites chroniques diverticulaires, les péri-sigmoïdites sont ensuite étudiées en détail.

***

L'intoxication iléo-typhlo colique est l'objet du chapitre suivant, dans lequel on lira un magistral exposé des poisons intestinaux : phénol, indol, scatol, ammoniaque, histamine, tyramine, putrescine et cadavérine.

Les produits toxiques, issus de certains sucres, paraissent aussi nombreux, acide oxalique, acide formique, acétone.

Parmi les facteurs qui favorisent la résorption intestinale des poisons, trois principaux doivent être retenus. Ce sont : 1° la surproduction des toxiques ; 2° l'hydratation excessive des matières ; 3° les stases intestinales.

Les signes cliniques de l'intoxication d'origine intestinale sont innombrables. Elle conditionne l'insuffisance hépatique, les troubles rénaux, certaines anémies, des troubles nerveux, des états mentaux.

***

Les chapitres suivants sont consacrés aux tuberculoses du gros intestin, à la sclérose et l'artériosclérose du côlon. Nous ne faisons que les signaler.

***

Les colites chroniques ulcéreuses spécifiques sont ensuite exposées en détail. Ce sont, d'abord et surtout, les *colites amibiennes*, avec la question de porteurs de germes méconnus, qui se rencontrent à Paris dans la proportion de 2, 3 %.

Les auteurs exposent les formes larvées des colites dysentériques chroniques. Une colite amibienne larvée ne diffère d'une endomuqueuse que par son caractère tenace et rebelle. La diarrhée en est le symptôme dominant, une diarrhée qui n'a aucun caractère propre si ce n'est sa ténacité et sa résistance aux traitements habituels. Un signe qui paraît caractéristique et qui est constant est la congestion douloureuse du foie. Un autre signe assez caractéristique, auquel Carnot donne la valeur d'un test clinique, est la rachialgie. Celle-ci se traduit par des douleurs lombo-sacrées qui atteignent parfois une certaine acuité et qui en imposent pour un lumbago.

Les *colites chroniques à lamblia*, les *colites chroniques à trichomonas à Balantidium coli*, les *colites vermineuses* sont exposées ensuite, ainsi que les colites chroniques ulcéreuses non spécifiques et la maladie de Bargen. Le développement d'une recto-colite ulcéreuse est, en général, assez long. Ne produisant que tardivement des troubles graves, passant pendant longtemps inaperçue, elle comporte une évolution dont il est difficile de définir la durée. Ce que l'on peut dire, c'est qu'elle se produit pendant des années et que le temps n'est pas en rapport avec la gravité ou l'étendue des lésions observées.

Quant au pronostic, il doit être tenu pour grave. A côté de colites ulcéreuses qui guérissent assez facilement, plus souvent, l'affection semble s'étendre pour récidiver ensuite avec plus d'acuité. En règle générale, il s'agit d'une colite grave qui est incurable et la guérison absolue est impossible à obtenir avec les moyens médicaux que nous possédons actuellement. Dans les périodes ultimes, c'est ordinairement par des complications toxiques ou infectieuses, des dégénérescences viscérales, par l'anémie ou la cachexie que les malades sont emportés.

***

Traitement médical des colites chroniques. — Le *traitement des poussées inflammatoires* consistera en applications de glace, applications chaudes, cataplasmes sinapisés, applications chaudes et humides à la fois, sédatives et décongestives. Dans certaines stations thermales, on emploie avec succès les boues minérales et végétales. La diathermie a des indications similaires.

Le médecin doit au cours de la crise colitique assurer l'évacuation des produits septiques des sécrétions en excès : calomel lorsqu'il est bien toléré à doses fractionnées, sulfate de soude, sulfate de magnésie qui est cholagogue, mais qui provoque parfois de violentes contractions intestinales et des spasmes, ipéca sous forme de poudre de Dover, — solution de Bourget qui stimule les sécrétions gastro-intestinales et excite légèrement la motricité du gros intestin, — lavages intestinaux pour lesquels, plutôt que l'eau, on employa le sérum artificiel isotonique ou les décoctions de graines de lin ou de racines de guimauve, — lavements de bile. Il faudra ensuite envisager les modificateurs de la muqueuse : le sous-nitrate de bismuth est le médicament de choix, à fortes doses, de quinze à vingt grammes. Il est, avant tout, un topique qui, en se déposant sur la muqueuse digestive, la protège contre les contacts irritants et réalise un pansement cicatrisant. Il ne semble pas tarir les sécrétions, mais au contraire les augmenter. Il stimule ainsi les processus de défense, et, par là, provoque une réaction inhibitrice et régulatrice. Il modifie les caractères physiques des selles, les rend plus volumineuses, plus lourdes, de consistance plus onctueuse, ce qui facilite leur glissement. Le carbonate de bismuth prend aussi une place importante comme l'a indiqué Loeper. Le carbonate de chaux, le carbonate de magnésie, l'hydrate de magnésie sont utiles.

L'alimentation a une place importante dans la thérapeutique. Dans les états aigus ou subaigus, la diète hydrique s'impose afin de donner un repos maximum aux intestins. Le lacto-sérum est utile. Dans les états chroniques, on discutera, suivant les cas, le régime farineux et le régime carné. On doit tenir compte des dispositions individuelles.

Mais aussi il faudra tenir compte de ce qu'est chaque sujet. Un enfant ou un adulte qui a été une seule fois intoxiqué par un lait douteux, une crème, une albumine en voie de décomposition (œuf, viande ou poisson) acquiert de ce fait une véritable intolérance pour ces aliments et présente une crise colitique à l'occasion de leur ingestion.

La quantité des aliments ingérés a elle-même son importance. Tout repas copieux est une cause d'irritation pour le gros intestin.

Les aliments qui sont imprégnés ou enrobés de graisses et surtout de graisses indigestes (c'est-à-dire de celles qui ont un point de fusion élevé) seront sévèrement proscrits.

Dans les formes anciennes, où domine la constipation, on donnera la préférence à un régime stimulant, aux légumes verts, fruits crus très mûrs ou fruits cuits, ce régime étant plus ou moins additionné de viande.

On voit combien la diététique des colites chroniques est parfois délicate, combien elle doit être souple et variable suivant les circonstances. La tolérance individuelle, l'irritabilité dont fait preuve l'intestin chez certains sujets, nécessité de ne pas restreindre de façon excessive la ration alimentaire utile, créent une tâche difficile aux médecins.

On facilitera le travail d'évacuation par l'emploi systématique des mucilagineux : agar-agar, certaines algues, graines de lin, psyllium.

Avant d'en finir avec la question de diététique, les auteurs disent un mot du *régime cru* qui est fort employé dans certaines maisons de régime suisses, autrichiennes ou allemandes pour des maladies diathésiques et, surtout pour les troubles gastro-intestinaux, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Ce régime, sans être un remède infaillible, donne dans certains cas de colites en apparence désespérés, de remarquables résultats.

Le traitement bactériologique de l'infection intestinale au cours des colites chroniques. — Les auteurs exposent les médications lactiques. On emploie souvent le bacille bulgare ; le bacillus lactis doit être administré en culture vivante et liquide pour être véritablement actif ; les comprimés de cultures desséchées ne contiennent probablement que des ferments morts et privés de toute activité. Les laits caillés avec divers ferments lactiques, képhir, koumiss, yoghourt, sont utiles.

L'emploi du traitement lactique se trouve particulièrement justifié lorsque le taux de l'ammoniaque est très élevé. Il s'applique également bien aux cas dans lesquels les phénomènes de putréfaction se trouvent favorisés par une rétention segmentaire comme cela arrive pour les typhlatonies avec stase ou les colites secondaires à un obstacle mécanique.

La vaccinothérapie des colites chroniques est souvent décevante, et c'est un point sur lequel j'ai été heureux d'avoir confirmation des maîtres en gastro-entérologie.

Quant au sérum anticolibacillaire, les auteurs ont le regret de dire que, dans leur pratique personnelle, ils n'ont jamais observé de bons résultats avec ce sérum au cours des colites chroniques.

Le traitement biologique de l'infection intestinale dans les colites chroniques comporte d'abord la diététique. La diététique est un puissant moyen pour modifier de façon à peu près certaine la flèvre du gros intestin. Deux régimes conviennent essentiellement aux deux types colitiques : l'un pauvre en hydrate de carbone qui s'adresse aux colites de fermentation, le second pauvre en albuminoïdes qui doit être réservé aux colites de putréfactions.

Dans les colites acides, l'usage et l'abus des farineux et quelquefois des sucres exagère les troubles intestinaux et en particulier l'hyperacidité jusqu'à donner quelquefois de l'irritabilité anale. Il aggrave les troubles nerveux jusqu'à donner de l'anxiété. On prescrira, donc, les poissons cuits au court bouillon, les œufs s'ils sont bien tolérés, les viandes maigres et les volailles, les légumes verts de préférence passés, cuits à l'eau, assaisonnés au beurre frais, les fromages cuits, gruyère, hollande, port-salut, chester, les fruits cuits peu acides. Des boissons légères seront autorisées. Au point de vue des légumes verts, il faut toujours savoir que certains colitiques ne supportent pas bien la cellulose; parfois aussi la charpente cellulosique des fruits est elle-même mal tolérée et il faut se limiter au jus de fruits frais pressés. Pour reprendre l'usage des farineux, les bouillies maltées sont un bon intermédiaire.

Le régime farineux strict doit être réservé aux cas où l'alcalinité l'emporte sur l'acidité et où celle-ci est au-dessous de la moyenne. Ce régime comporte la suppression presque complète de la viande, des œufs et du poisson. On ne donnera que de très petites quantités de viandes à un seul repas ; on la remplacera par des laits caillés ou des potages de crème d'orge, de riz, de tapioca, de semoule préparés au lait. Ces bouillies seront données au repas du matin et de quatre heures. Aux grands repas, les farineux seront prescrits sous forme de pâtes, de purées de pomme de terre, de préparations sucrées au riz ou à la semoule. Le dessert sera composé de lait caillé ou de fromage blanc, de petits suisses, de fruits cuits très sucrés ou de confitures.

L'opothérapie digestive. — L'opothérapie digestive est le complément du régime dans beaucoup de cas : pepsine avant le repas, acide chlorhydrique au cours de celui-ci.

A propos de la pancréatine, il y a peut-être lieu de faire observer que son action est, théoriquement du moins, bien problématique. Comment admettre, en effet, que ce ferment qui, physiologiquement, doit opérer en milieu alcalin, puisse traverser sans dommage les sucs acides de l'estomac ?

L'insuffisance biliaire appelle les cholagogues, et, surtout, le boldo. L'huile d'olive, l'oléate de soude, l'acide oléique ou encore un régime alimentaire riche en crème fraîche, en beurre frais, semblent faciliter beaucoup l'évacuation de la bile. La bile est le cholagogue le plus employé : pilules de bile de bœuf desséchée, dosées à 5 cgr. ; la poudre de foie est précieuse dans les dégénérescences de la cellule hépatique.

Les cures thermales s'imposent dans ces états de grande insuffisance hépato-clinique : Châtelguyon, Vichy.

Traitement pharmacologique. — Le bismuth, déjà cité, le calomel (petites doses de un à deux centigrammes généralement associé au lactose), acide lactique qui convient aux colites de putréfaction, collargol qui agit comme un topique et semble posséder une réelle valeur bactéricide, charbon qui a la propriété de fixer les toxiques, les toxines et les ptomaïnes. Le stovarsol est remarquablement actif dans les diverses diarrhées parasitaires.

Traitement des accidents nerveux provoqués par les colites chroniques. — 1° Le spasme étant d'ordre essentiellement vagotonique, son médicament héroïque est la belladone. Le camphre ne doit pas être oublié, car il a d'incontestables propriétés antispasmodiques.

2° Les atonies du gros intestin sont la conséquence de la déchéance organique, de l'atrophie musculaire et objectivent la souffrance de l'organe. Plus rarement elles répondent à des phénomènes d'inhibition nerveuse. Dans ces derniers cas, elles ressortissent à un syndrome sympathicotonique. Nous sommes un peu désarmés vis-à-vis de ces atonies digestives. On dispose de quelques médicaments ayant une action élective sur la fibre lisse, médicaments léiotoniques : pilocarpine excitant du parasympathique, ésérine, noix vomique. La pepsine en injection sous-cutanées est également un stimulant du péristaltisme. Il en est de même de l'extrait hypophysaire, du quassia.

Enfin les auteurs exposent le traitement médical de l'intoxication d'origine intestinale et le traitement médical spécial des différentes formes de colites chroniques.

* * *

Traitement chirurgical des colites chroniques. — Il n'y a guère plus de quarante ans que l'audace vint aux chirurgiens d'utiliser contre les formes sévères et rebelles de certaines colites les ressources de leur technique en progrès. D'abord rares et timides, les interventions se firent plus fréquentes, plus hardies, et l'on put assister, dans les premières années de ce siècle à l'éclosion d'une chirurgie nouvelle, riche, trop riche même en conceptions et en procédés.

Dans cette abondance un peu chaotique, de méthodes différentes et parfois opposées, prônées avec une égale conviction par leurs promoteurs respectifs, le médecin conscient de ses responsabilités avait vraiment peine à faire un


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS-4e

choix raisonné. La clarté s'est faite. Illogique dans leur conception, en opposition téméraire avec les enseignements de la physio-pathologie, certaines interventions n'ont pu à l'usage supporter le rigoureux contrôle de longues expériences : elles sont tombées en discrédit et en désuétude. Il en est d'autres, par contre, dont la réelle efficacité est indiscutablement affirmée. Les dégagements méthodiques d'adhérences, certaines fixations, de rares anastomoses et des colectomies partielles en constituent les éléments les plus importants. Ce qu'il faut considérer comme capital et ce qui est particulièrement difficile, c'est d'ajuster opportunément à chaque cas particulier, le traitement nécessaire avec le moindre risque. Il y faut apporter non seulement une science de documentation, mais surtout beaucoup de prudence, de contrôle, de réflexion et aussi d'expérience méditée.

Henri VIGNES.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Epidémiologie

Une épidémie de poliomyélite a été observée dans la région saumuroise du 15 août au 20 octobre 1934 ; elle a frappé cinq enfants, sept adolescents et cinq adultes.

Au point de vue clinique le tableau a été le même, à l'intensité près.

L'état infectieux du début a été constant avec une température oscillant entre 38° et 39°5 ; deux fois l'on pense à une angine et deux fois à un rhumatisme infectieux.

La période d'état, marquée par la paralysie est apparue deux ou trois jours après ; la paralysie flasque, avec abolition des réflexes tendineux, a été d'emblée totale pour rétrocéder ensuite ; c'est là, d'une façon certaine, la signature même de la lésion des cornes antérieures, ce qui permet d'éliminer les affections neurotropes de même type comme la névraxite basse. Dans les deux tiers des cas la paralysie fut localisée aux membres inférieurs avec prédilection sur les quadriceps, les adducteurs, les muscles de la face antéro-externe de la jambe.

Trois faits surtout sont à retenir : 1° la fréquence des formes douloureuses (5 cas) ; 2° l'évolution ascendante, aboutissant à la mort par phénomènes bulbaires (2 cas) ; 3° la forme presque généralisée, rappelant l'encéphalite douloureuse de 1920 (1 cas).

L'évolution a été favorable dans treize cas ; il y eut quatre morts, dont une en quelques heures, deux en trois jours, une en six jours.

Le traitement a été très variable ; deux fois on a fait de la radiothermie rachidienne ; quatorze fois on a injecté du sérum de Pettit, deux fois du sérum de convalescent ; chez presque tous on a prescrit le salicylate de soude et l'urotropine.

Ces dix-sept cas sont apparus dans un rayon restreint. Six ont été contractés à Saumur ; sept ont été constatés sur la rive gauche, quatre sur la rive droite, dans la banlieue immédiate de la ville. On n'a rien trouvé de précis sur le lien unissant tous ces cas.

(D. Denéchau. A propos de l'épidémie de poliomyélite de la région saumuroise. *Archives médicales d'Angers*, novembre 1934.)

Dermatologie

Le diagnostic des syphilides folliculaires reste assez difficile, car elles présentent une grande analogie avec le lichen, le pityriasis, la kératose, etc.

Une analyse attentive des éléments de l'éruption permet de constater que les papules des syphilides folliculaires ont une base infiltrée, une teinte cuivrée et offrent une résistance spéciale au toucher. Le mode de distribution des éléments en petites constellations est un caractère distinctif.

Les signes cliniques étant la plupart du temps insuffisants pour conduire au diagnostic, on doit faire appel au contexte clinique et procéder à l'examen complet du malade. Tout d'abord il faut rechercher les antécédents spécifiques, les coïncidences morbides, les manifestations contemporaines ; puis on procède aux réactions sérologiques ; l'épreuve thérapeutique, en dernier ressort, permet de confirmer le diagnostic.

(J. Gillet. Les syphilides folliculaires. *Revue médicale de l'Est*, 1er novembre 1934.)

Dans les cas de zona aucune méthode ne semble donner de résultat aussi rapide que le bleu de méthylène en injection intra veineuse ; comme antiseptique il cicatrice rapidement les lésions ; comme analgésique il est d'une efficacité marquée.

Les doses moyennes sont de 5 à 10 c.c. de la solution à 1 %.

Voici une des quatre observations contenues dans cette étude :

Nguyen-thi M..., âgée de 42 ans, atteinte de zona (forme thoraco-abdominale).

Examen clinique. — A la région thoraco-abdominale gauche on voit de nombreuses taches érythémateuses ovalaires portant chacune un bouquet de vésicules de 3 à 5 millimètres de diamètre. Ces lésions s'étendent en demi-ceinture sur le côté gauche du thorax et de l'abdomen.

Démangeaisons au début, cuisson et douleur vive le deuxième jour avec fièvre légère (37°9).

Traitement. — Injection intraveineuse de bleu de méthylène (5 c. c.) le premier jour. Le jour suivant une deuxième injection a été faite avec la même dose. Au troisième jour disparition complète des troubles sensitifs précités et dessiccation des vésicules. Cicatrisation des lésions à partir du quatrième jour.

(Truong-van-Que. Traitement du zona par les injections intraveineuses de bleu de méthylène en solution à 1/100. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, juin-juillet 1934.)

Pathologie coloniale

L'infection naturelle au paludisme de l'*Anopheles hyrcanus var. sinensis* est à peu près nulle à certains endroits, par exemple aux Indes ; elle est au contraire fort importante aux Indes néerlandaises, à Formose, à Ceylan, en Chine, en Cochinchine.

Un *Anopheles sinensis* a été trouvé porteur de sporozoïtes dans les glandes salivaires pour la première fois au Tonkin.

La réceptivité naturelle des diverses espèces d'Anophèles à l'hématozoaire peut varier dans des proportions assez grandes suivant les localités. Le pourcentage d'infection croît avec la hauteur mensuelle des pluies, la moyenne des températures, l'humidité relative ; elle est maxima lors de la pleine activité reproductrice des femelles ; toutefois d'autres facteurs doivent intervenir que seuls peuvent mettre en évidence l'étude biologique des Anophèles et leur élevage à partir de l'œuf ; par ces moyens on a pu différencier des races d'*Anopheles maculipennis* plus ou moins réfractaires à l'infection. Il est logique de penser que, par des recherches semblables, on arrivera à déterminer des races chez plusieurs espèces exotiques et à expliquer par là les variations de réceptivité à l'hématozoaire du paludisme suivant l'origine des souches étudiées.

(H. Gaschen. Infection naturelle de Anopheles hyrcanus var. sinensis (Wied. 1928) et la transmission du paludisme au Tonkin. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, juin-juillet 1934.)

Pathologie externe

La migration jusqu'au creux poplité d'un abcès froid à point de départ ischiatique pose un problème de diagnostic :

On doit envisager trois hypothèses : 1° l'anévrysme poplité ; 2° le kyste poplité ; 3° l'abcès froid d'origine articulaire ou osseuse de voisinage ; mais on ne doit pas oublier d'explorer le squelette du bassin.

Voici l'observation de ce cas dont la rareté fait l'intérêt :

Il s'agit d'un soldat du 1er régiment de zouaves, âgé de 22 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier.

Il y a cinq mois, il a constaté la présence, à la face postérieure de la cuisse gauche, à cinq centimètres sous le pli fessier, d'une tumeur de la

grosseur d'une olive, indolore spontanément et à la pression, mais entraînant une gêne très légère dans la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin (dans l'attitude de lacer les souliers).

Pas de signes généraux.

Le caractère indolore de la tumeur et la faible perturbation apportée à la vie du malade expliquent qu'il poursuit son service sans se faire examiner.

Le 5 février 1934, soit cinq mois après la découverte de la tuméfaction, il contracte un rengagement et signale au médecin incorporateur la présence de la petite tumeur légèrement augmentée de volume qui a migré dans l'aire fémorale du losange poplité sur la ligne médiane.

La forme, la consistance rénitente, la tension, le défaut de battement et d'expansion, le peu d'importance des troubles fonctionnels orientent le médecin vers le diagnostic de kyste poplité, diagnostic confirmé à l'hôpital militaire de Casablanca, où l'on propose l'ablation du kyste.

L'intervention acceptée a lieu le 14 mars 1934. Anesthésie générale éther Incision des plans superficiels sur la ligne médiane dans le triangle fémoro-poplité. On trouve immédiatement la tumeur qui est sus-aponévrotique et de la grosseur d'un œuf.

Après ponction évacuatrice, dissection de la tumeur, facilement clivable, on constate alors qu'elle est appendue à un pédicule en forme de cordon fibreux qui est suivi de bas en haut jusqu'au moment où il semble se confondre avec l'aponévrose postérieure de la cuisse, soit à cinq centimètres environ sous le pli fessier, à l'endroit même où la tumeur fit son apparition cinq mois plus tôt. Suture de la peau. Suites opératoires simples.

La nature tuberculeuse de l'affection fut reconnue au laboratoire. Il restait à en chercher le point de départ ; la radiographie révéla une petite lacune osseuse et une destruction partielle du corps de l'ischion.

Connaissant la nature et l'origine de la tumeur, on se demande par quelle voie elle a pu traverser l'aponévrose de la cuisse pour venir occuper au creux poplité la situation sus-aponévrotique signalée.

Il est permis de penser que, guidé par les lois de la pesanteur, l'abcès tuberculeux par congestion a progressé dans les gaines celluleuses des nerfs grand sciatique et petit sciatique, perforant l'aponévrose à travers un des orifices par lequel les branches du nerf deviennent sous-cutanées.

(Médecin commandant Duboureau et médecin capitaine Candille. Un cas d'abcès froid du creux poplité à origine ischiatique. *Maroc Médical*, 15 novembre 1934.)

Médecine légale

Les difficultés de l'expertise médico légale dans l'assurance individuelle sont dues aux divergences d'opinion entre les parties ou les médecins choisis par elles ; il n'est pas indifférent d'en signaler les causes profondes, qui sont fort bien analysées dans les lignes suivantes :

A la base du litige, il faut placer ce fait que le blessé désire toucher le plus possible, tandis que la Compagnie d'assurances a le désir de ne payer que très strictement son dû. Ces deux désirs se contrarient nécessairement.

Mais ce processus psychologique, de règle dans tous les cas d'accidents ouvrant droit à une réparation, se complique ici pour des raisons spéciales.

En signant une police, la Compagnie d'assurances a voulu ne couvrir qu'un risque limité et bien défini. Aussi, une clause du contrat écarte-t-elle du bénéfice de l'assurance les manifestations pathologiques dont l'étiologie traumatique est exceptionnelle et presque toujours discutable (hernie, lumbagos, etc.). Ces manifestations sont fréquentes et leur diagnostic, sans disposition restrictive, ouvrirait la porte à des litiges souvent renouvelés.

Dans le même but, un autre article précise que, si les conséquences d'un accident ont été aggravées par l'action d'une maladie, d'un état constitutionnel, d'une prédisposition, d'une infirmité, l'indemnité sera calculée non d'après les suites effectives du cas, mais d'après celles qu'il aurait eu chez un sujet bien portant. En d'autres termes, la Compagnie n'accepte pas la charge de l'état antérieur.

D'autre part, en vue d'éviter des discussions souvent sans issue sur le coefficient professionnel, la police stipule que le taux de l'incapacité sera calculé sans tenir compte de la profession du blessé.

Enfin, l'assureur a craint qu'une prime annuelle trop importante écarte les assurés éventuels. Aussi, tout en prévoyant une somme proportionnellement élevée dans les cas d'invalidité permanente totale, — éventualité très rare — a-t-il inscrit dans la police un certain nombre de clauses qui allègent ses engagements pécuniaires tant pour l'incapacité temporaire que pour l'incapacité permanente partielle.

Mais l'assuré lui, a voulu — désir non moins légitime — être couvert du risque accident dans son intégralité. Séduit par le chiffre peu élevé de la prime et par l'indemnité importante prévue dans le cas d'invalidité totale, il a signé sans l'étudier au préalable, la police qui lui était proposée. Qu'un accident survienne, à l'occasion duquel puisse être légitimement invoquée par la Compagnie l'une des dispositions restrictives invoquées dans la police, le blessé n'hésitera pas à admettre qu'il a été dupé par une Compagnie plus habile qu'honnête.

Et, d'autre part, la multiplicité de ces stipulations qui, procédant d'une même inspiration générale, diffèrent quelque peu selon les Compagnies, complique l'appréciation médicale, explique les divergences entre le médecin-traitant et le médecin-conseil de la Compagnie. Le premier a rarement étudié, lui aussi, les clauses de la police : il raisonne et apprécie comme s'il s'agissait d'un accidenté du travail.

(P. Mazel. L'expertise médico-légale dans l'assurance individuelle. *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1934.)

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1935

Contribution à l'étude de la pathogénie et du mécanisme de production des accidents consécutifs au traitement antirabique. — *MM. G. Marinesco* et *E. Façon*. — Le mécanisme de production des accidents qui surviennent après le traitement antirabique comporte, d'une part, la possibilité de l'intervention du virus fixe, surtout dans les cas graves, à évolution létale. D'autre part, dans beaucoup de cas, surtout à évolution bénigne, s'agit de la manifestation d'une affection neurotrope survenant dans un organisme qui, grâce à l'introduction parentérale du vaccin, réalise de « nouvelles conditions » (un fléchissement de l'immunité locale) nécessaires pour l'éclosion de ces troubles.

Angiomes cérébraux. Importance de l'angiographie cérébrale dans leur diagnostic. — *M. Egas* et *Moniz*. — La majorité des cas d'angiomes cérébraux ont été jusqu'ici des trouvailles chirurgicales ou d'autopsie. C'est grâce à l'investigation angiographique, tout à fait inoffensive pour les malades, que ces diagnostics peuvent être faits.

Résultats de six années de vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon dans la population scolaire d'une grande ville (Saint-Etienne). — *M. Poulain*. — La vaccination antidiphtérique est en usage à Saint-Etienne depuis 1929. Au premier janvier 1933, 83 p. 100 des enfants des écoles maternelles et 70 p. 100 des enfants des écoles primaires ont été vaccinés. Près de 50.000 injections ont été ainsi pratiquées sans incident grave ce qui démontre une fois de plus l'innocuité de l'anatoxine telle qu'elle est préparée par Ramon.

Alors qu'en 1930, il y avait 288 cas de diphtérie à Saint-Etienne, on n'enregistre en 1934 que 28 cas dont douze seulement dans les écoles. Un seul décès chez un écolier non vacciné, aucun chez les enfants des écoles maternelles, quatre dans le reste de la population. Les résultats obtenus dans ces conditions, dans une grande ville dont la population est en grande partie ouvrière confirment l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine et montrent combien il est désirable de la généraliser.

La lymphogranulomatose bénigne doit être nommée bubon climatique. — *M. Brumpt*. — A l'occasion d'une étude historique concernant la maladie étudiée dès 1865 par Trousseau dans une de ses cliniques, sous le nom *d'affection ganglionnaire des créoles* et connue de tous les médecins coloniaux français et étrangers sous le nom de *bubon climatique* depuis l'étude qui en a été faite, à Hong-Kong, par Cantlie en 1896, M. Brumpt demande la suppression des dix-huit synonymes de cette affection vénérienne.

C'est en effet depuis 1913 seulement que cette maladie banale dans les régions tropicales, a été étudiée en France sous les noms de lymphogranulomatose inguinale, de quatrième maladie vénérienne, puis de maladie de Nicolas-Favre, etc... Certains de ces noms peuvent prêter à confusion avec les dénominations données à d'autres affections d'étiologie inconnue ou vénérienne et, d'autre part, ces changements de noms peu-

vent être très préjudiciables aux recherches, c'est pourquoi il convient, par une saine application de la nomenclature scientifique, de conserver le nom de *bubon climatique* utilisé depuis près de quarante ans dans toutes les régions tropicales.

Le traitement des tumeurs malignes de l'homme par le venin de cobra. — *M. Jacques Lavedan.* — Le venin de cobra est sans action sur l'évolution des tumeurs malignes de l'homme, même lorsqu'il est injecté directement dans la tumeur. Les examens histologiques, quand ils sont possibles, montrent que dans les cancers ainsi traités, la cellule néoplasique garde sa vitalité.

Les injections de venin de cobra atténuent parfois les algies des cancéreux, mais cette action est essentiellement inconstante et irrégulière.

Etude d'un « Schizosaccharomyces » nouveau isolé d'une scaphoïdite tarsienne de l'enfant. — *MM. A. et R. Sartory et J. Meyer.*

Election d'un membre titulaire dans la VIe section (Pharmacie) — *Classement des candidats.* — En première ligne : M. Goris.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bailly, Bruère, Choay, Guerbet et Hérissey.

M. Goris est élu par 63 voix sur 67 votants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1935

Valeur des altérations du foie dans la chirurgie biliaire. — *M. Donati* (de Milan) envisage les rapports qui existent entre les altérations hépatiques et les lésions des voies biliaires. Il conclut que très souvent les premières sont les conséquences des secondes, comme le montre l'amélioration des fonctions hépatiques constatées après l'intervention.

Tannage des brûlures. — *M. Moure* après avoir traité les brûlures par l'absence de pansement, pratique maintenant le tannage par pulvérisation d'une solution à 5 % toutes les heures pendant le premier jour, en le combinant en l'absence de pansement.

Iléocoloplastie. — *M. Quénu*, complétant la statistique des cas actuellement publiés, apporte des nouveaux cas, qui lui avaient échappé.

Tétanos après brûlure. — *M. L. Bazy*, à propos d'un cas de tétanos après brûlure, montre la difficulté actuelle de connaître avec précision dans quels cas il est nécessaire de faire l'injection préventive de sérum, et pose la question de la vaccination antitétanique.

M. Gosset appuie les conclusions de *M. Bazy* et estime que cette vaccination doit prendre place à côté des vaccinations actityphique et antidiphtérique.

M. Lenormant a observé deux cas de tétanos après brûlures.

M. Mauclaire insiste sur la gravité des plaies du pied.

M. Sorrel a observé un tétanos : mortel après injection préventive de sérum.

M. Gosset montra à nouveau que la codification de cette injection préventive est absolument impossible.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1935

L'épreuve de la contribution dans la détermination des compatibilités sanguines. — *MM R. Benda et Coro del Pozo* exposent la technique de cette épreuve et en soulignent les avantages. Son plus grand mérite, à leur sens, c'est d'autoriser, sans arrière-pensée, une réhabilitation complète du principe de la recherche directe des compatibilités sanguines, en vue de la transfusion. Du point de vue doctrinal, ils insistent sur la filiation d'un certain nombre de phénomènes hématologiques, sédimentation globulaire, pseudo-agglutinations authentiques ou illégitimes, que l'épreuve de la centrifugation permet de séparer jusqu'à un certain point par la comparaison de ces résultats avec ceux des procédés classiques.

M. Tzanck pense qu'en dehors des cas où la transfusion doit être pratiquée d'urgence, cette épreuve apporte une garantie supplémentaire qui en fait tout l'intérêt.

A propos des sujets à « sang instable ». — *MM. R. Benda, J.-F. Forge, J. Boyer et Coro del Pozo* apprécient la sensibilité de l'épreuve de la centrifugation, dans un certain nombre d'états pathologiques qu'il est possible, à des titres divers, de faire rentrer dans le cas général des sujets à « sang instable ». Du point de vue théorique, ils s'efforcent de caractériser cette « instabilité sanguine », elle-même ; du point de vue pratique, ils montrent que la transfusion sanguine ne peut être utilisée qu'avec la plus extrême prudence dans tous les cas dits médicaux; les hépatiques éthyliques surtout (qu'il s'agisse du receveur ou des donneurs éventuels), doivent inspirer une méfiance particulière.

Syndrome de Stokes-Adams d'origine rhumatismale. — *MM. L. Ramond, S. Vialard et M. Albeaux-Fernet* rapportent l'observation d'une maladie de Stokes-Adams de nature nettement rhumatismale, durant déjà depuis trois ans et demi et qui a guéri par le salicylate de soude.

Ils soulignent la rareté de tels faits comparativement à la fréquence des troubles de la fonction dromotrope dans la maladie de Bouillaud.

L'échinococcose secondaire métastasique du poumon. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet, R. Laplane et P. Salles* présentent une observation d'échinococcose métastatique du poumon, survenue chez un boucher infesté par contact avec des chiens d'abattoir. En l'absence d'un tableau clinique caractéristique, la radiographie avait révélé un aspect typique d'échinococcose pulmonaire multiple, le nombre de kystes atteignant le chiffre de onze. Le volume des kystes, leur repérage facile et leur siège superficiel permirent au cours de deux interventions d'en extirper quatre sans incident. Ultérieurement la mort du malade est survenue à la suite d'une complication rarissime : péricardite purulente par ouverture dans le péricarde d'un kyste suppuré.

L'autopsie a montré que cette échinococcose était secondaire à l'ouverture dans la veine cave inférieure d'un kyste hydatique du foie occupant le lobe de Spiegel.

Cette observation porte à six le nombre des cas indiscutables d'échinococcose métastatique du poumon d'origine hépatique.

Les échinococcoses pulmonaires multiples, en effet, sont dues soit à la rupture dans les bronches d'un kyste primitif développé *in situ* (échinococcose bronchogénétique de Devé) ; soit à l'ouverture avec dissémination par la voie sanguine d'un kyste primitif du cœur, ou plus rarement du foie (échinococcose métastatique) ; soit, exceptionnellement, à un essaimage primitif et généralisé (échinococcose primitive massive).

Un cas de splénomégalie tuberculeuse guérie médicalement — *MM P. Emile-Weil et P. Isch-Wall* rapportent l'histoire d'un jeune homme porteur d'une énorme splénomégalie isolée avec poussées fébriles intermittentes, sans adénopathies ni hépatomégalies, ni signes péritonéaux mais avec anémie moyenne, 3.100 globules blancs et mononucléose de 83 %.

Ce syndrome de Banti était de nature tuberculeuse : la preuve en était l'existence antérieure d'une typho-bacillose, la coexistence d'un mal de Pott dorso-lombaire, un Vernes très positif (103).

Le diagnostic de tuberculose splénique posé, le traitement consista uniquement en cure d'air et bains de soleil. La guérison fut totale en un laps de temps d'un an environ. La rate qui devait peser plus d'un kilo disparut entièrement en même temps que le mal de Pott.

A l'occasion de ce cas, les auteurs donnent le résumé de leur expérience en ce qui concerne la tuberculose splénique au point de vue clinique et thérapeutique. Le traitement leur semble devoir être presque uniquement médical, la chirurgie n'étant ni nécessaire ni suffisante, comme pour les adénopathies bacillaires.

M. Fiessinger se range à l'avis des auteurs en ce qui concerne le polymorphisme de la tuberculose de la rate. La présence d'une ascite lui semble cependant ne présenter aucune signification en faveur de la nature bacillaire d'une splénomégalie.

M. P. E.-Weil dit que l'ascite accompagne, en effet, souvent des grosses rates non tuberculeuses, en particulier certaines rates leucémiques. Mais, si l'on peut faire la preuve de la nature tuberculeuse du liquide d'ascite par l'examen cytologique et l'inoculation au cobaye, ce point de séméiologie acquiert une grande valeur pour le diagnostic étiologique d'une splénomégalie isolée.

M. Cain serait plus volontiers interventionniste que M. P. E.-Weil en présence d'une splénomégalie isolée dont la nature tuberculeuse serait démontrée.

M. P. E.-Weil a fait opérer deux malades atteints de grosse rate tuberculeuse. Dans les deux cas, la splénectomie ne put être pratiquée en raison des adhérences périspléniques.

M. Paraf souligne les difficultés du diagnostic de tuberlose splénique. Elles sont d'autant plus grandes que toutes les grosses rates survenant chez des tuberculeux ne sont pas de nature tuberculeuse ; il en est ainsi en particulier chez les nourrissons.

Ascite cirrhotique traitée pendant un an par des injections para-péritonéales de neptal — *M. Moriquant-Beauchant* (de Poitiers) rapporte un cas d'ascite d'origine cirrhotique traitée par des injections hebdomadaires de neptal par voie intra-péritonéale. Les injections furent bien tolérées pendant un an, mais la mort survint par hémorragie intestinale.

Ataxie aigu tabétique. — *M. Urechia* (de Cluj) rapporte un cas d'ataxie aigu tabétique qui fut considérablement amélioré par le traitement antisyphilique.

Présentation d'appareil. — *MM. Sainton, Lamy* et *Mme Brasier* présentent un procédé électrique permettant de déterminer l'hypo et l'hyperthyroïdie en échappant aux contingences d'expérimentation que l'on retrouve dans la mesure du métabolisme de base. Les résultats obtenus à l'aide de cet appareil sont sensiblement parallèles à ceux fournis par la mesure du métabolisme basal.

Sur un cas de botulisme familial. — *M. Rivet*, à propos du procès-verbal, rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de paralysie de l'accomodation et chez laquelle les ensemencements de mucus prélevé au niveau du nez et de la gorge révélèrent la présence de bacilles ayant tous ces caractères morphologiques du bacille de Klebs-Lœffler.

Il ne s'agissait pourtant pas de diphtérie mais d'un cas de botulisme qu'une enquête familiale permit de déceler.

L'auteur souligne qu'il n'est pas suffisant pour poser le diagnostic de paralysie diphtérique de constater la présence dans la gorge de bacilles diphtérimorphes, à moins que la paralysie n'ait tous les caractères classiques reconnus aux paralysies diphtériques.

Séance du 1er février 1935

Les migraines. Rôle du foie dans leur pathogénie. Leur traitement par la thérapeutique hépatique. — *MM. G. Etienne* et *L. Collesson* (de Vichy) ont établi le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse de la migraine sous toutes ses formes, migraines paroxystiques ou états migraineux. C'est le substratum fondamental sur lequel évoluent les divers mécanismes déchaînants. Quant aux signes de l'insuffisance hépatique, ils sont constants sous une forme ou sous une autre chez les migraineux.

Les auteurs étudient soixante-quinze cas de migraines particulièrement sévères. Quarante-quatre malades furent traités exclusivement par la thérapeutique médicamenteuse de stimulation hépatique. Chez trente-sept malades, les migraines disparurent complètement, parfois très rapidement, ou bien s'atténuèrent et s'espacèrent très considérablement. Chez trente sujets, le traitement médicamenteux fut renforcé par une cure hydrominérale, parfois appliquée d'emblée avec des résultats analogues, étant entendu que la crénothérapie dut être appuyée ensuite par le traitement médicamenteux.

Ces résultats sont intéressants au point de vue pratique et ils ne le sont pas moins au point de vue dogmatique, puisqu'ils apportent une véritable preuve expérimentale de la cause fondamentale des états migraineux, même quand des causes secondes viennent se surajouter à elle.

Spasme de torsion avec troubles de la déglutition et bouche béante. — *M. C.-I. Urechia* et *Mme Retezeanu* (de Cluj).

Bacilles tuberculeux aviaires dans l'organisme d'un nourrisson. — *MM. Robert Debré, A. Boquet, A. Saenz* et *Marcel Lelong* présentent l'observation d'un nourrisson issu d'une mère phtisique, qui à partir de sa naissance, n'eut aucun contact avec sa mère, fut vacciné au B. C. G. et placé à la campagne, à l'Œuvre du placement familial des Tout Petits. A l'âge de sept mois et demi, cet enfant fut atteint de trouble digestifs, accompagnés de poussées fébriles, qui durèrent plusieurs semaines. Son état s'améliora dans la suite, puis la fièvre réapparut, par poussées irrégulières, et le petit malade succomba après un dernier accès fébrile à l'âge de quatorze mois et demi. Les cuti-tuberculinations avaient donné des réactions négatives et l'intradermo-réaction pratiquée avec une dose élevée de tuberculine, une réaction faiblement positive comme on le voit chez les enfants ayant absorbé du vaccin B. C. G.

L'autopsie ne montra aucune lésion macroscopique et l'examen histologique décela seulement une hépato-néphrite subaiguë, sans lésions folliculaires ni bacilles acido-résistants. Les recherches bactériologiques permirent d'isoler, par culture et par inoculation, du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques, un bacille acido-résistant qui fut aisément identifié à un bacille tuberculeux du type aviaire. Par contre, on ne trouva aucun bacille du type humain et du type B. C. G. Les auteurs démontrent que ce bacille provenait certainement des organes de l'enfant qu'il ne s'agissait certainement pas d'une contamination transplacentaire (présence d'un bacille humain chez la mère). Ils ne s'expliquent pas, malgré une investigation attentive, comment ce nourrisson, dont l'existence et la nourriture furent étroitement surveillées, pût être contaminé par un bacille aviaire et cependant le bacille tuberculeux isolé dans ce cas appartient certainement à ce type de bacilles, dont il conserve intégralement les caractères depuis deux ans. Par ailleurs l'enfant n'a pas présenté les caractères que l'on reconnaît à la bacillose aviaire chez l'homme et qui du reste ne sont pas, d'après les auteurs, très nettement établi. L'hypothèse suivant laquelle ce germe correspondrait à la variété S d'un bacille humain doit être écartée. Force est donc d'admettre qu'un bacille aviaire authentique a été trouvé chez ce nourrisson et, sans qu'on puisse affirmer que ce germe est responsable des lésions organiques ou de la mort, cette constatation étayée sur une étude bactériologique complète garde tout son intérêt.

Intoxication fongique avec état cholériforme, anurie, azotémie ; traitement par la rechloruration ; guérison. — *MM. Ch. Aubertin* et *G. Patey*.

Les ictères post-thérapeutiques. (Analyse pathologique. — *MM. A. Tzanck, M. Cachin* et *Boyer* passent en revue les diverses explications pathogéniques proposées pour l'interprétation des ictères chimiothérapiques et montrent que chacune d'elles n'explique que des cas tout à fait exceptionnels. La nocivité du produit est indéniable (puisque la presque totalité des ictères surviennent à la suite de traitement par les composés arsenicaux et sont rares en dehors d'eux).

Cependant ces ictères apparaissent aussi bien pour des doses minimes que pour des traitements intenses et la possibilité de reprendre et de continuer le traitement après l'ictère s'oppose également à l'idée d'intoxication.

La résection d'Herxheimer véritable est rarissime, en effet l'ictère ne survient guère à la première piqûre.

Les conditions nécessaires à la réalisation d'une *hépatorechute* ne sont que très rarement réalisées, l'ictère survient aussi bien chez des malades correctement traités.

La notion de biotropisme serait ici la plus vraisemblable mais elle n'explique, en réalité, que quelques rares ictères.

Les auteurs concluent que le rôle pathogénique le plus important revient ici au terrain qui réagit sous forme d'une intolérance hépatique.

Caractère propre de l'intolérance hépatique. — *M. A. Tzanck.* — La possibilité de continuer ou de reprendre sans dommage un traitement arsenical, malgré l'existence d'un ictère, s'oppose au premier abord à la notion d'intolérance hépatique. Mais les fonctions propres du foie, dont le rôle est d'assimiler, de transformer les substances alimentaires, de s'adapter en quelque sorte, expliquent que dans des circonstances pathologiques, cette adaptation soit également possible ; celle-ci permet au foie une désensibilisation spontanée.

C'est là un caractère propre à l'intolérance hépatique.

L'ictère grave de la période secondaire de la syphilis

de l'adulte existe-t-il ? — *MM. A. Tzanck* et *M. Cachin* signalent que la presque totalité des observations publiées est antérieures à 1914. Dans certaines d'entre elles, l'ictère semble devoir être mis plutôt sur le compte de la médication que de la syphilis. Dans d'autres, une autre infection semble devoir être incriminée (streptocoque dans plusieurs cas). Les lésions sont toujours celles de l'atrophie jaune aiguë; jamais le tréponème n'a été retrouvé. L'ictère grave n'a jamais été signalé au cours de la syphilis maligne précoce.

Dans ces conditions, les auteurs se demandent si la description de l'ictère grave de la syphilis secondaire est bien légitime. Pour eux, la plupart des faits de cet ordre relèvent d'autres causes que la syphilis, alors qu'au contraire, les lésions de la syphilis secondaire, qu'elles soient cutanées, hépatiques ou rénales, sont ou bien spontanément resolutives, ou merveilleusement influencées par le traitement.

A propos de l'interférométrie. — *M. Sainton*.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE
11 janvier 1935

Allocution du président pour 1935, M. PEUGNIEZ.
Eloge de René Le Fur par M. DARTIGUES.
Compte rendu des travaux de l'année pendant l'année 1934, par M. Raphaël MASSART.

Traitement de l'hallus valgus. Technique personnelle. — *M. André Trèves* expose sa technique employée dans plus de cent cas, avec un resultat excellent et définitif quels que fussent l'âge des malades et la gravité de la déformation. Cette technique consiste, après ablation de la tête métatarsienne et constitution d'une néarthrose, à rapprocher progressivement les quatre derniers orteils et leurs métatarsiens du premier, au moyen de pansements appropriés. La marche est reprise au bout de quinze jours. L'intervention peut être exécutée à l'anesthésie locale.

Cystoscopie dans le cancer sigmoïdien. — *M. Jack Mock* montre l'intérêt que peut avoir l'examen endoscopique de la vessie dans les lésions de l'anse sigmoïde. C'est là une acquisition nouvelle de la cystoscopie, rien n'ayant été trouvé à ce sujet dans la bibliographie. Entre autres, l'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte de cancer sigmoïdien chez laquelle le seul symptôme était la cystite à l'occasion de laquelle une cystoscopie fut pratiquée. L'aspect des lésions vésicales fit poser le diagnostic jusque-là insoupçonné. Toute cystite d'origine douteuse doit être cystoscopée.

Bureau de la Société pour l'année 1935. — Président, M. PEUGNIEZ ; vice-président, M. TRÈVES ; secrétaire général, Docteur Charles BUIZARD ; secrétaire général adjoint, M. MASSART ; trésorier, M. BURTY ; trésorier adjoint, M. GASN; secrétaires des séances, MM. CANONNE et MASMONTEIL ; archiviste, M. DUFOURMENTEL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 janvier 1935

A propos de la reflexothérapie nasale. — *M. Louis Leroux* est d'avis que limité au traitement des troubles vasomoteurs ou spasmodiques d'origine vago-sympathique, l'emploi de la réflexothérapie endonasale peut rendre de réels services chez les déséquilibrés sympathiques ou endocriniens si nombreux et si difficiles à soigner. Si on peut supprimer des cephalées, des spasmes pharyngés, des coryzas vaso-moteurs, on ne peut cependant transformer un tempérament, mais seulement refréner les poussées paroxystiques. Cette méthode présente encore actuellement beaucoup d'inconnues dans sa physiologie, ses techniques et ses indications. On peut esperer que dégagée de tout charlatanisme, elle deviendra une arme utile et plus précise dans la thérapeutique des troubles du système neuro-végétatif.

La calcémie dans quelques grossesses pathologiques. *M. Pierre Labignette* montre que la calcémie, habituellement constante entre 95 et 105 milligrammes par litre de sang, peut subir des variations assez importantes au cours de certaines grossesses pathologiques, notamment chez les albuminuriques et les éclamptiques sans que le taux de l'albuminurie en soit cause. Des résultats obtenus, il faut penser qu'il n'y a pas de rapport constant entre la calcémie et les signes cliniques observés.

Comment faire grandir un enfant trop petit. — *M. Jacques Sédillot* raconte l'histoire d'un enfant pour lequel, à 8 ans, fut proposée la greffe testiculaire de singe (méthode Voronoff) et pour lequel les opothérapies thyroïdienne, hypophysaire et orchitique n'ont rien donné. Il est à 15 ans un obèse en retard de 12 centimètres pour la taille Sédillot prescrit l'opothérapie thymique de glande fraîche (thymus de veau). De 15 à 18 ans, le jeune homme prend 10 + 8 = 6 + 24 centimètres. De 18 à 20 ans, à nouveau 5 centimètres et il se presente au conseil de revision avec 1 m. 71 et seulement 66 kilos.

« Dos rond » hypotonique et hypotonie générale en pédiatrie. — *M. Albéric Boudry* estime que le « *dos rond fonctionnel* » hypotonique peut être le type objectif et particulier d'une hypotonie générale et de nombre d'états fonctionnels et inapparents, de moindre résistance, liés chez l'enfant aux fatigues dont l'auteur a écrit une synthèse clinique sous la rubrique « *La fatigue chez l'enfant* ». Clinique de la fatigue, prévention et thérapeutiques à lui opposer sont, pour l'auteur, du plus haut intérêt en pédiatrie.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol

Le métabolisme chez les mélancoliques montre le ralentissement de toutes les fonctions organiques. Ces constatations ont amené certains auteurs à essayer dans ces cas l'extrait thyroïdien. Cette thérapeutique a dû être abandonnée en raison des effets secondaires désagréables qu'elle exerce sur le système nerveux.

Le dinitrophénol augmente les combustions cellulaires, il diminue le poids mais ne provoque pas de nervosité comme la thyroïde.

Les obèses traités par le dinitrophénol signalent une impression d'euphorie et d'activité.

Ce produit a été administré aux mélancoliques dans le but d'augmenter les combustions et de provoquer un meilleur équilibre coénesthésiques. Il détermine généralement après quelques jours une amélioration considérable.

Sur onze cas observés récemment par les auteurs, un seul s'est montré réfractaire au traitement : il s'agissait d'une psychasténique hypochondriaque.

La mélancolie simple donne les meilleurs résultats : les formes anxieuses réagissent moins. L'augmentation de l'appétit compense l'effet habituel du dinitrophénol sur le poids. Les résultats sont nuls dans la démence précoce.

Cliniquement, les auteurs n'ont jamais observé aucune toxicité ni aucun inconvénient.

L'action du dinitrophénol sur la combustion du glucose dans les muscles est à rapprocher de l'hyperglycémie qui existe souvent chez les mélancoliques, et, d'autre part, de l'action euphorisante de l'exercice musculaire en général. (MM. G. Vermeylen et J. Heernu. (*Société de médecine mentale de Belgique, séance du 24 novembre 1934.*)

De l'ergosterine dans le rhumatisme deformant

J'ai eu il y a quelques années, l'idée, qui pouvait paraître singulière au premier abord, de mettre en comparaison le rachitisme de l'enfance avec le rhumatisme déformant de l'adulte.

Je poursuis depuis cette comparaison jusqu'à l'identité des deux maladies. Beaucoup de mes confrères ont souscrit à cette façon de voir.

Il y a carence de minéraux par *insuffisance d'apport* dans le rachitisme infantile, comme il y a carence des mêmes matériaux par *déperdition* dans ce que j'appelle le rachitisme à rebour de l'adulte : c'est le rhumatisme déformant.

Naturam morborum curatione ostendat.

Je prescrivis une médication vitaminée à ces rhumatisants déformés et j'eus le même succès que j'eusse obtenu dans le rachitisme. J'avais sous la main pour mes expériences du stérogyl en échantillon qui fit merveille ; mais je dois dire qu'à son défaut l'Uvéstérol me donna les mêmes résultats. Je ne veux pas faire de réclame. Toutes les ergostérines se valent.

Quand les déformations sont trop accusées elles ne régressent pas, mais j'en arrête l'évolution d'une façon constante et tangible et si j'ai la chance de dépister de bonne heure l'effondrement du casque et des métacarpiens qui se précipite avec une effrayante rapidité, je le suspens aussitôt avec mes ressources de vitamines irradiées.

J'ai vu en trois mois une fort belle main de femme devenir difforme. Je n'ai pu qu'arrêter la hideuse transformation qui infléchissait en bateau évidé le magnifique dessin de la rampe métacarpienne.

Je joins souvent à ma médication ergostérinée des endocrines d'ovaire, de thyroïde et de parathyroïde sans compter le thymus Je me sers de ces glandes selon leur hypofonctionnement sur le sujet que je traite.

C'est une synergie complexe et un peu tâtillonne mais devant l'installation si brusque du rhumatisme déformant, il faut faire flèche de tout bois. (Docteur G. Louvet, La Ferté-Macé.)

Les goitres endémiques en Alsace

Depuis 10 ans environ est apparu un nouveau foyer de goîtres dans la vallée de la Thur ; entre Thann et Wildenstein. Le versant est de la vallée paraît le plus touché. On observe dans les écoles de nombreux cas de jeunes goîtreux, sans accidents de Basedow, ceux-ci n'étant observés que chez les adultes, les femmes de préférence.

Il semble que l'on puisse éliminer les causes d'une mauvaise hygiène et d'une nourriture insuffisante, amenant des troubles gastro-intestinaux. Ces cas de goîtres semblent liés aux travaux d'adduction des eaux de sources trop pures et oligo-métalliques de la montagne. Les services département aux sont alertés et doivent entreprendre dans les écoles les méthodes italiennes par distribution de chlorure de sodium iodé. Les eaux de boisson émergent toutes des roches cristallines et des terrains primaires. Un foyer semblable a été observé à Mélisay, Haute-Saône, ayant de l'eau de la même origine. L'auteur a pu observer un cas d'hyperthyroïdie aiguë qui s'est développé en moins de trois mois, chez une fillette convalescente de rougeole, qui ne buvait que de l'eau d'une de ces sources trop pures ; d'où nécessité d'une médication minéralisante, au moins chez les débiles de cette région. (M. Engel. — *S. d'O. R. L. de Paris*, 13 *déc.* 1934.)

Erreur de diagnostic

M. Bercher (*S. de Stom. de Paris*, 18 *déc.* 1934), expose l'histoire d'une malade qui présentait sous les signes d'un ostéophlegmon interne dû à une racine visible à la radio. Cependant l'intervention ne permit de découvrir aucune dent dans le foyer ostéitique. Le malade élimina par la suite un calcul du canal de Whatron qui était resté silencieux jusqu'à l'apparition des phénomènes infectieux et qui, radiographiquement, s'était projeté de telle façon qu'il simulait une racine dentaire.

Sciatique consécutive à une hémorragie tronculaire

MM. Alajouanine, de Martel, Thurel et Guillaume (*S. de Neur.*, 8 *nov.* 1934) rapportent un cas de sciatique par hémorragie tronculaire, survenue à l'occasion d'un effort ; malgré l'existence d'élancements provoqués par la toux, signe classique de sciatique radiculaire ou funiculaire, le diagnostic étiologique et topographique put être fait d'après les commémoratifs et par la constatation d'un point douloureux fixe sur le tronc du nerf. La guérison fut obtenue par le nettoyage chirurgical du foyer, hémorragique.

La vaccinothérapie de la chorée de Sydenham

M. R. Lautier (*S. de Thér.*, 14 *nov.* 1934) déclare que les premiers essais de la vaccinothérapie de la chorée de Sydenham, faits par Marsh en 1911, et Collins, en 1913, à l'aide de souches streptococcciques isolées de malades atteints de rhumatisme ou de chorée grave, bien que pleins de promesses, ne furent pas poursuivis. Il faut attendre jusqu'en 1923 la reprise de l'essai de vaccinothérapie dans le traitement de la chorée (Vivien).

L'auteur a traité une trentaine de cas de chorée de Sydenham à l'aide de l'immunovaccin antirhumatismal.

La technique employée a été en tout semblable à celle décrite pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu. La chorée cependant étant une affection très tenace et sujette aux récidives, le traitement vaccinal doit être prolongé au maximum, le malade surveillé après guérison clinique et le traitement repris à la moindre menace de récidive.

Appliquée précocement la vaccinothérapie de la chorée de Sydenham se montre très efficace, entraîne rapidement la guérison, préserve des complications cardiaques, ou influence heureusement ces mêmes complications si le vaccin utilisé trop tardivement est injecté d'une façon prolongée.

Huit cent cinquante cas de tuberculose pulmonaire traités par la chrysothérapie

MM. Pierre-Bourgeois et J. Levernieux ont présenté à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose (10 nov. 1934) les résultats globaux de 850 malades traités au sanatorium de Brévannes par la chrysothérapie.

Sans condamner formellement l'emploi des sels d'or, ils considèrent que les résultats sont, dans l'ensemble, relativement peu satisfaisants.

Le pourcentage de la mortalité ne s'est pas modifié malgré l'emploi intensif de cette médication au cours de ces dernières années. Il semble pourtant bien établi que, dans un certain nombre de cas, les sels d'or déterminent une amélioration nette, mais celle-ci n'est le plus souvent que transitoire.

Chez beaucoup de ces malades une deuxième série de sels d'or se montre moins active que la première.

Des accidents d'ordre varié surviennent dans environ la moitié des cas. Ces accidents se groupent nettement en deux catégories :

Les uns apparaissent au début du traitement et avec de petites doses : *Accidents d'intolérance.*

D'autres sont l'effet de doses élevées et d'injection de doses importantes : *Accidents véritablement toxiques.*

Les injections de 20 centigr. au maximum par piqûre et une dose totale de 3 gr. de crisalbine par série fournissent le moins d'accidents.

L'analyse de ces divers accidents révèle que la fièvre, les céphalées les nausées, doivent être callées parmi les accidents d'*intolérance pure.*

Les autres accidents intestinaux, cutanés, rénaux ou oculaires, appartiennent à la fois à l'une et l'autre catégorie.

La voie d'introduction du médicament joue un rôle certain. Les sels solubles injectés par voie intraveineuse donnent plus d'accidents que le médicament injecté par voie intra-musculaire.

L'emploi préventif et curatif de l'hyposulfite de soude et de l'extrait hépatique a donné des résultats nettement favorables.

Les auteurs donneraient volontiers leur préférence à l'extrait hépatique.

Un cas de cancer du sein chez l'homme

MM. L. et P. Dambrin ont rapporté à la Société de chirurgie de Toulouse (30 nov. 1934) l'observation d'un homme âgé de 53 ans qui présentait une tumeur de la grosseur d'une noisette située sous le mamelon. Cette tumeur fut enlevée à l'anesthésie locale et analysée histologiquement. Le laboratoire ayant confirmé le diagnostic clinique, un Halstedt fut pratiqué. Les auteurs rappellent la rareté de cette affection et son évolution particulièrement lente.

Trois observations de tumeurs musculaires

M. Masini (*S. de ch. de Marseille*, nov. 1934) communique trois cas de tumeur musculaire, une prise pour un sarcome et les deux autres pour un hématome musculaire ; il s'agissait, en réalité, de trois gommes syphilitiques tertiaires. L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic de la syphilis musculaire ; il faut instituer un traitement antisyphilitique énergique lorsque le diagnostic est hésitant. Si ce dernier n'agit pas à bref délai, on fera une biopsie. En agissant ainsi, on évitera souvent une intervention mutilante.


PASTA PALM
LAXATIF ET
PURGATIF
APPETISSANT
A BASE DE FRUITS
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, Rue de Rome, PARIS.8e
FIGUES
RAISINS
PastaPalm
LAXATIF PURGATIF
A BASE DE FRUITS


AMPOULES - DRAGEES
SIROP
NERVOCITHINE
TISSOT
Hémoglobine et Extrait de Foie
(Méthode de Wipples complétée et activée)
Reconstituant biologique de toutes les déficiences sanguines ; toutes les faiblesses : anémie, perte de forces, fatigue générale, convalescence, etc.
Dragées et Sirop
Le plus actif des reconstituants de la médecine moderne.
2 à 6 dragées par jour.
2 à 4 cuillerées de sirop.
(AMPOULES)
Phosphore, Arsenic, Fer et Manganèse organique
conformément aux données des Professeurs Robin, Letulle, Ferrier, etc. qui ont mis en lumière la valeur des éléments minéraux dans les phénomènes de fixation sur l'organisme.
Echantillons sur demande
Laboratoire du Dr TISSOT, Phn, 34, Boult de Clichy, PARIS


Hg vif superactivé par le foie n'a aucun des inconvénients des sels mercuriaux ou des arsenobenzols.
LES
SUPPARGYRES
Dr FAUCHER
RÉALISENT
la SUPERACTIVATION de Hg vif
ABSORPTION RAPIDE
Vitalisation par le FOIE
Pas de phénomènes de shock ou d'intolérance
Aucun inconvénient des sels
C'est l'injection intra-veineuse par Voie Rectale tolérée à tous les âges sous la forme simple d'un médicament simple et connu.
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
Même chez les nourrissons, les enfants et les femmes

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, de livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Il y a cent ans. Mort et obsèques du Professeur Dupuytren. — Extrait de la *Revue médicale française et étrangère* (t. I, 1835) :

« M. Dupuytren est mort le dimanche 8 février, à trois heures et demie du matin, des suites d'une longue maladie ; il était à peine âgé de cinquante-sept ans. Dès le mois d'octobre dernier, il prévoyait sa fin prochaine et s'occupait de ses dernières dispositions. C'est alors qu'il dit à l'un de ses médecins : « Je compte sur vous, mon cher C... (Cayol), pour m'avertir lorsque j'approcherai de mon dernier jour, s'il m'arrivait, comme à tant d'autres malades, de me faire illusion. Mon intention est de finir chrétiennement. Je sais bien tout ce qu'en pourront dire les *indévots* ; mais peu m'importe, si l'entraînement des affaires m'a tenu éloigné de la pratique de la religion, je ne fus jamais au nombre de ses ennemis ». Peu de jours après, il fit demander M. le curé de Saint-Roch qui vint le voir plusieurs fois, et eut avec lui des conférences suivies sur tous les points fondamentaux de la doctrine catholique. Enfin, quatre jours avant sa mort, ayant encore toute sa tête, qu'il a conservée, comme on sait, jusqu'au dernier moment, il demanda et reçut les derniers sacrements de l'Eglise.

« M. Dupuytren laisse une fille unique, et une immense fortune que quelques journaux ont évalué à 7 millions. On connaît déjà les principales dispositions de son testament. Il lègue à la Faculté de médecine de Paris 200.000 francs pour la fondation d'une chaire d'anatomie pathologique ; et comme cette somme excéderait les frais d'une pareille fondation, il paraît qu'on en emploiera une partie à l'établissement d'un muséum anatomique sous le nom de Musée Dupuytren. On dit aussi qu'il a affecté 300.000 francs à la fondation d'une maison de retraite pour douze chirurgiens vieux et infirmes.

« MM. Sanson et Bégin sont chargés de terminer son mémoire sur la taille. M. Marx présidera aux autres publications, et il hérite en outre de tous les instruments de chirurgie de son maître et de son ami. M. Dupuytren a légué sa bibliothèque à son neveu, étudiant en médecine. Il n'a pas oublié non plus ses internes de l'Hôtel-Dieu, ni même son fidèle domestique dont il a reçu, jusqu'à la fin, les preuves du plus grand dévouement.

« Enfin, il a légué son corps à MM. Broussais et Cruveilhier. Ces professeurs, conformément à ses intentions, ont assisté à l'*autopsie* qui a été faite sous leur direction par MM. Rufz et Tessier, élèves internes de l'Hôtel-Dieu ».

(*Suit le procès-verbal de l'autopsie, tel qu'il a été publié par la* Lancette *du 15 février*).

« Les obsèques ont eu lieu le lendemain 10 février. Dès le matin, malgré une pluie mêlée de neige qui n'a cessé de tomber, les abords de la maison mortuaire étaient envahis par une foule immense, dans laquelle se trouvait tout le Corps médical de Paris, médecins et élèves. Indépendamment, des professeurs et agrégés de la Faculté en costume, on remarquait au milieu de la foule beaucoup d'hommes marquants et la plupart des médecins et chirurgiens des divers hôpitaux de Paris, des membres de l'Académie, etc. ; MM. Rotschild, Lemercier, Villemain, Amussat, Breschet, Bally, Cayol, Civiale, Double, Dubois, Deneux, Esquirol, Emery, Guersent, Husson, Lisfranc, Lugol, Louyer-Villermé, Virey, etc...

« Le cortège, composé de la Faculté de médecine en robes rouges, d'une députation de l'Académie de médecine et de l'Institut, dans laquelle on remarquait MM. Poisson, Arago, Thénard, Larrey, Pariset, de plusieurs pairs, de plusieurs députés, d'artistes, est parti à onze heures de la maison de M. Dupuytren, place du Louvre. Le gendre du défunt, M. le comte de Beaumont et quelques parents étaient en tête du cortège ; le char s'est dirigé

par le quai de l'École, les rues du Roule et des Prouvaires, jusqu'à l'Église Saint-Eustache ; c'est à peine, si cette vaste et magnifique église a pu contenir ce prodigieux concours de monde.

« Après le service, le convoi a pris la rue Montmartre et les boulevards pour se rendre au cimetière du Père Lachaise ; mais, en sortant de l'église, les élèves, qui avaient porté le cercueil sur leurs épaules, depuis le chœur jusque sur le char, ont manifesté le désir de traîner le char. Les chevaux ont été dételés, et cet imposant cortège s'est remis en marche.

« En arrivant au lieu du repos, le dévouement des élèves a éprouvé de grandes difficultés pour faire avancer le char : les roues s'enfonçaient à chaque instant dans ces chemins boueux, défoncés, au milieu desquels les piétons eux-mêmes, les professeurs en robe avançaient péniblement. Enfin, après bien des efforts et bien du temps employé à rétablir un peu d'ordre, le cercueil est parvenu jusqu'à la tombe préparée pour le recevoir ; il y a été descendu, et le silence a permis d'entendre les discours (1) prononcés en l'honneur de l'illustre mort ».

(1) Ces discours furent ceux d'Orfila, Larrey, Pariset, Bouillaud, etc...

La marche ascendante des études classiques. — *M. Albert Petit écrit dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

La gratuité de l'enseignement secondaire, en amenant dans les lycées et collèges une clientèle plus étendue, paraissait devoir favoriser l'enseignement moderne. On pouvait croire, et peut-être l'avait-on espéré, que les disciplines classiques allaient passer à l'état de curiosités archéologiques. Qu'en est-il advenu ?

M. René Héry, sénateur, l'a demandé pour le grec sous forme de question écrite. La réponse du ministre est complète. Elle donne plus que ne réclamait M. Héry. C'est un tableau de l'effectif de toutes les classes dans les lycées et collèges masculins et féminins, par catégories. Sans entrer dans le détail, on est frappé de la marche descendante de la section sans latin, la section B. Il y a moins d'élèves de B en sixième qu'en cinquième. Certes, une partie de cette diminution est imputable aux examens de passage, et il y a aussi diminution dans la section A ; mais il est au moins significatif de constater que 2.401 élèves entrent en sixième moderne, contre 9.375 en section classique. Dira-t-on qu'il s'agit des lycées et que les collèges, plus populaires, sont moins latinisants ? Pas du tout ; pour les collèges : 1.466 élèves en sixième moderne, 4.725 en sixième classique. C'est à peu près la même proportion : un quart pour les lycées, un peu plus pour les collèges. A tort ou à raison, les familles estiment qu'un enseignement secondaire sans latin n'est que de l'enseignement primaire supérieur sous un nom plus prétentieux. Se trompent-elles beaucoup ? Pour les jeunes filles, la proportion des modernes est plus forte : un tiers pour les lycées, la moitié pour les collèges.

Et le grec ? Il n'est pas mort. Il résiste. Dans les lycées de garçons, il reste en première 1.206 hellénisants, contre 2.737 latinisants simples et 2.284 modernes. Même les collèges font encore du grec : 307 en première, contre 1.053 latinisants et 1.052 modernes. Les jeunes filles y viennent : il y en a 357 en première gréco-latine pour les lycées, 425 en seconde et 817 en troisième. Dans les collèges, les effectifs sont plus modestes, mais également en voie de progrès : 13 en première, 101 en seconde, 203 en troisième. Il n'est pas étonnant que les jeunes filles battent leurs frères au Concours général. En Algérie, pays jeune, essentiellement nouveau, les études classiques ne sont pas négligées. La proportion des latinisants en sixième (541 contre 187 modernes) n'est guère inférieure à celle de la métropole. La proportion des hellénisants est moindre en première (61 hellénisants contre 186 latinisants et 169 modernes), mais reste honorable.

En somme, l'opinion des usagers de l'enseignement secondaire reste très sympathique au latin et suffisamment favorable au grec. La rage d'abaisser nos vieilles études classiques ne paraît pas sévir dans les « nouvelles couches » ; elles se méfient d'un enseignement secondaire qui leur paraît de seconde zone. — A. A. P.

Les influences saisonnières sur les maladies. — *Extrait d'un article de M. le Professeur Rochaix dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (nov. 1934), *intitulé :* MALADIES SAISONNIÈRES ET TERRAIN :

L'influence des saisons, surtout des changements de saisons, a été de tout temps considérée comme de première importance dans l'origine des maladies, surtout des maladies infectieuses et épidémiques.

Dans tous les pays, on a établi des statistiques établissant la courbe de leur fréquence suivant les saisons. Mais ces variations sont d'amplitude très différente suivant les régions. Les répercussions saisonnières sur la morbidité se font sentir dans les régions tempérées avec une ampleur plus grande que dans les zones avoisinant l'équateur.

Actuellement, tout au moins pour la France et les pays tempérés, on adopte généralement la classification de Woringer (1) qui paraît la plus conforme à la réalité des faits et qui ramène les maladies saisonnières à quatre types.

1° Le *type à sommet hiberno vernal* est de beaucoup le plus fréquent. Son caractère essentiel est de présenter son sommet en mars et son point le plus bas en septembre.

Parmi les maladies infectieuses qui appartiennent à cette catégorie, il faut citer : la rougeole, la varicelle, la variole, les oreillons, la méningococcie, l'encéphalite léthargique, les catarrhes saisonniers, la pneumococcie, la tuberculose.

(1) P. Woringer. Les influences saisonnières sur les maladies. — VIIIe Congrès des Pédiatres de langue française. — Paris (9..) 11 juillet 1930.

Parmi les maladies par carence, citons : le rachitisme, la spasmophilie, la xérophtalmie.

Quelques affections cutanées paraissent appartenir à ce groupe : l'érythème noueux, l'eczéma du nourrisson, le psoriasis

2° Le *type hivernal* a comme principal représentant la diphtérie qui a son sommet en décembre.

3° Le *type estivo-automnal* a un sommet qui se place en août ou septembre, un minimum en mars. Ce sont les infections à point de départ intestinal, dont les représentants présentent une amplitude considérable de leurs oscillations : infections typho-paratyphoïdiques, dysenterie, choléra, l'ensemble des troubles digestifs du nourrisson. Il semble qu'on puisse y ajouter la poliomyélite.

4° Le *type estival*, enfin, de beaucoup le moins important, est représenté par la pellagre et quelques affections cutanées provoquées par la misère.

Les variations saisonnières de ces maladies sont incontestablement liées aux variations des facteurs météorologiques et cosmiques qui se font sentir au cours des saisons et surtout aux changements de saisons.

Le rôle de la chaleur sur les infections intestinales en été est bien établi. Le soleil intervient aussi par son énergie lumineuse et actinique. La notion de carence solaire, comparable à celle de la carence alimentaire, joue un rôle essentiel dans les courbes hiberno-vernales de certaines maladies, telles que le rachitisme et la spasmophilie.

L'importance de l'action du froid a peut-être été exagérée. Certains auteurs soutiennent que le froid n'est nullement responsable des maladies d'hiver, mais c'est une opinion qui peut paraître excessive.

Et nous pourrions passer en revue tous les facteurs cosmo-météorologiques qui subissent des modifications ou des variations saisonnières : humidité atmosphérique, pression, vents, électricité atmosphérique, ionisation de l'air, radioactivité, etc.

Réclame ! « que de crimes on commet en ton nom ! » (*Extrait de la Lettre médicale*, déc. 1934, *revue publiée par les Laboratoires Métadier, de Tours* :

Pour faire connaître et apprécier un produit que l'on prépare, il faut évidemment faire de la publicité. C'est un mal nécessaire.... Mais la concurrence a fait se développer rapidement une surenchère publicitaire de mauvais goût, très souvent presque criminelle, puisqu'elle mène à affirmer des choses qui sont inexactes, du moins excessives.

Dieu merci ! il y a encore beaucoup de pharmaciens spécialistes qui ne sont pas tombés dans ces exagérations !

Nous n'y tomberons jamais ; nous n'avons jamais affirmé que nos produits étaient des panacées, et nous n'avons jamais rien affirmé qui ne soit scrupuleusement exact et facile à vérifier et à contrôler.

Nous estimons, en effet, que la meilleure publicité c'est la bonne renommée, et la bonne renommée ne peut s'obtenir que par une stricte sincérité. »

BIBLIOGRAPHIE

Le diagnostic des phlébites des membres, par M. AUDIER, 1 vol. in-8° de 180 pages, 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les problèmes pathogéniques et cliniques que posent les phlébites des membres sont à l'ordre du jour. De nombreux travaux épars dans diverses communications et ouvrages récents prouvent l'intérêt que soulève la question des thromboses veineuses pour les chirurgiens, les accoucheurs et les médecins spécialisés ou non. L'auteur a voulu faire œuvre utile au praticien, comme au chercheur en groupant ces travaux et en les envisageant d'un même point de vue à la fois clinique et physio-pathologique.

Il fait en effet une étude clinique minutieuse des phlébites des membres dans laquelle il insiste sur la façon pratique d'envisager leurs complications et leurs séquelles. Ce chapitre des séquelles est riche en données nouvelles et contient entre autres une description originale des séquelles artérielles dont les indications thérapeutiques sont essentielles.

Le diagnostic précoce des phlébites est le but vers lequel tendent accoucheurs et chirurgiens. L'auteur a longuement exposé les données actuelles de ce diagnostic en lui ajoutant le résultat de son expérience personnelle sur le test d'Aldrich et Mac Clure.

Enfin dans un chapitre étiologique, les phlébites puerpérales, chirurgicales et médicales sont rapprochées dans un essai de synthèse des idées modernes sur ces affections. Des chapitres étiologiques nouveaux tels que les phlébites mélitococciques et les phlébites boutonneuses portent la marque de l'orientation de l'École marseillaise vers la pathologie méditerranéenne.

L'auteur s'est attaché à donner de chaque symptôme une explication physiopathologique en accord avec les idées modernes sur la pathologie vasculaire et en particulier sur le rôle du spasme veineux, notions dont le traitement des phlébites ne peut que bénéficier.

La fréquence des phlébites étant beaucoup plus grande depuis quelques années on conçoit l'intérêt de cette étude clinique détaillée en vue d'un diagnostic précoce et précis.

Hachich. Herbe de folie et de rêve, par Pascal BROTTEAUX. Les éditions Véga, boulevard Saint-Germain, 175, Paris.

Nul mieux qu'un docteur en pharmacie n'était fait pour traiter la question. Elle l'est parfaitement.

E. de M.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 7 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 FEVRIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 11 février. — M. TUSQUES : Les caractères ambosexuels et l'ambosexualité des hormones sexuelles.

13 février. — M. SACHNINE : Réflexions sur quelques cas de mort subite dans l'abcès rétro-pharyngien au moment de l'examen ou de l'intervention. — Mlle MALLIAVIN : Les éperons olécraniens.

14 février. — M. BRECHER : Les étapes historiques du diagnostic médical. — Mlle DJIAN : Contribution à l'étude de l'hypoglycémie dans certains états psychopathiques (états anxieux en particulier). — M. GUITARD : Les épidémies de fièvre typhoïde au Havre de 1880 à nos jours.

16 février. — M. ROMERO : Contribution à l'étude des abcès de la langue. — M. BUREL : Oscillométrie au membre supérieur et au membre inférieur chez l'enfant : résultats comparatifs. — M. KOURIE : Contribution à l'étude de la phosphorémie au cours de quelques maladies infectieuses aiguës de l'enfance.

13 février (Thèse vétérinaire). — M. CARDINEAU : Emploi de l'électrargol dans la médecine du porc.

Service des consultations. — Les médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux sont, pendant l'année 1935, affectés aux services suivants :

Médecine. — MM. Gutmann, à l'Hôtel-Dieu ; Escalier, à la Pitié ; Ravina, à la Charité ; Boltansky, à Saint-Antoine ; Lambling, à Necker ; Coste, à Cochin ; Decourt, à Beaujon ; Hamburger, à Lariboisière ; Basch, à Tenon ; Célice, à Laënnec ; Weissmann, à Bichat ; Mme Bertrand-Fontaine, à Broussais ; MM. Rachet, à Boucicaut ; Clément, à Trousseau ; Lévesque, à Bretonneau ; Pichon, à Hérold ; Péron, à Ambroise-Paré.

Chirurgie. — MM. Quénu, à Necker ; Braine, à Saint-Antoine ; Bloch (René), à Saint-Louis.

MM. Mouchet, Fredet, Alglave, Schwartz, et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées :

MM. Mouchet, à Bichat ; Fredet, à la Pitié ; Alglave, à Beaujon ; Schwartz, à Lariboisière ; Chifoliau, à Tenon.

Oto-rhino-laryngologie. — MM. Bloch (André), à Bretonneau ; Ramadier, à la Pitié ; Bouchet, à Ambroise-Paré ; Chatellier, à Claude-Bernard ; Leroux, à Cochin ; Aubry à la Policlinique du boulevard Ney, Ombrédanne, à l'hôpital Hérold ; Lallemant, à l'hospice de Brévannes et au sanatorium de Champrosay.

Ophtalmologie. — MM. Bollack, à Cochin ; Monbrun, à Ambroise-Paré ; Prélat, à Saint-Antoine ; Favory, à Trousseau ; Parfonry, à Bicêtre ; Renard, à la Policlinique du boulevard Ney.

Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Ce Congrès aura lieu à Alger les 15, 16 et 17 avril 1935.

Les rapports seront les suivants : 1° Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques. Rapporteur : MM. LABRY (Lyon) et VILLAR (Bordeaux). — 2° L'Assistance obstétricale en Afrique française et belge. Rapporteurs : MM. COCQ et MERCKEN (Bruxelles), MM. LAFFONT et FULCONIS (Alger). — 3° Les œdèmes de la grossesse. Rapporteurs : MM. LÉVY-SOLAL (Paris) et GUEISSAZ (Neufchâtel).

Des réceptions seront organisées en l'honneur des Congressistes pendant leur séjour, et un programme d'excursions nombreuses et variées leur permettra de visiter les plus beaux sites de l'Algérie du Sud.

Des réductions de 50 % sur les chemins de fer et de 30 % sur les Compagnies de navigation ont été consenties aux congressistes, ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants.

La Compagnie Air-France met en ligne ses avions tri et quadrimoteurs et pense pouvoir assurer la liaison Paris-Alger en moins de huit heures.

Pour tous renseignements et pour l'inscription au Congrès s'adresser : Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, à Paris ou au Docteur Fulconis, 2, rue Ampère, à Alger.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le samedi 23 février à 17 heures, dans la salle du Conseil de la Faculté sous la présidence de M. Mallarmé, ministre de l'Education nationale.

Association française pour l'étude du cancer. — M. Waterman (de l'Institut néerlandais pour l'étude du cancer), fera le lundi 18 février, à 17 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, une conférence sur Ce que nous apprend l'étude de l'ascite carcinomateuse transplantable.

Foire de Lyon (du 7 au 17 mars 1935.) — *Section d'art médical et d'hygiène.* — Selon une tradition qui remonte à plus de dix ans, la prochaine Foire de Lyon comprendra une section réservée à l'Art médical et à l'hygiène, organisée sous les auspices de l'O. C. P. avec le concours de M. Laubeuf, pharmacien, délégué de la Foire.

Cette exposition annuelle réunit non seulement tout ce qui intéresse l'art de guérir : spécialités pharmaceutiques, accessoires, pansements, appareils médicaux, etc., mais aussi ce qui se rapporte à l'hygiène, au confort et aux soins de beauté.

C'est une encyclopédie pratique et vivante où on trouve, dans un cadre élégant et moderne, tout ce qui peut intéresser la grande famille médico-pharmaceutique.

Des cartes d'entrée sont adressées aux médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes de la région lyonnaise.

Les confrères ainsi que les étudiants et les infirmiers qui désirent visiter la Foire de Lyon pourront se procurer des cartes en s'adressant à l'O. C. P. (Service publicité), 71, rue du Temple, à Paris ou à M. Laubeuf, 38, rue Notre-Dame, à Lyon.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot, Professeur Emile SERGENT). — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil

respiratoire aura lieu, du lundi 1er avril, à 9 h. 1/2 au samedi 6 avril inclus, au lieu du 6 au 13 avril.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Technique physiologique appliquée à l'animal, sous la direction de J. GAUTRELET, directeur du laboratoire de biologie expérimentale, avec le concours de N. HALPERN, préparateur, et Mlle E. CORTEGGIANI, chargée de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes.

PROGRAMME. — Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal. — Cardiographie, électrocardiographie, mesure de la pression artérielle. — Organes isolés : cœur, intestin, utérus. — Anastomoses vasculaires. — Pneumographie : circulation pulmonaire. — Sang : mesures électrométrique et colorimétrique du pH, reserve alcaline, dosage de l'acide carbonique et de l'oxygène. — Gaz respiratoires ; métabolisme de base (endiométrie). — Fistules digestives (pancréatique, salivaire, cholédoque, etc.). — Ablation d'organes (pancréas, surrénales, etc.). — Pléthysmographie de la rate et du rein. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration de l'appareil nerveux central (gyras) et périphérique (pneumogastrique, sympathique, cardiaque, splanchnique, etc.).

Le cours comprendra douze séances de manipulations individuelles, l'après-midi, du 1er au 13 avril 1935, au laboraoire de biologie expérimentale des Hautes-Etudes, à la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

N. B. — S'inscrire au laboratoire l'après-midi. Nombre de places limité.

Cours de service social antivenérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. — (6e année. Onzième session, mai 1935). — Ce cours qui comprendra treize leçons, aura lieu du 13 au 18 mai 1935, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

PROGRAMME. — 1re leçon : M. le Professeur GOUGEROT, lundi 13 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. — Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. — Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

2e leçon : M. le Professeur GOUGEROT, lundi 13 mai, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

3e leçon : M. le Docteur MILIAN, mardi 14 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. — Modes de contamination.

4e leçon . M. le Docteur Marcel PINARD, mardi 14 mi, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Les modes de traitement de la syphilis.

5e leçon : M. le Docteur JANET, mercredi 15 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. — Moyens de diagnostic.

6e leçon : Mme GETTING, mercredi 15 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social dans un dispensaire. — Devoirs de l'assistante sociale.

7e leçon, M. le Docteur Marcel PINARD, mercredi 15 mai, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. — Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. — Rôle de l'assistante sociale.

8e leçon, M. le Docteur Robert RABUT, jeudi 16 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. — Œuvres de protection et de relèvement

9e leçon : M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, jeudi 16 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Histoire de la syphilis.

10e leçon, M. le Docteur Pierre FERNET, vendredi 17 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédo-syphilitiques.

11e leçon : M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, vendredi 17 mai, à 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fournier : Syphilis familiale. — Les enquêtes dans les familles.

12 leçon : M. le Professeur GOUGEROT, samedi 18 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

13e leçon : M. le docteur SICARD DE PLAUZOLES, samedi 18 mai, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. — Examen prénuptial.

Visites du Musée de l'hôpital Saint-Louis. Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur BRODIER, le jeudi 16 mai, à 16 heures, et le samedi 18 mai, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible. Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée.

Droit d'inscription : 10 francs.

Premier Congrès international des médecins amis du vin. — Du 26 au 31 août 1935 doit se tenir à Lausanne, dans les salles de la Faculté de médecine de l'Université (Palais de Rumine), le premier Congrès international des médecins amis du vin.

Ce Congrès se tiendra sous la présidence du Professeur Portmann, président de l'Association des médecins amis des vins de France, et sénateur. Il comportera trois jours de séances suivis de trois jours d'excursions.

Quant aux communications, elles auront trait aux qualités alimentaires, hygiéniques et thérapeutiques du vin. Il est, en effet, nécessaire de montrer au Corps médical et au public, par des travaux expérimentaux et des observations cliniques, la place que doit tenir le vin dans l'alimentation rationnelle de l'homme sain et quelles sont, d'autre part, les indications et contre-indications de son usage chez l'homme malade.

La valeur sociale de la consommation du vin ne doit pas échapper aux milieux scientifiques, car après l'échec des prohibitions partielles ou totales, elle reste encore le moyen le plus sûr de lutter avec efficacité contre les méfaits de l'alcoolisme. C'est isolés de toute contingence économique et pour discuter sur un plan strictement scientifique et entre médecins que nous nous réunirons à Lausanne.

Les trois questions suivantes feront l'objet d'un rapport suivi de discussion : Les vitamines du vin, par le Professeur Baglioni (Rome) ; — Le vin dans les maladies de la nutrition, par le Docteur Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris ; — Le vin en psychiatrie, par le Docteur Anglade, de Bordeaux et le Professeur Riser, de Toulouse.

Une séance sera, en outre, réservée pour les communications n'ayant pas trait au sujet des rapports.

On peut, dès à présent, adresser son adhésion à M. Douarche, directeur de l'Office international du vin, 1, place du Palais-Bourbon, Paris (VIIe) et lui faire connaître en même temps si on est disposé à faire une communication libre ou à présenter des observations ou études sur l'un des trois thèmes sus-indiqués. Les rapports principaux devront être envoyés à M. Douarche pour l'impression avant le 15 mai, dernier délai. Les communications libres ou observations devront être indiquées à M. Douarche avant le 15 juillet, dernier délai, avec le titre et un résumé de vingt lignes en français de la communication à présenter.

Des conditions toutes spéciales seront assurées tant pour le voyage, que pour le séjour à Lausanne aux médecins qui s'inscriront au Congrès.

Le Comité organisateur envisage aussi l'allocation d'une indemnité à un rapporteur pour chacun des pays représentés au Congrès.

a) *Séances du Congrès* : lundi, mardi et mercredi 26, 27 et 28 août.

b) *Excursions* : jeudi 29 août, matin : Traversée du vignoble de la côte où ont eu lieu d'importants remaniements parcellaires ; visite de la cave coopérative de Morges ; après-midi : Tour du haut lac Léman en bateau.

Vendredi 30 août, course en auto-cars dans les vignobles très pittoresques sis à l'ouest de Lausanne, par la route de la Corniche, région de Vevey, visite du château de Chillon, retour par les vignobles renommés du Dézaley appartenant à la Ville de Lausanne.

Samedi 31 août, excursion dans le vignoble Valaisan, organisée par les autorités du canton du Valais. Visite de grandes caves particulières, du vignoble d'Etat du Grand-Brûlé, d'exploitations modèles.

c) *Excursions facultatives* organisées à des conditions particulièrement favorables pour les congressistes à Zermatt, Gornergratt et dans l'Oberland Bernois.

Nécrologie. — Docteur Dupont, de Vesoul (Haute-Saône). — Docteur Louis Gaillard, de Paris, 21, rue Denfert-Rochereau, médecin inspecteur général honoraire, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 84 ans. — Docteur Benjamin Gleize, de Rieumes (Haute-Garonne). — Docteur René Kauffmann, d'Asnières (Seine), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Docteur Laurent, de Plouezec (Côtes-du-Nord). — Docteur Méret, de Montivilliers (Seine-Inférieure). — M. Miot, d'Ancey (Côte-d'Or), officier de santé. — Docteur Louis Vaillard, médecin inspecteur général honoraire, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 5 février, à l'âge de 85 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'avenir des hypertendus

Par Henri PAILLARD
Professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand

L'avenir des hypertendus dépend de deux facteurs : *la qualité de l'hypertension, le traitement réalisé par le malade.*

I. — La qualité de l'hypertension

Je ne dis pas le degré de l'hypertension (bien que celui-ci entre en cause), mais les circonstances dans lesquelles survient l'hypertension et l'ensemble des symptômes dont elle est entourée.

A cet égard, et sans faire de considérations historiques qui seraient infiniment intéressantes, mais nous entraîneraient trop loin (il nous suffit de rappeler les noms de Widal, Vaquez, Laubry, Clerc, Lian, Donzelot, etc.), je distinguerai trois catégories d'hypertensions :

1° L'HYPERTENSION PLÉTHORIQUE. — Le sujet est fort, gros, coloré ; il pèse 1 ou 2 dixièmes de plus que son poids normal : il est gros mangeur, il a un sang hypervisqueux avec souvent hyperuricémie et hypercholestérinémie ; il a un foie un peu congestionné et d'ailleurs réductible ; s'il persiste dans ses excès et dans sa sédentarité, il s'orientera plus tard vers la goutte, le diabète ou l'obésité-infirmité. Un tel sujet est généralement hypertendu ; il présente une maxima à 16, 18, 20 ou plus, une minima de 10, 11 ou 12.

Tous les syndromes précités sont à peu près complètement réductibles, le poids et la tension comme le volume du foie cette réduction est obtenue par le régime alimentaire franchement restrictif et par l'exercice approprié ; les mêmes troubles pathologiques réapparaissent dès que le sujet mange trop.

La courbe n° 1 montre, en quinze années, les variations de tension et de poids chez un sujet de cet ordre. Je pourrais citer un grand nombre d'autres observations exactement comparables.

Cette forme d'hypertension est la providence des thérapeutes, car c'est la forme éminemment curable. Il n'en est pas de même des deux autres formes.

2° L'HYPERTENSION D'ORIGINE RÉNALE. — L'hypertension est un signe majeur, mais non constant de la néphrite chronique urémigène. C'est au cours de cette affection que l'on observe les tensions les plus élevées et les plus irréductibles : maxima de 25 à 30 et plus, minima de 14 à 18. La tension n'est nullement parallèle à l'azotémie ou à la rétention chlorurée lorsqu'elle existe, mais les divers symptômes peuvent s'aggraver simultanément.

Le médecin n'est tout de même pas entièrement désarmé vis-à-vis de cette hypertension ; on arrive, par le repos et le régime, à la réduire partiellement. Mais elle reste redoutable et plus de 50 % des hypertendus par néphrite chronique meurent d'accident d'hypertension : œdème aigu du poumon et surtout hémorragie cérébrale. Les sujets atteints de néphrite chronique urémigène hypertensive meurent donc plus souvent d'hypertension que d'urémie.

Je reproduis ici une courbe (n° 2) qui montre la fixité relative de la tension artérielle au cours d'une néphrite urémigène, malgré un traitement correctement suivi.

3° L'HYPERTENSION D'ORIGINE NEURO-ENDOCRINIENNE. — Elle existe indiscutablement, elle correspond à un grand nombre des hypertensions de la cinquantaine, à un grand nombre de cas d'hypertension artérielle permanente et aussi à la plupart des faits d'hypertension paroxystique décrits depuis vingt-cinq ans.

Dès 1921, j'ai isolé, pour ma part, l'hypertension des femmes castrées (chirurgicalement ou radiologiquement) hypertension qui peut être quasi-schématique et expérimentale, mais qui peut manquer (sans doute par présence d'ovaires accessoires). Cela est un jalon. Il faudrait en trouver beaucoup d'autres.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette question qui a bénéficié au cours de ces dernières années de travaux importants, en particulier de ceux qui montrent l'influence frénatrice de certains organes comme le sinus carotidien.

***

Certains auteurs admettent un peu hâtivement qu'à l'origine de l'immense majorité des hypertensions artérielles se trouve la syphilis acquise ou héréditaire. Je ne saurais souscrire à cette idée si on veut la généraliser, mais je reconnais la fréquence avec laquelle on trouve la syphilis chez les hypertendus. Qu'elle agisse sur le système artériel,

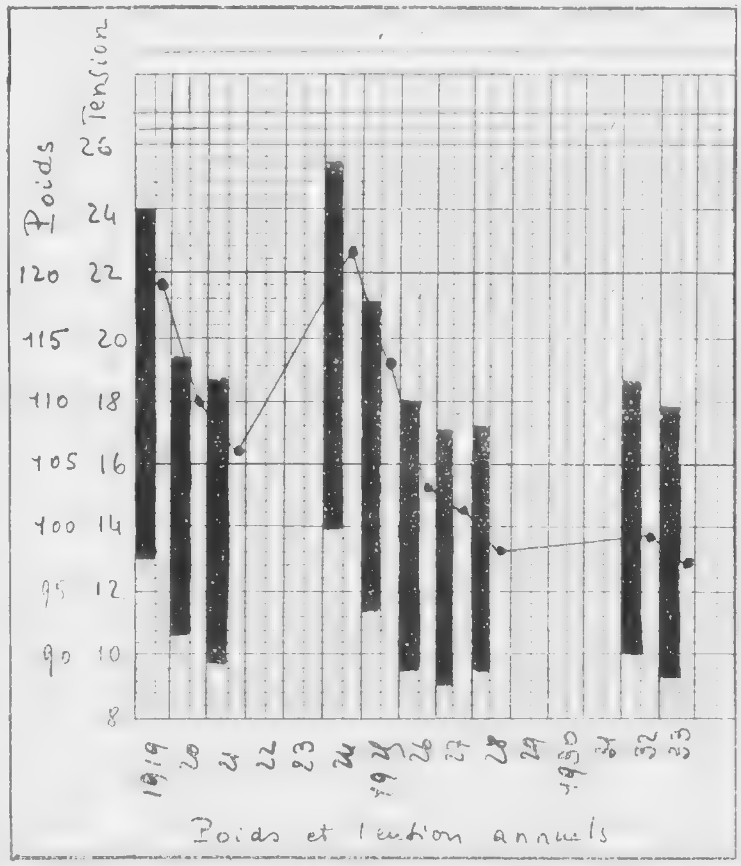


FIGURE 1. — Évolution de l'hypertension chez un sujet pléthorique. Le régime restrictif amène parallèlement la baisse de la tension et du poids. Le sujet a été suivi pendant quinze ans. Le chiffre indiqué pour chaque année est la moyenne de trois mesures au moins. Le malade, qui s'était très bien soigné de 1919 à 1921, n'avait suivi aucune restriction en 1922 et 1923 d'où les forts chiffres de 1924. Depuis cette date il s'est soigné correctement.

sur le rein ou sur l'appareil neuro-endocrinien, on peut assez souvent la mettre en cause ; mais il est juste d'ajouter, en retour, que le traitement spécifique est généralement incapable d'abaisser la tension artérielle pathologiquement élevée.

II. — Le traitement réalisé par le malade

Après avoir observé plus de quinze cents hypertendus dont j'ai pu suivre un grand nombre pendant plusieurs an-

nées, je déclare très nettement que deux thérapeutiques sont actives contre l'hypertension : le repos et le régime restrictif et que la plupart des médications (physiothérapiques ou médicamenteuses) n'ont qu'une action temporaire, action utile, mais limitée.

Le repos au lit semble être l'arme la plus puissante dont nous disposions : repos au lit qui varie suivant les cas, parfois 24 heures sur 24, 20 heures, 16 heures, 12 heures sur 24. Parfois on prescrit une semaine de repos complet, parfois un ou deux jours par semaine. On règle, en outre, le repos lors des heures de lever. L'absence d'occupation professionnelle n'est pas le repos ; les occupations parasitaires, la nervosité d'une inaction mal consentie sont aussi fatigantes qu'un travail quotidien mesuré.

Le régime alimentaire doit être restrictif, avec discernement. Il faut rationner les substances azotées, les chlorures, éliminer les mets irritants tels que le café, les épices,

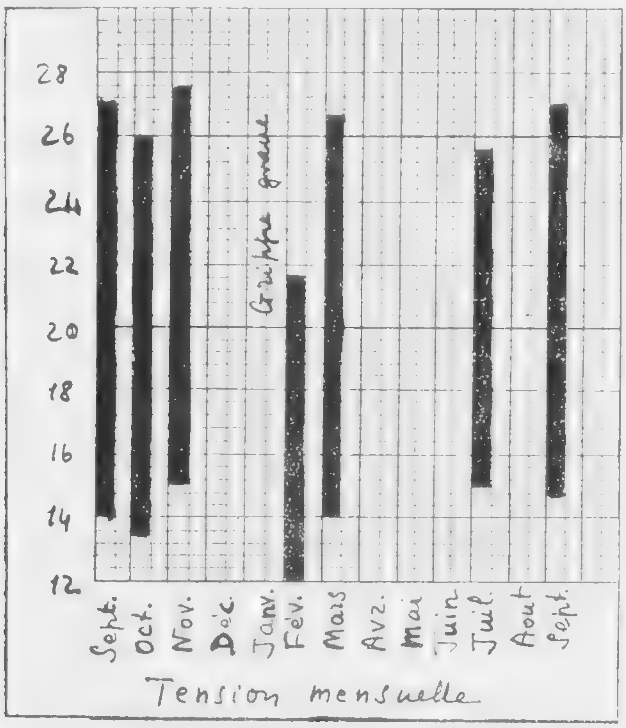


FIGURE 2. — L'hypertension grave des rénaux est peu modifiable par le traitement. Le repos l'a fait baisser, mais peu ; le régime restrictif empêche qu'elle ne s'élève encore, mais ne l'abaisse pas notablement. Une maladie aiguë sérieuse peut l'abaisser pendant un mois ou deux (ici grippe grave), mais il s'agit alors d'asthénie cardiaque liée à l'asthénie générale.

le vin et l'alcool, il faut éviter les gros repas qui distendent l'estomac et élèvent la tension.

Tout le monde est d'accord pour la réduction des substances azotées. Même avec une bonne azotémie, une bonne constante ou un bon rapport de Cottet, l'hypertendu est très influençable par l'alimentation carnée. Le moins de viande sera le mieux.

Tout le monde n'est pas d'accord pour la réduction notable du sel dans l'alimentation ; beaucoup d'auteurs pensent qu'en l'absence de rétention chlorurée objective, on peut permettre le sel ; je ne le permets cependant qu'à dose très modérée car les hypertendus peuvent faire de la rétention chlorurée œdémateuse ou sèche ; il est un peu tard pour établir la prescription lorsque la rétention est apparue. Chez les hypertendus on risque moins à diminuer le sel qu'à le tolérer largement.

Les cures hydrominérales à Royat ou à Bains, les médications hypotensives ont leur utilité indiscutable à condition qu'on ne leur demande pas de remplacer les deux prescriptions essentielles que je viens de formuler.

***

Nous allons voir maintenant l'avenir des hypertendus suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent et suivant le genre de vie qu'ils ont adopté. Mais, auparavant, il est indispensable de faire remarquer que parmi les causes d'hypertension que je viens d'énumérer, plusieurs peuvent coexister chez le même individu ; un pléthorique peut être, en même temps, atteint de néphrite chronique, un néphrétique peut être, en même temps, un dysendocrinien et un déséquilibré vago-sympathique. Il est donc indispensable de « faire le point » dans chaque cas particulier et d'adapter la thérapeutique à chaque individu.

1° **Les hypertendus par pléthore** réagissent admirablement au traitement de restriction alimentaire, aux cures de diurèse, à l'exercice physique médicalement entrepris et surveillé. Tel sujet que l'on examine avec 22-12 au début de son observation, baisse aisément à 16-9 ou même moins, en quelques mois, en même temps qu'il perd 8 à 10 kilos, que son foie se réduit à la normale et que sa chimie sanguine se régularise.

Chez les sujets qui ne présentent aucune altération rénale (et ils sont assez nombreux) on peut obtenir le *restitutio ad integrum* et le patient, après avoir séjourné quelque temps à un carrefour dangereux, a pris la bonne route, il faut lui demander d'y persévérer, en conservant son régime alimentaire et l'exercice indispensable.

Sur l'ensemble des malades de cette catégorie, bien étudiés, au point de vue nutritif, rénal ou sérologique, je note 85 % d'améliorations décisives, les 15 % d'échecs étant dus à une mauvaise discipline incontestable.

Cette statistique porte sur 350 cas revus au bout de cinq ans ; 90 malades ont été suivis pendant plus de dix ans.

2° **Les hypertendus par lésion rénale** voient leur tension diminuer beaucoup moins facilement ; lorsque, dans une station thermale par exemple, des malades de cette catégorie avoisinent ceux de la catégorie précédente, ils font des réflexions amères sur les inégalités du destin et deviennent quelquefois assez jaloux, avec le monde de déductions qui peuvent en dériver plus ou moins injustement.

Au cours des scléroses rénales avancées, la tension peut être strictement invariable, par exemple 25-14, le matin au repos : 27-15 dans l'après-midi. Je connais une malade qui a depuis trois ans 28-17. Une cure dans une station thermale appropriée fait baisser la tension pendant quelques semaines, puis elle remonte implacablement.

Ces sujets observent le régime, mieux que le repos ; ils font, comme je l'ai dit plus haut, plus facilement des accidents d'hypertension (œdème aigu du poumon ou hémorragie cérébrale) que de l'urémie mortelle. Je ne puis donner ici de statistique précise car je suis loin d'avoir des nouvelles de tous les malades que j'ai soignés, à Vittel en particulier, mais je puis donner l'impression très nette qui se dégage de mes observations.

Toutes les hypertensions d'origine rénale ne comportent pas un pronostic aussi immédiatement sombre et je voudrais (pour rester dans le cadre exact du sujet que je traite) indiquer *quels sont les signes qui permettent de porter chez les rénaux hypertendus un pronostic particulièrement grave.*

a) *L'élévation de la tension*, cela va de soi ; il est généralement plus grave d'avoir 25-14 que d'avoir 20-11. Sans doute on peut faire une hémorragie cérébrale avec une tension normale, mais le pronostic le plus fâcheux reste aux grosses tensions.

b) *La fixité de la tension* non ou à peine améliorée par le régime et le repos.

c) *L'opsiurie* ; certains pourraient croire que l'opsiurie est quasi-constante chez les sujets atteints de néphrite chronique urémigène et hypertensive. C'est une erreur. On peut mal éliminer l'urée, les chlorures, le bleu et la P. S. P. et garder une excellente élimination hydrique. Je le vois à chaque instant chez mes malades de Vittel lorsqu'ils font la cure en décubitus horizontal. Mais je ne crains pas

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLERA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

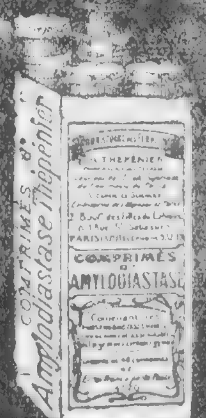
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le "Laboratoire des Ferments" du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

Registre du Commerce de la Seine n° 150.854

d'affirmer qu'un hypertendu rénal qui devient opsiurique est en danger ; l'accumulation des liquides dans la circulation crée, chez lui, une hypertension supplémentaire. Il doit régler ses boissons, garder un décubitus opportun et faire établir son programme de vie avec discernement.

d) *La rigidité fonctionnelle du rein*, ce terme englobe généralement l'opsiurie, mais est beaucoup plus compréhensif et vaut la peine d'être expliqué. Le rein normal est souple, c'est-à-dire qu'il répond rapidement par des éliminatoires aqueuses abondantes aux ingestions copieuses d'eau, par des urines riches et denses à une alimentation chargée en protéiques et en sels ; tout cela entraîne une gamme de coloration, de densité et de pH dont j'ai maintes fois construit les courbes. Cela c'est la souplesse fonctionnelle normale du rein. Un sujet atteint de néphrite scléreuse « uniformise » le travail de son rein ; la sécrétion horaire devient sensiblement uniforme, près ou loin des ingestions aqueuses, la densité varie de quelques millièmes seulement de 1.010 à 1.013 par exemple (malgré une polyurie qui atteint 1.800 à 2.500 grammes, le pH lui-même devient à peu près fixe à 5, 5,2, 5,4, alors qu'à l'état normal il varie de 5 à 7. J'entends que ces diverses recherches (quantité, densité, pH) sont effectuées sur l'urine de chaque miction du nycthémère, selon des techniques qui sont actuellement bien réglées depuis mes premiers travaux publiés il y a plus de dix ans.

Un sujet atteint de rigidité fonctionnelle du rein est un sujet fragile. Alors qu'un rein normal a une « réserve de puissance » qui lui permet de parer à des « à-coups » (excès alimentaires, ingestion trop abondante de liquides), le rein fonctionnellement rigide est à la merci d'un incident qui sera réglé par une rétention aqueuse (hypertension) ou azotée (élévation de l'azotémie). Lorsque la tension de base est élevée, on conçoit que ces incidents puissent créer des poussées hypertensives graves et parfois mortelles.

Il ne faut d'ailleurs pas envisager que ces incidents à court circuit ; il faut aussi considérer ceux qui, à plus longue échéance, retentissent sur le parenchyme rénal en créant de véritables poussées évolutives d'aggravation : angines, infections broncho-pulmonaires pneumococciques ou autres infections digestives, etc...

Il n'y a pas de pronostic de série chez les hypertendus rénaux, chaque cas doit être étudié séparément avec ses possibilités et ses probabilités et en laissant à l'imprévu une marge encore très grande.

3° Que dire maintenant du pronostic des **hypertensions neuro endo criniennes** ? Parlons d'abord des hypertensions stables et ensuite des hypertensions paroxystiques. Les hypertensions chez la femme castrée sont, pour moi, un type de ces hypertensions stables ; certaines atteignent un chiffre élevé, jusqu'à 25-28 pour la maxima, 14 à 16 pour la minima ; elles s'accompagnent à la longue de lésions modérées du rein (petite albuminurie, azotémie limite, constante un peu élevée). Elles sont longtemps tolérées à la condition que les artères restent souples ; les cas défavorables se terminent plus souvent par l'hémorragie cérébrale ou l'œdème aigu du poumon que par l'urémie. Si l'urémie survient, elle a été favorisée par une infection ou une intoxication additionnelles.

A côté de cette hypertension des femmes castrées, plaçons l'hypertension des basedowiens (plus modérée et plus curable), l'hypertension de l'hyperhyphophysie qu'accompagne par exemple l'acromégalie et qui coexiste souvent avec l'athérome et surtout l'hypertension des surrénaux, qui, comme Vaquez et comme Josué l'ont montré, aboutit à la longue à l'artériosclérose.

Mais cette hypertension des surrénaux est souvent intermittente avant d'être permanente. Elle survient d'abord à la fatigue, à l'absorption de vin, d'alcool, de café, de thé. Elle peut être consécutive à une émotion, à de l'aérophagie, à des troubles gastriques, à de la constipation. La crise d'hypertension peut être impressionnante ; elle dure peu et l'on peut aisément rassurer le malade. Mais l'alarme est donnée et les malades deviennent souvent, au bout de quelques années, des hypertendus permanents s'ils n'observent pas avec soin le régime, le repos et les médications opportunes.

Au cours des hypertensions paroxystiques, on peut observer des troubles momentanés du fonctionnement rénal ; au cours des hypertensions neuro-endocriniennes, on peut observer des lésions rénales se constituant à la longue. Elles n'ont rien de la gravité des néphrites primitives aboutissant à cette rigidité du fonctionnement rénal sur laquelle j'ai insisté tout à l'heure.

J'ai eu l'occasion de décrire, à plusieurs reprises, certaines hypertensions réflexes comme celle de la colique néphrétique ; c'est un des multiples réflexes qui peuvent partir du rein : elle cesse dès que la colique néphrétique est terminée ; cette hypertension n'a, par elle-même, ni conséquences, ni avenir.

J'ai dit plus haut que plusieurs facteurs d'hypertension pouvaient être combinés chez les mêmes malades. J'y reviens pour conclure et voici ces conclusions pratiques.

En présence d'un hypertendu, à moins qu'il ne vous apporte un dossier extrêmement complet, il faut le considérer comme à débrouiller et se poser successivement les questions suivantes :

1° *La part de la pléthore* ; parfois, elle est manifestement nulle ; parfois elle est exclusive : parfois elle est associée. Dans la mesure ou elle existe, l'hypertension est franchement réductible ; l'hypertension peut être considérée comme bénigne, si le malade se soigne correctement.

2° *La part de la lésion rénale* : l'état du fonctionnement rénal compte parmi ceux qu'il est actuellement possible d'établir avec précision ; lorsqu'il est mauvais, lorsque la tension est élevée, pronostic franchement pessimiste encore qu'il soit impossible de faire des prévisions absolues. Lorsque la fonction rénale est améliorable (et je crois qu'elle l'est assez souvent), on peut observer des baisses appréciables de la tension.

3°) La part de la *syphilis*, de *l'aortite*, de *l'artério-sclérose*. Je n'y insiste pas.

4°) *La part de la dysfonction neuro-endocrinienne*. Ici nous avons parfois des jalons précis, mais nous en manquons souvent ; je demande à ce que l'on considère souvent comme candidats à l'hypertension permanente, les sujets atteints d'hypertension paroxystique que j'appellerais souvent hypertension intermittente prémonitoire.

Débrouiller chaque cas particulier, faire un pronostic pour chaque malade après deux ou trois mois d'étude, se préoccuper moins de faire rentrer le malade dans une case toute prête, que de faire une étude physio-pathologique complète et impartiale, tel me paraît être le but à réaliser.

Assurément les pronostics n'en découlent point comme d'un barème, mais on arrivera souvent à faire la part de ce qui est curable, de ce qui ne l'est pas, de ce qui l'est partiellement ; on arrivera, une fois le bilan fait, à adapter l'existence du malade à une situation qui pourrait être redoutable si les détails de la vie étaient laissés au hasard et qui peut être longtemps tolérée si le malade sait mener une vie calme et économique.

S'il y a des médecins qui dédaignent l'histoire de la médecine ou qui feignent de la dédaigner, soyez sûrs que c'est parce qu'ils l'ignorent. » BROECKX.

Que l'on adopte le projet Portmann ou un autre, peu importe, pourvu que l'on fasse quelque chose. Le projet Portmann a au moins le mérite d'être mis sur pied et de servir de base à la discussion. (Dr H. JOSSE. *Rev. gén. de méd. et Ch. de l'Afrique du Nord.*)

Les accidents toxiques post-opératoires. Ce qu'il faut en savoir du point de vue pratique

Par Max LÉVY

Les progrès remarquables de la technique chirurgicale contemporaine ont abaissé considérablement la mortalité post-opératoire, sans toutefois la réduire à néant. Certaines morts peuvent être rattachées à une cause connue : hémorragie, complications infectieuses locales ou générales, complications pulmonaires, embolies, etc. ; dans d'autres cas la *mort demeure inexpliquée*. Nos recherches et celles de Chabanier et Lobo-Onell (1) ont démontré qu'il s'agissait d'accidents toxiques accompagnés d'hypochlorémie, d'hyperazotémie et d'élévation de l'azote résiduel (ou mieux de l'azote polypeptidique [2]). Nous allons nous occuper uniquement de ces derniers faits.

Certains chirurgiens prétendent que ces accidents sont très rares ou même qu'ils n'en observent jamais : cela tient à ce qu'ils ne rattachent pas les accidents à leur cause réelle, ils attribuent à tort la mort à une péritonite, à une occlusion intestinale, au collapsus cardiaque, etc.

Mais à côté des accidents mortels : la grosse chirurgie (et plus particulièrement celle qui intéresse le tube digestif, l'appareil urinaire, et les organes génitaux urinaires de la femme) comporte un ensemble de manifestations cliniques qui rendent souvent la phase post-opératoire particulièrement pénible pour le patient. Ce dernier est fatigué, plus ou moins asthénique, les traits sont tirés, la langue est moins humide, la tension artérielle est abaissée, des nausées peuvent persister pendant quelques jours accompagnées ou non de hoquets. L'abdomen peut être légèrement ballonné, il y a une légère parésie intestinale, qui se traduit par une rétention de gaz dont l'émission est escortée de coliques souvent très pénibles. Le volume des urines est réduit : 3 à 400 cm³ par vingt-quatre heures. Le patient subit un amaigrissement pouvant atteindre 7 à 8 kg. en quinze jours pour une opération gynécologique simple. Cette perte de poids qui est sans rapport avec la sous-alimentation d'ailleurs très brève, est réparée sans peine pendant la convalescence.

Parfois ces troubles sont plus accentués : le malaise est extrême, l'asthénie considérable, le visage couvert de sueurs, la langue est sèche, la tension artérielle très basse, il y a du hoquet, des vomissements, la diurèse se réduit encore, il se produit un amaigrissement rapide accompagné de fonte des masses musculaires.

L'évolution est variable : tantôt ces troubles évoluent vers un coma avec anurie, tantôt les vomissements dominent la scène, ils deviennent incoercibles, tantôt le ballonnement de l'abdomen, l'arrêt des gaz prédominent, ils peuvent s'accompagner de vomissements simples d'abord, pouvant devenir fécaloïdes, réalisant au grand complet le tableau de l'occlusion intestinale, tantôt les accidents peuvent simuler des accidents infectieux, la température est élevée et durable, elle rétrocède d'ailleurs rapidement dès l'institution du traitement sérothérapique ; tantôt les phénomènes cardio-vasculaires sont au premier plan : le pouls est petit rapide, mal frappé avec ou sans extra-systole, la tension artérielle baisse progressivement et rapidement jusqu'à la mort.

Tous ces troubles peuvent être plus ou moins imbriqués et plus ou moins intenses ; ils peuvent une fois amorcés, rétrocéder spontanément, mais l'évolution peut être fatale. Ils peuvent être précoces et débuter le jour ou le lendemain de l'opération, ils peuvent être tardifs et se manifester du sixième au douzième jour.

Cet ensemble de troubles cliniques si pénibles, et à certains moments si angoissants peuvent être traités avec succès et mieux encore évités. Pour bien comprendre le traitement de ces accidents toxiques et leur prophylaxie il est indispensable d'en rappeler tout d'abord le mécanisme ; nous serons aussi bref que possible.

Mécanisme des troubles toxiques post-opératoires

Le mécanisme des troubles toxiques post-opératoire n'est pas encore complètement élucidé, mais déjà les recherches de laboratoire ont permis des progrès considérables, intéressants surtout par leur portée pratique.

I. Le trouble du métabolisme azoté

L'étude de l'opéré met en évidence un trouble important du métabolisme azoté, d'une part quantitatif, d'autre part qualitatif.

1° Trouble qualitatif du métabolisme azoté

Le sérum sanguin privé de ses albumines contient deux fractions azotées : la première correspond à l'azote de l'urée, la seconde, à ce que l'on appelle l'azote résiduel : cette dernière fraction contient de nombreux corps les uns non toxiques, les autres extrêmement toxiques, au premier plan desquels se classeraient les polypeptides. Mais faisons remarquer immédiatement que, ainsi que Chabanier et Lobo-Onell l'ont fait justement observer, l'azote résiduel (comme l'azote polypeptidique) n'est qu'un repère extrêmement grossier, car la fraction toxique ne représente vraisemblablement qu'une très petite partie de l'azote dosé.

Après toute intervention chirurgicale, on constate l'élévation de l'azote résiduel, et il semble avec plus de régularité encore celle de l'azote polypeptidique. D'une façon générale, mais sans que ce phénomène soit régulier, l'ampleur de ces élévations est d'autant plus considérable qu'il existe des manifestations cliniques plus graves ; toutefois même dans ces cas l'accroissement de l'azote résiduel peut être modéré, car nous le répétons nous ne possédons là qu'un repère grossier qui dose en bloc éléments toxiques et éléments non toxiques.

Nous verrons plus loin les rapports existant entre l'accroissement de l'azote résiduel et les manifestations cliniques.

2° Le trouble quantitatif du métabolisme azoté

L'acte chirurgical (et non l'anesthésie) entraîne une destruction des albumines des tissus de l'opéré (désassimilation azotée) s'exprimant d'une part par l'élévation de l'azote résiduel et d'autre part par l'accroissement du débit uréique urinaire. Un opéré peut éliminer jusqu'à 70 g. d'urée par vingt-quatre heures. Une des traductions cliniques de cette désassimilation azotée est la perte de poids de l'opéré.

L'ampleur de cette désassimilation azotée est des plus variable ; elle n'est pas en rapport direct avec l'âge du sujet, son état et l'importance de l'acte opératoire.

Après l'intervention chirurgicale, surtout lorsqu'elle est importante et qu'elle intéresse soit le tube digestif (gastrectomie, colectomie, intervention sur les voies biliaires, etc.), soit l'appareil urinaire, soit l'appareil génital de la femme apparaît une diminution quelquefois très importante du volume des urines, ce phénomène s'accompagne très fréquemment de troubles fonctionnels

---

(1) Chabanier et Lobo-Onell. Hypochlorémie et accidents post-opératoires. Un vol. Masson, édit., 1934.

(2) Puech et Cristol. Du rôle des polypeptides dans l'intoxication urémique. (*Annales de médecine*, t. XXV, n° 1, janvier 1929.) — Lambret et Driessens. L'hyperpolypepticémie secondaire aux opérations chirurgicales. (*C. R. Soc. Biol.*, t. CIV, p. 567, juin 1930.)

rénaux : le pouvoir de concentration de l'urée par la cellule rénale diminue (diminution de la concentration maxima) ; l'association de ces deux facteurs oligurie, diminution de la concentration maxima aboutissent à l'oligurie relative : le rein ne peut plus éliminer toute l'urée élaborée, il en résulte une *poussée d'urémie*.

La poussée d'urémie post-opératoire est un phénomène général ; il est constant et se retrouve après toute intervention chirurgicale si minime soit-elle, son maximum se place du troisième au cinquième jour.

L'amplitude de l'élévation est quelquefois considérable et le taux de l'urée peut atteindre un, deux grammes et plus, même chez des opérés dont les suites opératoires sont en quelque sorte normales, et qui guérissent spontanément.

II. Le trouble du métabolisme du chlore

a) L'appel du chlore vers la zone opérée

Le traumatisme opératoire entraîne localement une spoliation tissulaire encore mal connue, mais dont le résultat est un appel local de Cl. Ce mouvement est vraiment considérable (Legueu, Fey, Pallazoli, Lebert, Duval) puisqu'on a pu trouver au niveau de la zone opératoire des taux cinq à six fois supérieurs aux taux normaux préexistants ; il en résulte un mouvement de Cl des tissus sains vers la zone traumatisée (1), dont une expression est d'une part l'hypochlorémie, d'autre part l'hypochlorurie.

b) L'hypochlorémie sanguine

Celle-ci est décelable au niveau des globules rouges, tissu circulant, la chlorémie globulaire varie comme celle de tous les autres tissus de l'organisme ; son taux normal moyen est de 1.80 g. par litre ; il va s'abaisser progressivement dès le premier jour pour atteindre son taux minimum du troisième au sixième jour.

Le taux du Cl plasmatique (Cl. P.), dont la moyenne normale est de 3,60 g. par litre, va s'abaisser également mais moins vite que celui des globules rouges, il en résulte que le rapport ClGR ClP, qui est normalement de 0,50 va s'abaisser.

Notons chemin faisant l'importance :

1° *De la comparaison des chiffres de ClGR et ClP repérés avant et après opération* : car chaque sujet vit avec une chlorémie qui lui est propre et qui peut varier, par exemple pour le plasma de 3,45 à 4,00 g.

2° De l'*étude séparée de Cl GR et de ClP* car chez certains individus le Cl pourra ne s'abaisser que dans les globules rouges.

c) L'hypochlorurie

L'appel du chlore se traduit également au niveau des urines par sa diminution plus ou moins marquée, cette diminution est relativement beaucoup plus marquée que pour le sang. Il n'est pas rare d'ailleurs de constater une disparition à peu près complète du chlore, alors même que la chlorémie a peu varié. Cette hypochlorurie n'est pas uniquement liée à la diminution de l'ingestion de sel puisque l'on peut injecter à certains opérés 40 à 50 g. de chlorure de sodium sans provoquer la réapparition d'une chlorurie notable.

III. Le trouble de l'équilibre acide base

Très fréquemment à la suite de l'acte opératoire il y a sous alimentation hydro carbonée, facteur de céto-acidose la réaction au nitro prussiate de soude devient positive dans les urines pendant deux à trois jours. Mais l'effet de cette acidose ne se traduit par aucune modification particulière au niveau du sang, puisqu'il est quasi-habituel d'y constater une figure d'*alcalose gazeuse* :

Élévation du pH plasmatique ;
Abaissement du taux des bicarbonates ;
Abaissement du rapport ClGR/ClP.

Elle est due selon l'hypothèse de Chabanier et Lobo-Onell à une hyperexcitation des centres respiratoires, action puissante, qui masque celle des corps cétoniques.

IV. La poussée d'hyperglycémie post-opératoire

L'examen systématique du sang dans la phase post-opératoire montre souvent, même chez des sujets dont la glycémie pré-opératoire était normale, l'existence de poussées d'hyperglycémie, rarement accompagnées de glycosurie ; il s'agit en réalité de petits diabétiques chez lesquels l'acte opératoire déclenche momentanément une poussée d'insuffisance pancréatique (sécrétion interne). Ces états ne sont reconnus que par des examens de sang systématiquement pratiqués. Le traitement insulinique donne dans ces cas de brillants résultats. Lamare et Larget ont récemment fait une étude de cette question (1).

Ces modifications humorales ont-elles une traduction clinique spécifique ?

1° L'hypochlorémie ne commande directement aucun symptôme important ; elle peut être extrêmement marquée chez un opéré qui va parfaitement bien et au contraire être moins accentuée chez un sujet qui présentera des troubles toxiques graves.

2° L'élévation du taux de l'urée sanguine est également sans traduction clinique ; tout comme pour l'hypochlorémie, il n'y a pas de concordance entre les troubles cliniques et les variations de l'urée sanguine.

3° Il en est de même des modifications de l'équilibre acide-base, de l'hyperglycémie et de la céto-acidose.

4° L'élévation du taux de l'azote résiduel, et plus particulièrement de sa fraction polypeptique, paraît commander l'apparition de tous les troubles et en constituer le reflet humoral.

Ces données brièvement exposées, vont nous permettre de bien comprendre :

1° *Le traitement des accidents toxiques post-opératoires.*
2° *Leur prophylaxie.*

1° *Traitement des accidents toxiques post-opératoire.*

Un sujet a été opéré, il est fatigué, les traits sont tirés, les yeux sont cernés, la langue est sèche, il a du hoquet accompagné ou non de vomissements, l'abdomen est un peu météorisé, la tension artérielle baisse, le pouls est rapide, le volume des urines est diminué ; la situation s'aggrave rapidement et insidieusement. Que faut-il faire? Nous considérerons deux cas suivant que le chirurgien dispose ou non d'un laboratoire.

A. Le chirurgien a un laboratoire à sa disposition

Quels sont les examens à demander du point de vue pratique ? Sur un prélèvement de sang recueilli sur une pincée d'oxalate de potasse doser urée, ClP, ClGR, glycémie ; et sur un échantillon d'urine doser l'urée et le chlore. L'ensemble de ces prélèvements et dosages doit pouvoir être achevé en une heure et demie à deux heures.

Comment interpréter les résultats et quels sont les traitements à instituer ?

L'hyperglycémie nécessite l'administration d'*insuline*, on peut commencer par vingt unités matin et soir, en même temps que le patient ingère des *boissons sucrées* ou reçoit des injections de *sérum glucosé* ; il faut donner

(1) Ceci montre chemin faisant, l'importance capitale de la douceur des manipulations des viscères ou des tissus au cours de l'opération, absence de frictions avec les compresses, d'écrasement, de broiement, etc,

(1) Lamare, Larget, Darnis et Lecoq. — *Bull. Soc. Chimie biologique.* Tome XV, 1933, p. 1126.

environ quinze à vingt grammes d'hydrates de carbone pour vingt unités d'insuline. L'hyperglycémie accompagnée d'acétonurie requiert le même traitement, dans ce cas on aura intérêt à augmenter la ration d'hydrates de carbone. L'acétonurie sans hyperglycémie s'effacera par administration de glucose.

L'hypochlorémie commande la rechloruration : ici plusieurs éventualités peuvent se présenter :

a) ClP et ClGR sont inférieurs aux taux normaux moyens (3,60 et 1,80), c'est une indication formelle de *rechloruration*, partie capitale du traitement, nous allons en voir plus loin les modalités.

b) Mais parfois les chlorémies plasmatique et globulaire sont sensiblement normales. Il s'agit habituellement de sujets qui vivaient avec des taux de Cl supérieurs aux moyennes normales dont le rapport ClGR/ClP était supérieur à 0,50. Comme on ignore ces taux pré-opératoire l'amplitude de la chute de la chlorémie est inconnue mais elle peut toutefois être tenue pour certaine. Par ailleurs l'examen des urines, montrant la quasi-disparition du Cl donnera un reflet fidèle de ce qui se passe dans l'organisme : un puissant appel de Cl vers la zone opérée, d'où nécessité de rechlorurer.

Quelle dose faut-il injecter ? D'emblée 20 g., employer une solution à 4 % qui a l'avantage d'être moins sclérosante que les solutions à 10 et 20 % on conserve ainsi l'usage si précieux des veines de l'opéré. L'injection doit être faite avec une lenteur extrême, goutte à goutte, sa durée totale doit être d'environ deux à trois heures. La dose de NaCl à injecter le premier jour et les jours suivants dépend de trois facteurs principaux :

a) L'importance de la déchloruration ;
b) L'intensité des troubles cliniques ;
c) La durée de ces derniers.

a) Plus la chute de ClP, ClGR, ClGR/ClP est forte et plus la diminution du Cl urinaire est accentuée, plus la quantité de NaCl injectée doit être forte ;

b) Des troubles cliniques intenses nécessiteront également une dose de NaCl plus élevée ;

c) La prolongation des manifestations toxiques est un facteur de gravité commandant un traitement massif et prolongé, et cela d'autant plus que ces troubles auront été accompagnés de vomissement ou de diarrhée, facteurs accentuant la déchloruration.

Lorsque ces trois facteurs sont très marqués, la dose 20 g. est insuffisante, tout au moins pour le premier jour, elle doit être portée à 30 ou 40 g. La deuxième fraction de 20 g. pourra être administrée huit à douze heures après la première.

Quel sera le traitement des jours suivants ? La durée du traitement et la quantité de sel injecté seront réglés d'une part par la clinique et d'autre part par le laboratoire. Chaque jour l'examen du sang et des urines sera pratiqué : on doit obtenir le retour et le *maintien* du Cl à la normale, — l'abaissement du taux de l'urée sanguine, la réapparition d'une bonne diurèse et d'un débit chloré atteignant 4 à 6 g. en Cl. Tous les troubles cliniques doivent s'effacer rapidement : disparition du hoquet, des vomissements, réascension de la tension artérielle, etc... Pour obtenir ces résultats l'expérience montre qu'il faut d'une façon générale injecter 20 à 40 g. de sel le premier jour, 10 à 30 le deuxième et 5 à 20 le troisième ; il n'y aura que des avantages à poursuivre le traitement le quatrième ou le cinquième jour si le laboratoire en indique encore l'opportunité.

B. Le chirurgien n'a pas de laboratoire à sa disposition

On mettra à profit les connaissances acquises au chapitre précédent, et on pourra instituer le traitement suivant :

1° Injections systématiques d'insuline glucose ;

2° Injections de sérum salé hypertonique : le traitement sera institué *très précocement*, dès que l'opéré présentera les premiers troubles ; injecter 20 à 25 g. de NaCl. Si le traitement est institué tardivement ou lors de l'éclosion de troubles graves, d'emblée injecter 30 g, ; 10 à 20 g. le deuxième jour et 5 à 15 g. le troisième jour.

2° Traitement prophylactique des accidents toxiques post-opératoire

La connaissance tout au moins partielle du mécanisme des accidents toxiques post-opératoire a conduit (1) à l'application d'un traitement prophylactique. Puisque tout acte chirurgical s'accompagne, entre autres modifications d'hypochlorémie, il était logique de chercher à l'éviter par la chloruration post-opératoire systématique (chloruration dont l'action sur les troubles toxiques est si remarquable). Les résultats de cette pratique ont été des plus intéressants, en effet elle réalise :

1° La prophylaxie des accidents post-opératoires ;

2° Une amélioration considérable des suites opératoires.

A. Le chirurgien a un laboratoire à sa disposition

Il faudra pratiquer :

a) Un examen et parfois un traitement pré-opératoire ;

b) Un traitement post-opératoire contrôlé et dirigé par le laboratoire.

a) *L'examen pré-opératoire*, comporte actuellement les recherches suivantes : temps de saignement, temps de coagulation, urée, ClP, ClGR, glycémie (2).

Quel traitement pré-opératoire va-t-on instituer ?

Les examens fournissent des données normales. Il n'y a pas de traitement spécial à instituer ; sauf en présence d'un patient âgé, fatigué ou amaigri pour lequel il y a intérêt à instituer pendant huit à dix jours avant l'intervention une cure d'insuline glucose : deux fois vingt unités par jour, avant chaque principal repas, fortement enrichi en hydrates de carbone.

La glycémie est supérieure à la normale : si on a le temps, on instituera une cure d'insuline suivant les schémas thérapeutiques de Chabanier et Lobo-Onell (3). Si l'opération est urgente, la cure insulinique sera mise en œuvre dès le jour de l'intervention.

Un taux d'urée supérieur à 0,50 g. comportera, si on en a le temps, l'application d'un régime végétarien pendant quinze à vingt jours.

L'abaissement du chlore sanguin se rencontre surtout chez les sujets qui ont présenté de la diarrhée ou des vomissements. Dans ce cas l'administration de NaCl va prendre une importance toute particulière, en effet il faut éviter qu'à cette déchloruration ne vienne s'ajouter celle que provoquera l'intervention. Deux à trois jours de traitement sont suffisants ; administrer dans les veines 15 à 30 g. de NaCl chaque jour suivant l'importance de la déchloruration (4).

b) *Le traitement post-opératoire*. — Après le réveil : injection intraveineuse de 500 cm³ de sérum salé à 4 %. Le lendemain, suivant les résultats fournis par le laboratoire, injecter 300 à 500 cm³ du même sérum. Le jour suivant, c'est-à-dire le deuxième jour qui suit l'opération injection de 200 à 300 cm³.

A partir du troisième jour il est habituellement possible de cesser les injections, la tendance à l'hypochloré-

(1) On peut éviter les accidents post-opératoires accompagnés d'hyperazotémie et d'hypochlorémie. (ROBINEAU et Max LÉVY. *La Presse Médicale*, n° 81, 11 novembre 1933.)

(2) Douze à quinze centimètres cubes recueilli sur oxalate de potasse suffisent pour ces déterminations, en employant le micro-uréomètre d'Ambard pour doser l'urée et la semi microméthode de Chabanier, adaptation de la méthode de Bertrand, pour la glycémie.

(3) H. CHABANIER et LOBO-ONELL. — Précis du diabète. Un vol. ; Masson, éditeur, 1931.

(4) Max LÉVY. — La rechloruration pré-opératoire des patients atteints de sténose pylorique. *La Presse Médicale*, 11-X, 1933, n° 81.



mie est refoulée de façon définitive ; toutefois il est prudent de continuer à exercer une surveillance du chlore urinaire et au besoin du Cl sanguin de manière à pouvoir intervenir de façon précoce en cas de besoin.

B. **Le chirurgien n'a pas de laboratoire à sa disposition**

On pourra administrer au patient 20 g. de sel le jour de l'opération, puis 15 et 10 g. les jours suivants sans faire courir aux patients de risque grave (1).

Les résultats du traitement

I. Curatif

Ils sont des plus remarquables, car le traitement curatif possède à son actif de véritables résurections ; c'est ainsi que nous avons pu obtenir la guérison : d'un coma avec Cheyne Stokes et anurie, survenu cinq jours après hytérectomie totale chez une femme de 50 ans ; d'une occlusion complète avec vomissements fécaloïdes après appendicectomie pour appendicite gangréneuse perforée chez un vieillard diabétique (80 ans) ; d'un coma survenu au quatrième jour chez un vieillard de 74 ans, après prostatectomie, etc.

Insistons toutefois sur ce fait que *institué tardivement le traitement curatif connaît des échecs* ; par contre les résultats seront d'autant plus brillants et plus constants qu'il sera mis en œuvre précocement.

II. Prophylactique

Les résultats en sont extrêmement intéressants : du point de vue clinique on constate une différence très appréciable dans les suites opératoires : la diurèse demeure excellente, l'opéré est infiniment moins fatigué, le visage est reposé, la langue est humide, le pouls est bon, la tension artérielle non abaissée, l'émission des gaz est précoce et indolore, l'opéré se sent bien et si parfois il a subi antérieurement une opération peu importante, celle qu'il vient de subir, alors même qu'elle est grave pourra lui apparaître comme étant la moins pénible.

L'emploi systématique du traitement prophylactique nous a montré qu'il devenait possible d'élargir le cadre des indications opératoires : tel sujet ayant un mauvais état général, trop âgé ou porteur de lésions rénales importantes pourra être opéré avec succès ; c'est ainsi qu'appliquant ce procédé le Docteur Nora a pu pratiquer dans des conditions remarquables, une série de prostatectomie chez des sujets âgés respectivement de 67, 68, 69, 70, 72, 73, 77 ans, porteurs de néphrites chroniques entre autres tares.

Enfin une dernière question se pose : faut-il systématiquement mettre en œuvre le traitement prophylactique ? Y a-t-il des inconvénients ? Il est aisé de répondre à cette dernière objection, nous appliquons notre procédé depuis trois ans sans jamais en avoir observé d'inconvénient sérieux ; d'ailleurs depuis notre première publication, de nombreux chirurgiens ont adopté cette pratique. Par contre les avantages sont nombreux : le bien-être du patient, la suppression d'une série de manifestations pénibles, la suppression de la désassimilation azotée (2), véritable destruction des tissus de l'opéré qui se traduit par un accroissement parfois considérable du débit uréique, un amaigrissement marqué et une prolongation inutile de la convalescence, une sécurité plus grande pour le patient et pour le chirurgien. Par contre on se rappellera toujours que si le traitement des accidents post-opératoires donne souvent des résultats brillants, il connaît des échecs nombreux.

Si donc on peut discuter de l'opportunité de la thérapeutique prophylactique systématiquement appliquée, à cause de la complexité de sa mise en œuvre et de la rareté relative des morts post opératoires, il nous paraît que ces arguments doivent s'effacer lorsqu'il s'agit d'interventions importantes portant sur le tube digestif, les voies urinaires et l'appareil génital de la femme tout comme celles qui intéressent les membres lorsqu'il y a des lésions musculaires étendues, opérations pour lesquelles nous conseillons formellement son emploi.

(1) Les injections salines hypertoniques peuvent provoquer l'apparition au cours de l'injection ou immédiatement après, d'un frisson plus ou moins violent avec forte élévation thermique ; ces incidents d'ailleurs rares sont évités le plus souvent par la lenteur de l'injection et la surveillance exercée par le laboratoire.

(2) Max Lévy. — La désassimilation azotée post-opératoire. *Journal d'Urologie*. Sous presse.

Du diagnostic au traitement de la tuberculose pulmonaire

Par J. LAFONT

Les formes cliniques de la tuberculose ont donné lieu à de nombreuses classifications, dont aucune, il faut bien le reconnaître, ne satisfait entièrement l'esprit ; la seule, qui ait eu une grande diffusion, est celle de Bard, qui, malgré sa complication, repose sur une base clinique et anatomo-pathologique vraiment solide ; cependant l'anatomie pathologique ne nous montre que les lésions terminales, elle ne nous donne par suite aucun renseignement sur les formes initiales ; nous en sommes réduits à la radiographie pour obtenir quelques données précises sur le début et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

La radiographie peut faire plus et constituer la base d'une nouvelle classification, à condition de ne pas s'écarter de la clinique ; cette tentative a été l'objet des efforts de Jacques Stephani, le distingué privat-docent de la Faculté de médecine de Genève, qui, après avoir écrit de nombreuses études radiologiques originales, vient de publier le cours donné au semestre d'été à la Clinique médicale de l'Hôpital cantonal de Genève.

Cette classification en formes condensantes, nodulaires et diffuses, avait déjà été proposée en 1932 dans le *Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début* ; elle avait immédiatement acquis de nombreux partisans ; elle est reprise dans ce cours, qui, en dix leçons, trouve le moyen de présenter et de traiter une question si complexe et si vaste ; elle est basée sur une association étroite de la radiologie et de la clinique, qui permet d'interpréter au mieux les données de l'anatomie pathologique.

L'*Etude clinique et radiographique des formes de la tuberculose pulmonaire* comprend une partie clinique et une partie radiologique ; mais elle ne s'en tient pas là et elle aboutit à des conclusions pratiques de la plus haute importance, comme l'indique le sous-titre : *Thérapeutique adaptée aux différentes formes* ; c'est là une tentative de thérapeutique rationnelle, dont les indications sont précises et les résultats à peu près constants.

Ce cours de la Clinique médicale de Genève révèle, mieux qu'un livre, la forte personnalité du professeur ; il contient des faits précis et des idées générales, des vues originales et des opinions d'avant-garde ; nous découvrons tour à tour le clinicien, le radiographe et le thérapeute ; écoutons-les avec attention.

* * *

Le clinicien nous dit tout d'abord : La tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse générale.

C'est là un appel, pour ne pas dire, un rappel au bon sens. De nombreux esprits établissent une séparation vraiment injustifiée entre la médecine générale et les diverses

spécialisations ; une maladie générale comme la syphilis se localise nécessairement, en ce sens qu'elle atteint un organe plutôt qu'un autre ; mais elle reste quand même une maladie générale, qu'elle détermine une kératite ou un tabès ; l'intervention d'un oculiste ou d'un neurologiste reste donc secondaire et accessoire, si nous nous plaçons à un point de vue purement théorique.

Pourquoi faut-il qu'une notion si claire s'obscurcisse dès qu'on pénètre dans le domaine réservé de la phtisiologie ? Pourquoi une vérité si simple est-elle si souvent méconnue ? C'est le mérite d'un spécialiste comme Stéphani de remettre la tuberculose pulmonaire à sa vraie place, dans un chapitre de clinique interne.

La tuberculose pulmonaire est donc, et avant tout, de la tuberculose ; elle n'est pulmonaire que par accident, par raccroc, comme elle aurait pu être, si les circonstances l'avaient voulu, laryngée, intestinale ou vertébrale ; de même la guerre est une catastrophe générale, le champ de bataille est un accident topographique, car deux armées ennemies finissent toujours par se rencontrer quelque part.

En fait quand nous disons : tuberculose pulmonaire, nous entendons : infection tuberculeuse générale primitive, localisée secondairement sur le poumon et non : poumon atteint d'une lésion locale avec troubles généraux consécutifs. Ce n'est pas là une simple question de mots ; la confusion initiale entraîne une compréhension défectueuse de l'évolution clinique et des indications thérapeutiques.

La tuberculose que nous appelons pulmonaire n'est souvent *pulmonaire qu'en apparence*. Elle n'est pulmonaire que cliniquement. En réalité elle se présente toujours comme une maladie infectieuse générale avec retentissement obligatoire sur tous les organes de l'économie. La maladie entre par l'intestin, ou par les voies aériennes, puis fait sa première fixation sur le système lymphatique, et le malade devient ensuite, — je dirais presque au hasard de la fixation secondaire — un pulmonaire, un intestinal ou un osseux.

Nous en conclurons donc — un peu paradoxalement sans doute — que les signes initiaux de la tuberculose pulmonaire sont des signes généraux (fièvre, amaigrissement, fatigue générale) et non des signes locaux (toux, expectoration, dyspnée). Un spécialiste américain de grande valeur, Miles J. Breuer, de Lincoln, a même intitulé une observation : Tuberculose pulmonaire sans symptômes pulmonaires (*Pulmonary tuberculosis without lung symptoms*) : c'est un rappel très sain et très net aux grands principes du diagnostic ; ce brillant esprit a du reste publié un certain nombre de réflexions qui ne manquent ni de saveur ni de vérité ; il reconnaît philosophiquement que tout médecin, qui diagnostique la tuberculose au début, passe pour un maniaque (*monomaniac*) mais qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter, car tout finit par s'arranger, tôt ou tard ; voici un exemple de ce délicieux humour anglo-saxon : « Les cas au début tournent en rond ; ils collectionnent des toniquee et des interventions et des diagnostics ; des filtrages savants séparent des appendicites, des cardiopathies ou des ulcères peptiques, qui n'ont pas encore trouvé leur voie. Les tuberculoses authentiques ont un caractère qui s'accommode mal des amygdalectomies et des traitements variés, elles finissent toujours par arriver à destination, toutes sans exception ». Conclusion optimiste, qui n'exclut pas les catastrophes individuelles.

Si nous sommes incapables de fixer le début réel de la tuberculose, qui sera pulmonaire, essayons tout au moins de n'en pas méconnaître le début apparent, qui est pulmonaire ; dans l'intervalle qui les sépare l'étude minutieuse des signes généraux permettrait sans doute un diagnostic précoce, de simple probabilité, mais combien important au point de vue pratique ; la difficulté du diagnostic ne fait qu'en augmenter l'intérêt.

Ce diagnostic précoce est intimement lié dans bien des cas au diagnostic différentiel ; parmi les affections pulmonaires, il faut accorder une place spéciale à la grippe, qui complique terriblement le problème ; on applique rarement à une grippe l'étiquette de tuberculose pulmonaire, mais que d'épisodes pulmonaires d'origine bacillaire se camouflent en grippe.

La question du diagnostic fera encore couler beaucoup d'encre. l'essentiel est de se souvenir que la tuberculose pulmonaire est, tout d'abord et avant tout, une maladie infectieuse générale.

* * *

Le radiographe nous dit ensuite : Il y a de bonnes et de mauvaises radiographies.

Nous abordons une question de technique pure ; l'intérêt en est cependant capital pour le diagnostic de la lésion pulmonaire.

Car il ne s'agit pas ici d'épreuves réussies ou ratées, mais bien d'épreuves faites suivant la technique moderne ou suivant la technique classique déjà dépassée par le progrès.

Deux points dominent actuellement toute la technique radiographique pulmonaire, ce sont la netteté et la transparence du cliché.

La netteté ne dépend pas seulement de l'immobilité respiratoire, elle relève surtout de la brièveté du temps de pose ; le poumon, même en apnée, représente un réseau vasculaire oscillant, battant à la vitesse moyenne de 70 battements à la minute ; tout le problème consiste à faire de la radiographie instantanée ; le temps de pose doit être égal ou inférieur à 1/20e de seconde ; 1/10e donne déjà du flou. Naturellement ces temps de pose inférieurs à 1/20e de seconde doivent être contrôlés. Plus la prise du film est rapide et plus on obtient de finesse dans les contours (foie, cœur), le réseau principal et surtout secondaire du dessin pulmonaire, les formations pathologiques. Certaines autres considérations entrent en ligne de compte, comme la distance, mais on peut affirmer que tout appareil classique donnant le dixième de seconde est surclassé nettement par l'appareil moderne donnant le vingtième et même moins.

Nous avons tous eu trop de clichés flous entre les mains pour ne pas approuver Stephani, dont les études ont eu une influence importante sur le perfectionnement de l'appareillage.

Il ne suffit pas qu'un cliché soit net, il faut encore qu'il soit transparent ; cette notion de transparence est aussi importante que celle de netteté ; voici en quoi elle consiste :

Si l'on emploie des rayons durs, correspondant à une tension à 100 à 150.000 volts, les images des os s'effacent tandis que le dessin pulmonaire ressort davantage ; on obtient, suivant une expression imagée des *os de verre*. Le gril costal, si gênant par son opacité, n'est plus qu'esquissé.

Tout au contraire les rayons mous, à tension basse, comprise entre 50 et 70.000 volts, font ressortir les côtes en noir, masquant ainsi près de la moitié de la surface pulmonaire explorable.

Là encore les appareils à grande puissance présentent une supériorité incontestable sur les appareils à basse tension.

Les erreurs auxquelles peuvent conduire les mauvaises radiographies sont innombrables.

Quelques exemples nous éclaireront.

Un semis miliaire discret, *qui n'a pas été vu*, peut conduire temporairement au diagnostic de typhus ou d'état bacillaire chronique ou de toute autre affection générale non localisée.

Une caverne du sommet, *masquée* par les ombres osseuses, conduit à parler de congestion de base et laisse dépasser le moment où le pneumothorax serait efficace.

Une adhérence, *effacée* par la longueur exagérée du temps de pose, passe inaperçue.

Du *flou* au niveau du bord gauche du cœur conduit à penser qu'il existe des lésions de cortico-pleurite.

Les progrès de la technique radiologique permettent de faire un diagnostic de localisation plus précoce, raccourcissant ainsi l'intervalle qui sépare le début apparent du début réel

* * *

BIBLIOGRAPHIE

Les névroses tachycardiques, par GALLAVARDIN et A. TOURNIAIRE. Un volume de 122 pages avec 21 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, n° 69), 17 francs Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'intérêt que présente l'étude des névroses tachycardiques — si l'on comprend sous ce nom l'ensemble des manifestations d'hyperexcitabilité sympathique, d'allure essentielle, dont le cœur est si souvent le théâtre — est double.

Une telle étude, *au point de vue cardiologique*, constitue une préface indispensable à la connaissance des cardiopathies en général. Sans doute ce n'est pas le cœur lui-même qui est malade : appareils valvulaires, tissu myocardique, système de transmission rythmique, réseau d'irrigation coronarienne, tout est parfaitement sain. Mais le cœur est suspendu au nœud sinusal qui en règle incessamment l'activité, et ce nœud sinusal, si minuscule qu'il soit, figure le point de convergence auquel aboutissent tous les courants, toutes les irradiations transmises par les innombrables filets vago-sympathiques. C'est dans le nœud sinusal que s'établit à chaque instant le bilan des incitations émanées des centres encéphaliques et bulbo-médullaires, comme aussi des centres ganglionnaires, la prédominance des excitations sympathiques se chiffrant par le taux de la tachycardie. L'étude de ces névroses tachycardiques n'offre pas un moindre intérêt *au point de vue de la pathologie du sympathique*.

Pour étudier les réactions cardiaques d'ordre sympathique nous possédons un chronomètre, le cœur, qui traduit à chaque moment si nous savons l'interpréter, non par une impression vague ou des formules compliquées, mais par un chiffre, le degré exact de l'excitabilité sympathique.

Quelle lumière serait projetée sur nombre de syndromes viscéraux ou vasculaires et quels éclaircissements n'obtiendrions-nous pas, de cette façon, sur l'ensemble du fonctionnement du système nerveux végétatif si l'on pouvait, à chaque instant, dresser en quelque sorte la courbe de l'hyperexcitabilité sympathique comme nous pouvons le faire dans toutes les névroses tachycardiques.

« Placée en quelque sorte *au confluent de la cardiologie et de la pathologie sympathique*, écrit l'auteur de ce livre, nous sommes persuadés que l'étude des névroses tachycardiques, si avancée qu'elle paraisse, n'est qu'à son début, et que, soit dans sa symptomatologie, soit dans sa pathogénie, soit peut-être dans son traitement, elle réserve encore d'heureuses surprises à ceux qui voudront bien s'y consacrer.

Propédeutique obstétricale, par L. DEVRAIGNE. Un volume de 192 pages avec 50 figures (*Collection des Initiations médicales*), 22 francs. **Pratique obstétricale**, par L. DEVRAIGNE. Un volume de 244 pages avec 39 figures (*Collection des Initiations médicales*), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien qu'indépendants l'un de l'autre, ces deux petits livres constituent un véritable « Manuel élémentaire d'obstétrique », un livre complet de pratique écrit non seulement pour l'étudiant durant son *stage obstétrical*, mais aussi pour le praticien qui y trouvera la mise au point des principales méthodes cliniques et thérapeutiques obstétricales modernes.

Les sept chapitres qui composent la *Propédeutique obstétricale* sont consacrés à la fécondation, à l'utérus gravide, au développement de l'œuf, à l'examen clinique de la femme enceinte, à l'accouchement normal ou eutocie, aux différentes présentations, aux bassins viciés.

Dans la *Pratique obstétricale*, les différents chapitres sont groupés sous les titres suivants : Pathologie de la génération, Dystocie, Infections puerpérales maternelles, Pathologie du nouveau-né, Opérations obstétricales. Chacun de ces volumes est suivi d'une table alphabétique des matières très complète.

Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien, par G. LAURENS. Sixième édition, revue et augmentée. Un volume de 532 pages avec 587 figures, 42 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'accueil constant fait par les praticiens à ce livre est dû à une technique minutieusement décrite en tous ses détails, à une description clinique très claire des symptômes cardinaux des maladies les plus fréquentes, à une thérapeutique très simple, faite surtout de traitements classiques qui ont fait leurs preuves, enfin à une illustration riche en schémas, dessins et figures de toutes sortes. Cet ensemble est présenté par un chirurgien réputé connaissant à fond sa spécialité et par conséquent capable de distinguer ce qui en O. R. L. peut être et doit être fait par le praticien et ce qui d'autre part doit rester dans le domaine du spécialiste averti. Ainsi le médecin pourra établir le diagnostic des affections les plus usuelles, traiter utilement les plus simples, poser dans les cas graves l'indication conduisant à l'appel du chirurgien en temps utile.

Tous les chapitres de cette sixième édition ont été revisés et mis au point, certains ont été présentés sous une forme nouvelle, enfin des additions nombreuses ont été faites. De plus, beaucoup de chapitres de sémiologie ont été ajoutés. La surdité et le vertige ont fait l'objet d'un certain développement et la question de l'obstruction et des infections nasales a été longuement traitée. Une place a été réservée au diagnostic des ulcérations de l'amygdale et du pharynx, de la toux, de la dyspnée et de l'enrouement. La trachéo-bronchoscopie enfin a été exposée au point de vue des indications et des résultats.

Aristote, par W. D. ROSS. Préface de D. PARODI. Un volume in-8 de la *Bibliothèque Scientifique*, 30 francs. Payot, 106, bd St-Germain, Paris.

L'ouvrage de M. W. D. Ross sur *Aristote* a obtenu en Angleterre, lors de son apparition, le plus large succès dans le public lettré aussi bien que parmi les spécialistes. Déjà traduit en plusieurs langues, ce livre méritait, à plus d'un titre, d'être rendu accessible aux lecteurs français. Il n'existait pas dans notre langue d'exposé vraiment complet de la philosophie d'Aristote, et c'était là un homme d'autant plus regrettable que cette philosophie eut une influence profonde sur la formation de notre esprit et de notre civilisation. Nous devons en grande partie à la Logique aristotélicienne ces qualités de précision, de rigueur et de clarté qui assurèrent son rayonnement à notre pensée française. Notre politique s'est longtemps inspirée de la politique d'Aristote. Par la théologie scolastique une partie de l'armature métaphysique de l'aristotélisme s'est transmis à la philosophie cartésienne. Enfin, nous ne devons pas oublier que tels de nos grands naturalistes, un Buffon, un Linné, un Cuvier, ne furent d'abord, selon le mot de Darwin, que des élèves du vieil Aristote.

Faut-il ajouter que l'esprit scientifique et positif de la philosophie aristolinienne l'apparente singulièrement à notre pensée moderne ? Des disciples asservis à ses formules ou préoccupés de l'adapter à des dogmes surannés ont affaibli la puissance de vie et de progrès qu'elle portait en elle. Mieux comprise, elle peut encore, non seulement discipliner l'esprit mieux qu'aucune autre, mais orienter notre philosophie et notre science elle-même vers de nouvelles conquêtes.

Nul mieux que M. Ross n'était qualifié pour donner de cette philosophie une vue d'ensemble à la fois conforme à la vérité historique et suggestive pour un lecteur moderne. M. Ross est l'auteur d'une édition de la Métaphysique d'Aristote, qui fait autorité dans le monde savant. Il dirige depuis un certain nombre d'années une collection des œuvres d'Aristote traduites en anglais, cette traduction, la meilleure que nous ayons, a marqué, par ses qualités critiques, un sérieux progrès dans l'étude d'Aristote.

L'*Aristote* de M. Ross nous décrit l'effort de synthèse le plus puissant que nous offre l'histoire de la pensée. Il s'impose à l'attention de tout esprit cultivé.

Thèmes psychologiques. VII) Poésie. Prosodisme. Grammaire, par G. ESPÉ DE METZ (G. Saint-Paul), 1 vol. in-8°, 210 p. Prix : 20 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

G. Espé de Metz est un esprit puissant et plein de curiosité. La médecine ne lui suffit pas, ni la philosophie, ni la pathologie mentale. Il écrit des romans, et des vers : il a publié des pièces de théâtre qui n'ont pas été jouées mais qui ont été plagiées par des malins assez habiles pour obtenir, eux, les honneurs de la rampe.

Et avec sa misanthropie de façade, il a même imaginé ce *Lieu de Genève* qui est en train de faire son chemin dans l'opinion mondiale et qui vaudra un jour au médecin général Saint-Paul les mêmes honneurs qu'à Dunan.

C'est que G. Espé de Metz est avant tout un novateur ; il se plaît aux thèses audacieuses et quand on l'a lu il faut bien reconnaître qu'il a raison dans ses audaces : ses derniers *Thèmes psychologiques* en sont une nouvelle preuve. Ils ont trait à la poésie, au prosodisme et à la grammaire. Inutile de dire qu'ils ne peuvent se résumer. Il faut aller retrouver *in loco* les raisonnements, l'ironie, la verve malicieuse et le bon sens de l'auteur. Pour lui, il ne faut point confondre la poésie « art de percevoir des relations originales entre les choses », avec le prosodisme « art de faire les vers », ni avec la « charabiase », fort en vogue aujourd'hui, et qu'Espé de Metz n'hésite pas à mettre sur le même plan que les œuvres recueillies par les psychiatres dans les asiles d'aliénés.

Le chapitre *Truismes sur la grammaire* ne plaira point aux cuistre et l'un d'eux — il pourrait s'appeler Abel-Néant — en prend pour son grade. Espé de Metz est quelquefois, souvent même, un satiriste. Gardons notre approbation pour ceux qui osent dire la vérité et non point à ceux qui l'exploitent.

G.

Le thérapeute se présente le dernier et déclare : Le traitement médical doit garder la première place.

Mais le fait de traiter les tuberculeux médicalement sans connaître les processus naturels de guérison, c'est-à-dire sans savoir où on les mène, ou du moins où on les laisse aller, c'est faire deux choses aussi mauvaises l'une que l'autre. Dant le cas où les choses tournent bien on fait une thérapeutique d'illusion, qui est sur la frontière du charlatanisme. Dans le cas où les choses tournent mal on a compromis la vie du malade par omission.

Dans le traitement médical, c'est le séjour à l'attitude qui doit tenir la première place.

On peut constater qu'il n'existe pas de traitement spécifique. Il n'en existe pas, *sauf l'altitude*, dont on puisse dire qu'il agit... favorablement dans tous les cas.

Stephani rend à la cure d'altitude la place importante qu'elle occupait autrefois dans les indications médicales. Guilbert avait remarqué, pendant un séjour prolongé à La Paz (3.720 m.), l'absence de phtisie chez les indigènes, sa curabilité par un séjour prolongé et l'influence retardatrice du climat sur la marche de la maladie de ceux qui sont trop atteints pour guérir définitivement ; ces propriétés favorables étaient bien connues et les phtisiques riches se rendaient, pour faire leur cure, dans la première ville-sanatorium, vers la fin du siècle dernier.

L'altitude agit par la sécheresse et la luminosité de l'air, mais surtout par la désoxygénation barométrique, qui nécessite une adaptation spéciale de l'organisme.

La forme aiguë et légère de l'anoxémie s'observe dans les dénivellations importantes, accomplies sans fatigue, en chemin de fer par exemple ; P. Bert en cite un cas personnel, précisément dans les Andes. Elle se traduit par de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la dyspnée, des palpitations, des nausées, des vomissements et de la fatigue générale ; tous ces troubles disparaissent en vingt-quatre heures, à l'exception de la dyspnée et des palpitations qui augmentent au moindre effort ; au bout de quelques semaines l'équilibre s'établit ; il se produit une augmentation du nombre des globules rouges (hyperglobulie des altitudes), qui supplée à la diminution de tension de l'oxygène extérieur par l'augmentation de la surface d'absorption intérieure.

Les troubles anoxémiques sont à peine esquissés à l'altitude moyenne, dont l'efficacité reste cependant suffisante pour guérir 20 % des malades, à l'exclusion de tout autre traitement.

***

Telles sont les trois notions fondamentales (clinique, radiologique et thérapeutique) qui se dégagent du cours de Stephani à la Clinique médicale de l'hôpital cantonal de Genève ; elles sont trop souvent méconnues ou négligées pour qu'il devienne nécessaire d'insister sur leur importance. L'auteur a eu le grand mérite de le faire, ce qui ne l'a du reste pas empêché de développer longuement la classification des formes initiales et le principe de l'adaptation des méthodes thérapeutiques à ces différentes formes ; son excellente étude témoigne à la fois de la valeur des spécialistes suisses et de la qualité de l'enseignement genevois.

BIBLIOGRAPHIE

BERT P. — La dépression barométrique. Recherches de physiologie expérimentale. Paris, 1878.

BREUER MILES J. — Pulmonary tuberculosis without lung symptoms. *Nebraska state medical journal*, mars 1931.

BREUER MILES J. — Thoughts on the early cases of tuberculosis. *American review of tuberculosis*, janvier 1930.

GUILBERT. — De la phtisie pulmonaire dans ses rapports avec l'altitude et avec les races au Pérou et en Bolivie. Du soroche ou mal des montagnes. Thèse Paris 1862.

STEPHANI J. et MARCHAL M. — Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début. Maloine, Paris 1932.

STEPHANI J. — Etude clinique et radiographique des formes de la tuberculose pulmonaire. Thérapeutique adaptée aux différentes formes. Legrand, Paris 1935.

ACTUALITÉS

Actualité médico-psychologique

Par Jacques ROUBINOVITCH

I. Hallucinations visuelles et lésions pédonculaires

Sur l'origine et le mécanisme des *hallucinations visuelles au cours des syndromes pédonculaires*, le Docteur Jean Lhermitte publie un travail fort intéressant dans le fascicule de novembre dernier des *Ann. méd. Pych.* Parmi les observations cliniques destinées à illustrer cette étude, il y a celle d'une dame agée de 72, ans atteinte brusquement, au cours d'une promenade, d'un syndrome pédonculaire ainsi caractérisé : vertige intense, strabisme convergent de l'œil gauche, léger tremblement intentionnel du bras, ptosis complet de la paupière gauche, légère déviation de la face à gauche, hypotonie, signe de Babinski à droite. A part un très léger affaiblissement de la mémoire, les fonctions psychiques demeuraient intactes. Puis, environ quatre semaines après le début de ce syndrome, la malade déclare qu'à sa grande suprise elle voit apparaître le soir, à la tombée du jour, des chats, des poules d'aspect bizarre, aux prunelles dilatées et singulièrement brillantes, comme magnétiques. Elle parvenait même, dit-elle, à mettre ses mains sur ces bêtes, mais aussitôt qu'elle les touchait, les animaux filaient par un trou du parquet. Très étonnée par ces apparitions, la malade demeurait, cependant, persuadée qu'elle n'était qu'un jouet d'illusions.

Or, à cette époque, son sommeil était très troublé : nul, la nuit ; très léger, le jour. Les hallucinations changèrent bientôt d'aspect : au lieu d'animaux, c'étaient des êtres humains, des enfants, drôlement vêtus, mais d'une vision si nette qu'on pouvait s'y tromper. Toutefois, la malade ne manqua pas de faire la critique de ses troubles sensoriels et, au fur et à mesure que le syndrome neurologique se dissipait, l'hallucinose décrut et disparut finalement.

Dans une autre observation, analogue au point de vue neurologique (formation brusque d'un foyer destructif d'origine vasculaire, siégeant dans la calotte du pédoncule cérébral), l'état onirique de la malade ne lui permettait pas, comme dans le premier cas, un contrôle aussi exact de ses fausses perceptions.

Mais chez les deux sujets, les hallucinations visuelles se développèrent d'une façon exactement parallèle au syndrome neurologique et, quand ce dernier disparut, les hallucinations s'évanouirent à leur tour.

Après avoir démontré ainsi l'existence possible d'hallucinations visuelles consécutivement à des lésions malaciques et hémorragiques des pédoncules cérébraux, M. Lhermitte cite des cas dans lesquels il a observé des hallucinations pédonculaires à la suite des polio-encéphalites, ou bien dans lesquels l'hallucinose était due à une atteinte élective du pédoncule par des intoxications, comme l'intoxication barbiturique, par exemple.

Tous ces faits montrent que des lésions d'ordres différents mais portant sur la même région du tronc cérébral, peuvent s'exprimer dans ces cas par une double série de symptômes, les uns d'ordre neurologique, les autres d'ordre psychique, notamment les hallucinations visuelles à caractère onirique. Le désordre psycho-sensoriel hallucinatoire s'y développe parrallèlement aux troubles nerveux. Quand ces derniers s'atténuent, les autres s'estompent et quand le syndrome neurologique disparaît, les hal-

lucinations visuelles s'effacent. Dans ces conditions, il apparaît que l'association des phénomènes hallucinatoires et des lésions pédonculaires répond à un ordre de faits particulier dont le fondement se trouve, d'après les faits cités, dans les données de la pathologie. On sait, d'autre part, que des recherches expérimentales et anatomo-cliniques récentes ont démontré l'existence dans le diancéphale médian et dans la calotte pédonculaire d'une région répondant au point sensible du dispositif régulateur du sommeil et de la veille, chez l'homme et chez les animaux. La lésion de ce dispositif détermine soit de l'insomnie, soit au contraire, de l'hypersomnie. Quant à l'état d'hallucinose visuelle au cours des syndromes pédonculaires, il serait, d'après M. Lhermitte, la traduction d'une dissociation de la fonction hypnique, mais d'un ordre spécial. Les hallucinés de la vue dont il a été parlé plus haut seraient des « dormeurs éveillés », des malades dont l'altération cérébrale a déterminé la libération de l'activité onirique, tandis qu'elle laissait intactes, ou presque, les fonctions de conscience.

On saisit ainsi le double intérêt présenté par ces hallucinoses pédonculaires : intérêt *clinique*, parce qu'il peut facilement être reconnu et, une fois dépisté, conduire à une recherche plus détaillée des troubles d'ordre neurologique; intétêt *physio-pathologique*, parce qu'il permet d'entrevoir, à l'aide de faits précis, anatomiques et expérimentaux, l'origine, la naissance de certaines hallucinations ; il permet, en outre, de rattacher ces dernières à une activité onirique libérée par la lésion du centre régulateur du sommeil et du rêve...

Les recherches de cet *ordre* rendent ainsi à la pathologie mentale proprement dite un service important : elles permettent d'insérer les perturbations de l'esprit dans le cadre physiopathologique.

II. Le relèvement des enfants anormaux

Dans un des récents *Bulletins de la Société Alfred Binet* (1) MM. Raynier et Martimor s'occupent du problème de l'assistance aux jeunes déficients : intellectuels, moraux ou antisociaux. Ils rappellent les résultats de la statistique d'écoliers anormaux faite en 1927 : sur 46.000 déficients, 35.000 furent reconnus comme perfectibles. Et sur ce nombre, 2.000 seulement recevaient l'éducation appropriée à leur niveau psychique. Les communes, les départements invoquent l'absence de ressources pour expliquer la non-application de la loi du 15 avril 1909 sur la création des classes et d'écoles autonomes de perfectionnement.

Les auteurs préconisent l'organisation, entre autres services, d'internats annexés à des établissements départementaux d'aliénés. Cette dernière solution soulève de la part des familles et des éducateurs d'anormaux de nombreuses objections faciles à deviner. Mais pour les auteurs il n'y aurait à ce système d'assistance que des avantages : l'installation pourrait se réaliser très rapidement d'une façon économique et le fonctionnement médical se ferait en quelque sorte, immédiatement.

Solutions, évidemment, fragmentaires, pouvant convenir à des catégories spéciales de déficients psychiques, pas à tous. Parallèlement, il est à souhaiter que la loi sur l'éducation des arriérés perfectibles devienne rapidement *obligatoire*.

III. L'Hygiène mentale et l'Armée

La derrière guerre a démontré l'importance du problème de l'éclosion de troubles mentaux, avérés ou latents, au cours des opérations militaires des belligérants.

Un médecin de l'armée polonaise, M. Jean Nelken vient de publier un important travail d'ensemble sur l'hygiène mentale des combattants. Il est d'avis d'éliminer tous les psychopathes du milieu militaire et cela, dès la période de paix. Il estime que l'incorporation d'individus atteints d'affections mentales n'aboutit qu'à l'augmentation de la criminalité dans l'armée. Il faut préserver celle-ci de tous les sujets qui, dans la lutte contre l'ennemi, ne présentent aucune valeur mentale. M. Nelken se dit l'adversaire de la thèse qui considère la guerre comme un moyen eugénique. Il envisage l'éventualité d'une nouvelle guerre dans laquelle la lutte sera, évidemment, active, principalement, dans deux domaines, dans l'aviation et dans la chimie. Les belligérants devront pouvoir s'adapter mentalement à ces conditions nouvelles et graves de lutte.

Il sera nécessaire d'éloigner des centres de combat tous les psychopathes capables de provoquer des mouvements de panique et de troubler l'ordre et la discipline dans l'armée. En ce qui concerne la guerre chimique, il sera indispensable de pourvoir les centres de traitement du front et de l'arrière non seulement de médecins ordinaires, mais de psychiatres spécialisés.

(1) *Bul.* de Février-Mars 1934.

IV. La psychopathologie des objecteurs de conscience

D'après le *Schulthess*, de la Clinique Phychiatrique de Zurich (1), *trente* objecteurs de conscience *sur trente et un* furent reconnus mentalement anormaux. Ces chiffres ont, toutefois, besoin de cette remarque corrective : seuls les objecteurs dont l'état mental apparaît aux juges militaires comme pathologique, sont soumis à un examen spécial... Les trente objecteurs mentalement morbides se répartissent ainsi au point de vue de diagnostics : imbécillité : un ; débilité mentale congénitale : trois ; schizoïdes : neuf ; démence précoce : seize ; paralysie générale : un.

Parmi ces malades, seize ont invoqué des mobiles d'ordre religieux ; trois, d'ordre politique ou moral transcendant ; les autres (déments précoces, paralytiques généraux ou imbéciles) se sont montrés complètement incohérents dans leur argumentation d'objecteurs de conscience.

L'autorité militaire suisse, ayant adopté les diagnostics psychiatriques, a prononcé la réforme de tous ces objecteurs malades.

V. Réflexions sur la Psychothérapie

Nos confrères américains se sont occupés de ce problème à la dernière réunion annuelle de l'« American Psychiatric Association », à Boston, en mai-juin 1933.

M. Richard H. Hutching a essayé de déterminer dans quelles conditions on peut obtenir de bons résultats psychothérapiques dans un hôpital spécialement consacré au traitement des affections mentales.

Pour lui, les cas les plus favorables sont les états psychopathiques frustes, les stades de convalescence, les périodes tout à fait initiales de schizoïdies ou de démence précoce.

Encore faut-il que l'hôpital soit organisé d'une certaine manière, qu'il soit muni d'un personnel d'assistance sociale, que les locaux soient confortablement installés, que le contact avec d'autres malades soit sérieusement sélectionné, que l'interrogatoire du médecin, sa conversation soient rigoureusement adaptés et que chaque malade puisse se livrer journellement à des occupations et à des distractions d'après un programme et un horaire bien établis. — Comme l'a dit, à cette même réunion américaine, M. Leland-E. Hinsse, il s'agit d'imposer au psychopathe une façon de sentir et de juger en pratiquant une sorte de transfert de sa mentalité dans un milieu nouveau, celui de l'ambiance hospitalière.

L'idéal pour un hôpital serait, d'après un autre aliéniste, M. Roscol W. Hall, de posséder, dans chaque établissement, une section psychothérapique spéciale avec son personnel d'assistants sociaux et de médecins, et cela dans un cadre approprié. Mais, a fait remarquer M. L. Lewis B. Hill, des obstacles importants empêcheront encore longtemps l'organisation rationnelle de la psychothérapie.

Les difficultés de son application proviennent, pense-t-il,

(1) P. Schulthess. — Uber Militärdienstverwergerung ans Krautrhafter Ursache. *Archives Suisses de Neurolagie et de Psychiatrie*, t. 33, 1er fasc., 1934.

de nombreuses erreurs de notre éducation médicale. On initie l'étudiant, avant tout, à la clinique. Or, la tendance, si féconde en soi, de l'union entre la clinique médicale générale, la biologie et la neuro-psychiatrie, conduit l'immense majorité des médecins à ne considérer dans les maladies que le point de vue organique, à y subordonner l'action thérapeutique, sans tenir le moindre compte de l'élément psychologique... On crée ainsi des praticiens foncièrement sceptiques en matière psychothérapique, ce qui est, évidemment, regrettable aussi bien pour eux que pour leurs patients.

VI. La défense sociale à l'égard des anormaux en Belgique

Depuis le 1er janvier 1931, en Belgique, est entré en vigueur, la loi du 9 avril 1930, qui vise la défense sociale à l'égard des anormaux et des récidivistes.

Nous avons sous les yeux un exposé de M. Louis Vervaeck, directeur général du service d'anthropologie pénitentiaire belge, qui examine les conditions dans lesquelles la loi a pu être exécutée et les quelques résultats auxquels on a pu arriver après deux années de son application (1). Ces deux premières années d'expérience ont permis d'aménager plusieurs établissements de façon à pouvoir y réaliser un régime à la fois éducatif et médical en faveur des délinquants anormaux.

Au cours de la première année, on a ainsi interné dans ces asiles médico-pénitentiaires, 669 individus. Le nombre de femmes n'a été que de 13 %, c'est-à dire, 87. La durée du séjour dans ces maisons est fixée par une Commission dite de « défense sociale », organisme nouvellement créé par la loi belge du 9 avril 1930 et qui fonctionne régulièrement près de neuf tribunaux du pays. Cette Commission est composée de trois membres : d'un neuro-psychiâtre, d'un magistrat et d'un avocat. Les délibérations de la Commission ont lieu en présence du représentant du parquet et des délégués des œuvres de patronage et de reclassement social des condamnés. Les assistants aux débats peuvent intervenir dans la discussion, mais sans droit de vote. Dans l'immense majorité des cas, la durée assignée par la Commission à l'internement a été de cinq ans, mais cette durée peut être réduite ou renouvelée selon l'état mental des sujets détenus.

Les neuf Commissions belges de défense sociale ont tenu, en deux ans, 322 séances. Elles ont prononcé 798 internements d'anormaux. Elles ont proposé 33 prorogations d'internements sur lesquelles 11 ont été refusées par les Tribunaux compétents; elles ont envisagé la libération *à l'essai* de 396 inculpés dont 38 femmes, mais les Tribunaux ne l'ont ratifiée que pour 231 anormaux dont 26 femmes.

Les libérés conditionnels sont soumis par la loi à un contrôle psychiatrique régulier exercé par des dispensaires officiels d'hygiène et de prophylaxie mentale. Ce n'est qu'après une épreuve suffisamment prolongée que la libération est rendue définitive. En deux ans, on n'a eu à prononcer que sept libérations de ce genre, ce qui démontre la manière très sérieuse dont usent les contrôleurs psychiatriques des dispensaires... En effet, sur 231 libérations à l'essai, 37 furent révoquées. Les motifs de ces révocations furent : la récidive délictueuse; la non-présentation au contrôle psychiatrique et à la tutelle sociale ; l'inconduite ; l'intempérance éthylique ; l'abandon de la résidence imposée. C'est l'intempérance qui a été la cause la plus fréquente du réinternement, 14 fois sur 37.

L'expérience de la Belgique est concluante : elle démontre qu'on peut réaliser la défense de la société contre la criminalité des anormaux en soumettant ces derniers à une rééducation et à une thérapeutique appropriées pendant un temps nécessaire, déterminé cliniquement pour chaque cas particulier...

(1) Louis Vervaeck. — *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, nos 3 et 4 de 1933.

Pourquoi ce qui est réalisé chez notre voisine ne serait-il pas réalisable chez nous ?

On y arriverait progressivement en commençant par les délinquants infantiles et juvéniles, anormaux psychiatriques dans la proportion de 70 à 80 pour cent.

VII. La mélancolie et l'hématoporphyrine

L'arsenal thérapeutique de la pathologie mentale vient de s'enrichir d'un nouveau produit : *l'hématoporphyrine*, auquel M. Jean Vinchon consacre une étude spéciale (1).

Signalé par le chimiste Schumm, de Hambourg, appliqué au traitement des états dépressifs par de nombreux psychiatres allemands et italiens, ce produit est un dérivé de l'hémoglobine dont l'hématine traitée par l'acide chlorhydrique abandonne son fer et donne l'hématoporphyrine.

En février 1933, en collaboration avec Pierre Bourgeois, l'auteur a présenté déjà à la *Société de thérapeutique* une communication dont les conclusions sont confirmées par l'étude actuelle.

Il en résulte que l'hématoporphyrine agit utilement dans les diverses formes de mélancolie : simple, anxieuse, stuporeuse, délirante même, à la condition, toutefois, que cette dernière se limite aux réactions directes du psychisme au déséquilibre neuro-végétatif. Les autres formes délirantes, riches en idées d'auto-accusation, de damnation, etc., les variétés maniaques dépressives accompagnées d'une lésion organique du système nerveux, ne bénificient pas de l'effet thérapeutique, en constituant des « obstacles au traitement. De même, la mélancolie coexistant avec la psychasthénie, apparaît comme une contre-indication.

Dans certains cas, cependant, on peut observer la disparition de la mélancolie avec persistance de la psychasthénie seule, résultat partiel, mais non négligeable. La posologie est celle fixée dès le début par Huhnerfeld : tous les deux jours injection d'un ou deux centimètres cubes de la solution à 0.2 % ; en tout, dix injections après lesquelles on accorde dix jours de repos. Il importe de s'assurer au préalable de l'intégrité du foie et du rein.

L'action du produit apparaît double : tonique, générale et sédative sur le vague. Quant au mécanisme intime de cette action, il est encore mal connu ; l'auteur estime, toutefois, que la suggestion n'y entre pas en jeu et que la méthode d'Huhnerfeld a de l'avenir en psychiatrie.

(1) Voir *Le Monde Médical*, numéro du 15 novembre 1934.

« Si les mœurs ne changent pas, si l'égoïsme avec besoin de luxe et de jouissance continue à sévir contre l'intérêt bien compris de la collectivité, si l'État ne réagit pas énergiquement et reste sourd aux appels des natalistes qui signalent le danger, c'est la disparition à coup sûr de la France, d'ici cinquante ans, du rang de grande nation. Un pays, comme une civilisation, n'est pas forcé de disparaître, les civilisations chinoise et égyptienne ont duré des milliers d'années. Mais pour éviter la décadence il faut une méthode voulue et ordonnée, l'union sacrée de toutes les volontés agissant par la foi, par un idéal, par l'éducation morale des jeunes gens qui peuvent être maîtres de l'avenir et aussi, comme chez nos voisins, une action sociale et législative efficace pour lutter contre les excès de l'individualisme. » (L. Devraigne. — *Académie de médecine*, 4 déc. 1934.)

C'est une absurdité de voir dans une propagande sportive excessive, un moyen d'améliorer la race : le Grand Ramon y Cajal qui vient de mourir à 82 ans raconte qu'il eut la passion des sports avant d'entrer à l'Université : « je fus champion de « gymnastique et, à mesure que mes capacités physiques aug- « mentaient, mon intelligence diminuait ; heureusement, des « menaces de tuberculose pulmonaire m'obligèrent à renoncer « à conquérir des succès physiques...

Ramon y Cajal, grâce à l'abandon de son entraînement physique, vivra plus longtemps dans la mémoire des hommes que M. Rigoulot, champion de l'arraché du droit. » (Briau. — Esthétique et sports. *Le Mouvement sanitaire*, déc. 1934.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'association de la tuberculose pulmonaire et du paludisme est toujours une association grave même quand la tuberculose pulmonaire semble torpide : les formes d'aspect torpide en effet n'évoluent pas toujours vers la fibrose et restent sous la menace d'une poussée évolutive grave. C'est la raison pour laquelle on ne saurait faire de la malariathérapie, un traitement de la tuberculose pulmonaire.

Parmi les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire chez les paludéens chroniques, il faut savoir reconnaître les formes ulcéro-caséeuses qui évoluent sournoisement comme chez les diabétiques, les formes fibreuses qui évoluent lentement, les lobites qui peuvent donner le change avec le pneumo-paludisme.

Parmi les formes de tuberculose pulmonaire qu'on observe après impaludation naturelle ou artificielle, il faut faire une place importante aux formes aiguës, granuliques ou broncho-pneumoniques ; mais il faut savoir aussi que la tuberculose pulmonaire ne reçoit pas toujours un coup de fouet, qu'elle peut rester stationnaire, ou même sembler s'améliorer.

La torpidité de certaines formes lentes de tuberculose pulmonaire, l'absence d'évolution grave après impaludation naturelle ou artificielle, peuvent dépendre en partie d'un traitement bien dirigé. Dans la tuberculose des paludéens chroniques il faut surtout traiter la tuberculose et continuer à doses modérées le traitement antimalarique. Dans les tuberculoses pulmonaires qui se compliquent de paludisme aigu, il faut surtout traiter énergiquement et intensivement le paludisme de première invasion ; et dans ces cas l'association adrénaline-quinine nous a paru donner les résultats les meilleurs.

(Ed. Benhamou et R. Abecassis. Les aspects cliniques et thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire chez les paludéens. *La Presse Médicale*, 22 décembre 1934.)

Une dépilation axillaire a été observée dans un certain nombre de cas de cirrhoses hépatiques par M. André Jacob. « En examinant les malades nous avions été frappé de constater que leurs aisselles étaient glabres ; ils avaient perdu leurs poils, sans du reste s'en être rendu compte. Les autres régions pileuses avaient été beaucoup moins touchées, le contraste se montrait très net. Cette particularité n'a fait défaut dans aucune de nos observations. »

L'exemple suivant montre que la dépilation axillaire des cirrhoses, à côté d'un intérêt purement spéculatif, peut avoir une valeur pratique.

Chez une malade ascitique de 63 ans, l'abdomen fortement distendu empêchait toute exploration locale valable. Les anamnestiques demeuraient imprécis ; les symptômes fonctionnels n'étaient pas caractéristiques : l'évolution ne permettait pas de conclure.

L'idée de cirrhose était de celles qui devaient se discuter : la conservation du système pileux dans les aisselles empêcha l'orientation dans ce sens. Bientôt un néoplasme du foie s'imposa sans conteste.

Sans aucun doute, la dépilation axillaire traduit un trouble rentrant dans la catégorie de ceux auxquels on a coutume de reconnaître une origine endocrinienne. Deux arguments le démontrent sans conteste : ce symptôme se rencontre dans certaines déficiences glandulaires, dans les déficiences thyroïdiennes notamment ; d'autre part, les lésions du foie sont génératrices de signes, telle la pigmentation, qu'on observe au cours d'altérations spécifiquement endocriniennes.

(André Jacob, de Strasbourg. Dépilation axillaire au cours des cirrhoses hépatiques. *La Presse Médicale*, 22 décembre 1934.)

Un cas de gynécomastie associé à une cirrhose hépatique a été observé à la Clinique médicale de l'Université de Rio-de-Janeiro. En 1904, Silvestrini publia la première observation de coexistence de la cirrhose hépatique et de la gynécomastie ; il en a publié de nouveaux cas en 1923 et en 1926. D'autres auteurs ont rapporté des observations analogues.

Dans le cas rapporté, l'examen anatomo-pathologique a montré que la gynécomastie était vraie ; il existait, en outre, une cirrhose atrophique du foie et des lésions testiculaires, hypophysaires et thyroïdiennes.

A noter l'importance du facteur constitutionnel et endocrinien dans la production simultanée de la cirrhose hépatique et de la gynécomastie.

(L. Capriglione, W. Berardinelli et F. da Costa Cruz. Cirrhose hépatique et gynécomastie. *La Presse Médicale*, 12 septembre 1934.)

La question de la syphilis féminine est certainement un des points les plus intéressants du terrain syphilitique et de ce côté pourraient être entreprises des recherches fructueuses. Il est incontestable que chez la femme, la syphilis est d'une manière générale, beaucoup moins grave que chez l'homme. Il est d'observation courante de voir des femmes mal soignées ou à peine soignées évoluer dans leur syphilis sans aucun accident, alors que le donneur en est affecté à tout moment. Il est notoire que le tabes et la paralysie générale sont d'une très grande rareté chez la femme. Même chose pour la syphilis linguale ou jugale, pour la leucoplasie, qu'on n'observe pour ainsi dire jamais dans la bouche d'une femme, et comme corollaire, jamais de cancer de la langue. L'immunité de cet organe est incontestable, et elle est difficile à expliquer. Enfin il est usuel de voir dans les ménages des femmes contaminées d'une manière occulte par leur mari, ne jamais présenter personnellement aucun accident syphilitique, alors cependant que la maladie est chez elle certaine, comme le montrent les fausses-couches répétées ou les tares de la descendance.

Est-ce l'ovaire qui protège la femme ? Cela est possible, quoique non démontré. Est-ce la grossesse ? Cela est possible également, car nous savons combien beaucoup de femmes, au cours de leur grossesse, se portent beaucoup mieux du fait de l'existence du fœtus qui déverse chez elles, par l'intermédiaire du placenta, une série de produits hormonaux dont elles bénéficient. C'est ainsi qu'on voit le diabète disparaître chez la femme pendant la grossesse pour reparaître ensuite après celle-ci.

(G. Milian. Le terrain syphilitique. *Le Mouvement sanitaire*, novembre 1934.)

Traumatismes craniens

L'examen clinique de tout traumatisme cranien récent doit comporter l'enregistrement quotidien de la tension artérielle. — L'absence d'hypertension artérielle exclut la constitution d'un blocage des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

La conservation d'une tension artérielle normale n'implique pas la bénignité du pronostic. Celui-ci reste fonction des signes cliniques et de leur évolution, ainsi que des variations de la pression liquidienne. Cependant, dans le cas d'une pression liquidienne basse ou bien d'une pression stable coïncidant avec une aggravation du syndrome clinique, l'hypothèse de blocage pourra être écartée si la pression artérielle reste à son niveau initial.

L'élévation de la pression artérielle, surtout si elle est rapide et si elle atteint des chiffres élevés, associée à une pression liquidienne basse et non ascendante, traduit au contraire la constitution d'un blocage.

Au cas où par une ponction lombaire prudente, comportant la soustraction goutte à goutte du liquide, le niveau de la tension artérielle est abaissé, le diagnostic de blocage « relatif » sera posé ; si, dans les mêmes conditions la tension artérielle conserve sa valeur, le blocage est complet et réel.

Sur ces bases, il semble que la thérapeutique puisse prétendre à des actes plus précis et plus réfléchis.

L'expérience enseignera la portée de ces suggestions.

(Pierre Wertheimer et Ph. Frieh de Lyon. La valeur sémiologique de l'hypertension artérielle dans les traumatismes craniens. *La Presse Médicale*, 19 janvier 1935.)

Intoxications

Une intoxication aiguë déterminée par du mercure ou de l'arsenic peut être reconnue rapidement et facilement par le procédé suivant, à la portée de tout praticien.

Le seul réactif qui est nécessaire à cette recherche est *l'acide chlorhydrique dilué* (à 10 p. 100). Voici comment on l'utilisera au cours d'une telle investigation.

On prend d'abord deux pièces de monnaie en cuivre jaune de 50 centimes que l'on décrasse au préalable à l'alcool ou

à l'éther, et qu'on décape ensuite en les plongeant pour une à deux minutes dans quelques centimètres cubes de l'acide chlorhydrique précité. Pendant ce temps on prélève environ 20 grammes de vomissements ou de selles suspects, qu'on dilue dans une capsule en porcelaine ou dans un godet (becher) avec autant (20 centimètres cubes) du même acide chlorhydrique. Dans ce mélange on introduit maintenant l'une des deux pièces de 50 centimes — la restante servira de test de comparaison — et l'on porte le tout à l'ébullition ; celle-ci sera maintenue pendant trois minutes. Cela fait, on dilue le contenu de la capsule avec beaucoup d'eau du robinet, on lave et examine la pièce. S'il n'y a rien, celle-ci n'aura pas changé d'aspect. Tandis que, en cas d'une quantité de mercure ou d'arsenic suffisante dans les portions des matières prelevées, la dite monnaie présentera le changement suivant.

Elle sera *blanchâtre* ou *argentée* s'il y avait seulement cinq milligrammes de mercure (calculé en sublimé), ou *noirâtre* en cas de présence d'un seul milligramme d'arsenic (As^2O^3).

Il importe de signaler que d'autres corps que les deux précités peuvent engendrer des réactions analogues. Tels sont le nitrate d'argent, le tartre stibié et le sous-nitrate de bismuth. Le premier enduit la dite monnaie d'un miroir *très stable* (inverse avec mercure) : le second produit une coloration *noirâtre* avec *fort reflet violacé*, et le troisième un *noircissement* de la surface métallique. Il en est de même de l'hyposulfite de soude qui engendre une réaction analogue. Mais comme les empoisonnements par ces divers médicaments sont *extrêmement rares*, le médecin praticien n'en tiendra compte qu'exceptionnellement.

(C. Strzyzowski. Sur une méthode permettant de reconnaître rapidement et facilement une intoxication aiguë déterminée par du mercure ou de l'arsenic. *Paris Médical*, 17 novembre 1934.)

Le remplacement dans la loi du 1er janvier 1931 sur les maladies professionnelles des mots benzine et benzinisme, par benzol, benzène et benzolisme, est à souhaiter. Malgré les précisions apportées par plusieurs auteurs devant la Société de médecine légale, la confusion subsiste dans l'emploi des termes benzol, benzine, benzène et les intoxications correspondantes : benzolisme, benzinisme, benzénisme. L'équivoque provient de ce que dans dix-huit pays, surtout les pays de langue allemande, benzine est synonyme d'essence de pétrole, tandis qu'inversement, dans la nomenclature internationale de 1892, la benzine correspond au benzène.

Il en résulte que, pour certains auteurs le benzinisme est l'intoxication par les vapeurs d'essence de pétrole alors que la même expression est utilisée dans le texte de la loi du 1er janvier 1931 pour désigner les accidents imputables aux produits de la série C^6H^6, c'est-à-dire au benzol et au benzène.

De même, on parle couramment dans les publications de benzine cristallisable ; ce qui entraîne les protestations de certains parce qu'ils songent à l'essence de pétrole qui ne saurait être cristallisée alors que l'expression benzène cristallisable mettrait tout le monde d'accord.

Ce serait une erreur de penser que ces considérations sont uniquement du domaine théorique, spéculatif, sans aucune portée pratique. Ainsi la grave intoxication collective de 1932 qui a atteint quarante-quatre personnes occupées dans une fabrique de chaussures du Bas-Rhin, et a entraîné la mort de huit d'entre elles, provient de la fausse interprétation d'une commande de «benzine», alias essence de pétrole, et de la livraison de benzine, alias benzène.

Une discrimination exacte entre ces divers produits est indispensable aussi bien aux médecins qui cherchent à départager les effets toxiques de ces corps, qu'aux experts qui sont chargés d'appliquer une loi dont la terminologie prête à confusion.

Les relations d'accidents survenus à la suite de l'inhalation d'essence de pétrole sont peu fréquentes. La toxicité propre de ce produit est pourtant incontestable et ses effets toxiques commencent à être connus. Aussi, le pétrolisme au même titre que le benzolisme et le benzinisme, doit prendre place dans la loi qui garantit les travailleurs contre les accidents et les maladies professionnelles.

(G. Simonin. Considérations toxicologiques et médico-légales sur le benzolisme et le pétrolisme professionnels. *Paris Médical*, 17 novembre 1934.)

Radiologie

La radiographie simple du crâne est une nécessité pour poser le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse ou de la région hypophysaire. Dans bien des cas elle montrera des lésions grossières d'interprétation facile. Dans d'autres cas au contraire, bien plus fréquents, les lésions seront minimes, discrètes, mais même dans ces cas, si la radiographie est correctement interprétée dans le cadre clinique, elle constitue un appoint important pour le diagnostic. Ces lésions turciques sont plus fréquentes et plus fréquemment caractérisées dans les tumeurs hypophysaires que dans les tumeurs juxtasellaires : dans ces dernières la ventriculographie pré-opératoire sera souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic.

(P. Puech et L. Stuhl. Contribution à l'étude radiologique des tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire. *La Presse Médicale*, 17 nov. 1934.)

Education physique

Le jeu, bien compris, peut jouer un rôle intéressant dans la thérapeutique de l'indolence de la pensée et du déséquilibre du caractère, comme le montre l'expérience rapportée par M. le Professeur Latarjet. «Dans une école populaire de filles de Lyon, nous avons choisi les trente enfants les plus malingres, les plus paresseux, les plus inattentifs, bref, ce que l'on pourrait appeler le déchet des mauvais élèves. Ces enfants, placés sous la direction d'une maîtresse intelligente et compétente en éducation physique, ont suivi le régime suivant : au lieu de six heures de classe, quatre heures, mais quatre heures bien utilisées, pendant lesquelles on fait appel à l'observation directe et à la réflexion pendant lesquelles on exige l'acquisition d'un tout petit nombre de connaissances, mais une acquisition solide et portant sur des connaissances utiles, pendant lesquelles enfin, on a soin de ne pas fatiguer l'attention de l'enfant par un effort prolongé (toutes les trente à trente cinq minutes, un petit repos est accordé à l'enfant). *Les deux heures de travail de classe supprimées sont remplacées par deux heures de jeux et d'éducation physique réparties dans la journée.*

Cette expérience est entrée dans sa troisième année ; les résultats ont été constants ; les enfants ont regagné et même parfois dépassé en quelques mois le *poids* et la *taille* des enfants bien portants, de même âge, des autres classes. La capacité pulmonaire a été augmentée. Ces enfants, jadis absents par maladie, devenus bien portants, font preuve d'une assiduité telle qu'avec quatre heures d'études par jour, ils totalisent un nombre d'heures de présence à l'école, consacrées à l'enseignement intellectuel, bien supérieur à celui des autres classes soumises aux six heures de classe.

Aussi, bien que rien n'ait été changé au régime de ces enfants qui vivent chez leurs parents et qu'aucune alimentation particulière ne leur ait été donnée, l'amélioration physique a été surprenante en quelques mois, et s'est maintenue ; la croissance est devenue normale. Enfin, les résultats intellectuels ont dépassé tout espérance ; depuis bientôt deux ans, ces enfants *dont il n'y avait rien à faire*, *sont en tête dans toutes les compositions qu'ils traitent en commun avec les autres élèves de la classe parallèle*, et dont les sujets sont choisis par la directrice et les autres institutrices.

Si je rapporte cette expérience, c'est pour indiquer le rôle que l'exercice musculaire a joué dans le relèvement de ces malingres paresseux. Nous avons fait confiance comme thérapeutique à l'exercice musculaire seul. La mise en train de la journée, après nettoyage des mains, brossage des dents, consiste en une demi-heure de leçon d'éducation physique et de jeux surveillés, puis en des séances de travail que termine, avant le déjeuner une récréation organisée, mais amusante, qui, n'est pas considérée comme du temps perdu. Même régime l'après-midi, sauf que nous plaçons bien entendu l'exercice musculaire en fin de journée, loin des repas.

Grâce à ce régime, les enfants turbulents, indisciplinés, ont trouvé dans l'exercice la dépense d'une activité dont ils ne pouvaient se libérer auparavant. Ils se sont assagis, en déchargeant si j'ose dire, les accumulateurs d'une hypotonicité musculaire.

D'autre part, la pensée des élèves indolents s'est réveillée sous l'action d'un convoi d'oxygène augmenté par une circulation activée. L'amélioration des phénomènes d'oxydation n'est peut-être pas la seule cause qui soit capable d'expliquer tous ces bénéfices. Il faut faire jouer un rôle aux réflexes dont l'appareil musculaire en action est l'origine. Ceux-ci sont un appel fonctionnel dirigé sur l'appareil neuro-végétatif et par celui-ci sur l'organisme entier. Son appel aussi sur l'appareil nerveux de relation explique comment le muscle, par des mécanismes multiples, peut être en liaison avec l'activité intellectuelle et les réactions émotionnelles.

(Professeur Latarjet. L'éducation physique. Son rôle dans la formation de l'individu et de la race. *Le Mouvement Sanitaire*, novembre 1934.)

Varia

Si nos renseignements sont précis (et la source à laquelle nous les avons puisés nous permet de leur ajouter foi), nous pouvons écrire qu'à la Faculté de Paris les examens sont devenus assez difficiles et que le pourcentage des candidats reçus est devenu beaucoup plus faible depuis quelques années.

(J. Crinon *L'Information Médical.*)

***

Je relève dans un journal de la Boulangerie, de septembre dernier, sous le titre «Sur la qualite du pain», un renseignement intéressant. «La qualité moyenne du pain dans les restaurants, y écrit l'auteur, est de beaucoup inférieure à la qualité du pain mangé chez les particuliers. Si l'on veut bien enquêter sur le prix du pain, on découvrirait sans peine que si le pain est mauvais dans trop de restaurants, c'est parce que ces messieurs (les restaurateurs), sous prétexte de fourniture font marcher le boulanger, achètent le pain un, deux ou trois sous de moins que le prix courant. Mais le boulanger se rattrape sur la qualité. Le volé se trouve être le consommateur, tandis que le cultivateur devient le dindon de l'affaire, parce qu'il vend moins de blé». Il a toujours été vrai, il est encore plus vrai aujourd'hui que jamais, que le boulanger ne peut céder son pain au-dessous du prix courant qu'en truquant sur la qualité».

(Camille Deletang. L'organisation rationnelle de la fabrication du pain. *L'Hygiène Sociale*, 10 novembre 1934.)

***

N'ai-je pas dit un jour : «Le lait tout-venant n'est, à proprement parler, qu'une dilution étendue de bouse de vache....

Puisque les Pouvoirs publics ne veulent pas s'émouvoir et agir, puisque le consommateur ne répugne pas à manger la... bouse (4 à 5 tonnes par an pour l'ensemble de la population parisienne), puisque la Mort-aux-Gosses continue sa sinistre besogne dans un pays qui n'a pas fini de connaître des heures tragiques, puisque les berceaux ne sont plus que des bières en puissance : devant cette accumulation de désastres, que les médecins se lèvent

(C. Roéland. Les laits contrôlés officiellement. *L'Hygiène Sociale*, sep. 1934.)

***

Depuis longtemps Fournier considérait le paludisme comme un facteur de gravité de la syphilis. L'association des deux maladies est souvent mortelle ; on l'a bien vu au début de la malariathérapie, quand on se contentait d'inoculer la malaria aux syphilitiques, comme l'avait indiqué Wagner Jauregg. C'est seulement depuis qu'on applique en même temps le traitement antipalustre et le traitement antisyphilitique que la malariathérapie a pu donner quelques résultats, ainsi que je l'indiquai déjà en 1920, alors qu'il n'était guère question de traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. L'influence du paludisme n'est heureuse qu'à condition, c'est que le traitement quinique ou arsenical intervienne pour juguler le paludisme, en provoquant la formation d'anticorps qui toujours fabriqués en excès par l'organisme et n'ayant pas une spécificité absolue, agissent en même temps contre le paludisme et la syphilis.

(G. Milian. Le terrain syphilitique. *Le Mouvement Sanitaire*, novembre 1934.)

« L'hygiéniste peut-il étudier l'alimentation de l'être humain, faire de la diététique, sans s'occuper des conditions climatiques dans lesquelles vivent les sujets observés ?

« Ne doit-on pas fixer la nourriture solide et liquide de l'être humain d'après soit les lieux où il vit, soit les tissus dont il exige un travail prépondérant ?

« Ne devrait-on pas se préoccuper d'établir une observation systématique non seulement de l'homme-individu, mais de l'homme espèce, pour arriver à déterminer les milieux convenant le mieux à la colonisation de notre espèce ?

« Ne doit-on pas, au point de vue social, organiser l'existence des hommes en tenant compte de ces besoins non seulement en nourriture, mais encore en atmosphère ?

« Ne faut-il point, à côté des carences alimentaires déjà connues, classer la « carence atmosphérique » ? (Professeur J.-L. Pech. Alimentation, climatologie et hygiène. Leurs rapports et leur importance dans la vie de l'individu et de l'espèce. *Le Mouvement sanitaire*, nov. 1934).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1934

Statistique des maladies rhumatismales traitées à la clinique médicale infantile de 1925 à 1934. — *M. G. Mouriquand* et *Mlle Weill* en publiant cette statistique appellent l'attention sur les particularités suivantes :

1° Augmentation de la fréquence des cas de rhumatismes. Depuis 1929 les affections rhumatismales augmentent progressivement et de façon inquiétante ; douze cas par an pendant les années 1928 et 1929, 37 en 1934.

La gravité de ces affections a augmenté parallèlement et la mortalité est plus fréquente.

2° La chorée se rencontre plus souvent chez les filles que le rhumatisme vrai.

3° Ces affections rhumatismales paraissent avoir un *rythme saisonnier*, éclosion au début du printemps, fréquence au milieu de l'été, nouvelle éclosion en novembre. Les chorées et par cela même la courbe des filles étant souvent un peu en retard sur le rhumatisme de Bouillaud et la courbe des garçons.

La choline et l'adrénaline dans l'organisme : leur rôle dans la transmission humorale de l'excitation nerveuse limité aux vertébres. Si M. Gautrelet a pu dès 1909 déceler la choline dans nombre d'organes chez les mammifères, les oiseaux, les poissons, les vertébrés en général, il n'a pu le faire chez nombre d'invertébrés marins en particulier. Il a pu affirmer que d'une manière générale la choline était absente là où était absente l'adrénaline et il insiste sur leur rôle antagoniste. La notion est d'importance quand il s'agit de fixer la nature des produits libérés dans la transmission de l'excitation nerveuse.

L'auteur émettant une théorie homo-hormonale imagine que dans la transmission de l'excitation du nerf au muscle l'acétyl choline du muscle joue un rôle au même titre que l'acétyl choline libérée par du nerf parasympathique. L'adrénaline jouerait un rôle analogue et dans le nerf sympathique excité et dans les organes innervés par le système, cela seulement chez les vertébrés.

La natalité en France et autres pays d'Europe. — *M. Ch. Richet.*

Statistique des maladies rhumatismales traitées à la clinique infantile de l'Université de Lyon. — *M. Mouriquand* et *Mlle Weill.*

Résultats obtenus la première année d'examen obligatoire des élèves de l'Université de Barcelone pour le diagnostic de la tuberculose. — *M. Saye.*

Election d'un membre titulaire dans la V° section (médecine vétérinaire). — *Classement des candidats.* — En première ligne : M. Roussel.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bourdelle, Guérin, Henry, Panisset, Piettre.

M. Guérin est élu par 49 voix, contre 19 à M. Roussel, 5 à M. Piettre, 3 à M. Bourdelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1935

Traitement des brûlures. — *M. Hartmann* désinfecte les brûlures à l'alcool et laisse en place un grand pansement ouaté pendant quinze jours.

Tétanos. — *M. Mondor* rapporte un cas de tétanos guéri par des doses massives de sérum injectées sous anesthésie.

Perforation duodénale par calcul biliaire. — *MM. Proust, Dreyfus* et *Robin* rapportent un cas de calcul vésiculaire qui, passé dans le duodenum, avait déterminé une perforation sphacélique de sa paroi. La malade guérit après ablation du calcul et drainage d'un abcès sous-hépatique.

MM. Lardennois, Maisonnet, Brocq et *Mondor* ont vu des cas analogues.

Ictère par spasme réflexe du sphincter d'Oddi. — *M. Cappette* rapporte ce travail de *MM. Pavel, Caudian* et *Glutesco*. Ceux-ci considèrent qu'un spasme duodénal révélé par une série de radiographies plaide en faveur de l'origine oddique de l'ictère.

Artériographie. — *M. Bazy* expose trois travaux sur la question.

M. Lambret a observé une gangrène suivie de mort après injection de thorotrast.

M. Leclercq a constaté un cas de stupeur artérielle après injection d'urosélectan.

M. Leriche insiste sur la nocivité de certains produits qu'il incrimine dans les accidents observés. Il préconise l'emploi de thorotrast.

M. Robert Monod rapporte un cas d'artériographie qui montra une lésion de la poplitée. On fit une amputation de Syme. Mais l'extension de la gangrène nécessita une amputation de cuisse quelques semaines plus tard.

M. Roux-Berger rapporte un travail de *Contiades* et *Nauleau* qui, après des expériences sur le chien, conseillent l'utilisation du thorotrast, qui ne détermine pas de vaso-constriction artérielle comme les autres produits.

Radiographies dans l'iléus. — *M. Lardennois* indique la possibilité de voir des images hydro-aériques. Il discute de leur valeur pour préciser le diagnostic d'occlusion, et surtout celui du siège, et montre par une série d'exemples, l'utilité de cet examen.

Gynandrie. — *M. Sorrel* présente ce malade atteint de macrogenitosomie.

Henri REDON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1935

Un cas parisien de kala-azar traité par l'urea-stibamine. — *MM. René Bénard, M. Poumailloux* et *J. Brincourt* rapportent l'observation d'une jeune parisienne de 17 ans, ayant séjourné onze mois plus tôt dans le midi et prise d'une fièvre rémittente à grandes oscillations, qui pendant quatre mois reste totalement inexpliquée. Tous les diagnostics envisagés se sont l'un après l'autre démontrés controuvés. C'est seulement au bout de ce temps l'apparition d'une splénomégalie importante avec anémie, leucopénie et hypogranulocytose qui fait poser le diagnostic de kala-azar, confirmé par une ponction de la rate permettant de mettre en évidence des leishmania.

Une incubation aussi longue n'a rien d'extraordinaire. Relativement courte (deux à six mois) chez l'enfant, elle peut atteindre et dépasser un an chez l'adulte ; chez l'animal, elle peut même être beaucoup plus longue encore, comme l'ont montré les expérimentateurs hindous. De telle manière que pendant la période de latence, certains malades qui s'ignorent sont susceptibles de transmettre la maladie, comme également d'autres peuvent en présenter des manifestations tellement atténuées ou atypiques que le diagnostic risque le plus souvent de ne pas être posé. L'existence de lésions buccales, tant chez l'homme que chez les animaux, donne à penser qu'à côté de la transmission généralement admise par les phlébotomes, il y a lieu de faire une place à la transmission directe du chien à l'enfant.

De toutes les réactions de laboratoire, la formol-gélification est à la fois la plus simple et la plus pratique. Sans doute certains sérums de syphilitiques, à Wassermann fortement positif, pourraient être une cause d'erreur. Mais même dans ces cas, la réaction n'est jamais aussi rapide.

L'inversion du rapport sérum globuline est fréquente elle n'est toutefois pas constante. Par contre, ce qui se rencontre dans tous les cas, c'est une diminution plus ou moins importante de la sérine.

Au point de vue thérapeutique, l'uréa-stibamine a donné dans le cas présent, comme dans tous ceux antérieurement publiés, un résultat remarquablement rapide.

Un incident survenu à la suite d'une injection de 0 gr. 60 amène à conclure qu'il y a intérêt à ne pas dépasser un centigramme quotidien par kilogramme de poids. L'anthiomaline a été également bien toléré par voie intra-veineuse. Les tests de guérison manquent jusqu'ici, les modifications sanguines persistent longtemps après la guérison apparente.

Un cas de tétanos traité et guéri par la sérothérapie et le gardénal intraveineux. — *MM. G. Etienne* et *P.-L. Drouet*, se basant sur la similitude du tétanos et de l'intoxication strychnique d'une part et d'autre part sur l'antidotisme réversible strychnine barbituriques, ont tenté la substitution au chloral du gardénal sodique en injections intraveineuses, de pair naturellement avec la sérothérapie intensive, dans un cas de tétanos de gravité moyenne (incubation de dix jours, évolution fébrile progressive, rigidité absolue et permanente).

Le résultat fut des plus frappants : dès le deuxième jour du traitement le malade dormait, les contractures cédaient et la guérison fut très rapide.

Cette technique, si d'autres faits viennent l'appuyer, constituerait certainement une grande simplification du traitement du tétanos déclaré.

Sur un cas de kala-azar observé à Paris chez une adulte et rapidement guéri par la stibiothérapie. — *MM. Jacques Decourt* et *Ch. Aries* rapportent l'observation d'une parisienne de 42 ans, atteinte de kala-azar. L'affection avait été contractée deux ans auparavant pendant un séjour de quelques mois sur la Côte d'Azur. L'aspect clinique et les réactions humorales réalisaient l'ensemble si caractéristique qui permet aujourd'hui de reconnaître aisément la leishmaniose viscérales. La guérison fut rapidement obtenue par des injections intraveineuses d'un sel organique d'antimoine. Ce traitement a été l'occasion d'accidents d'intolérance dont les auteurs discutent la nature. Ils pensent que ces accidents sont en rapport avec une précipitation des albumines sanguines, analogues à celle qui se produit *in vitro* lorsque le sel d'antimoine est mis en contact avec le sérum du malade, et ils proposent de les prévenir en combinant à la médication stibiée des injections d'hyposulfite de magnésium.

Application clinique de l'hyperthermie et de l'hyperpnée provoquée. — *M. Laruelle*, de Bruxelles, avec projection d'un film cinématographique.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un signe précurseur de la mort dans les maladies cachectiques

De M. Fr. Delvaux (de Luxembourg) dans *Le Journal de Médecine de Lyon* (5 octobre 1934) : Il arrive souvent que l'entourage d'un malade, atteint d'un cancer, surtout d'un cancer de l'appareil digestif, demande au médecin traitant, pendant combien de temps le malade peut encore rester en vie.

Question délicate, à laquelle il est souvent fort risqué de répondre sans s'exposer à se tromper.

J'observe depuis plus de vingt ans, chez ces malades, un phénomène clinique, qui se présente régulièrement quelques jours avant l'issue fatale.

Pendant leur longue maladie, ces malades restent souvent couchés sur le côté ou sont à demi-assis dans leur lit. Mais peu de temps avant leur mort, alors qu'ils sont arrivés généralement à l'état d'une affreuse maigreur squelettique, ils restent couchés à plat sur le dos et demandent qu'on leur place la tête bien basse. En même temps, ils attirent fortement les membres inférieurs pour relever les genoux, à tel point que la plante des pieds vient se poser horizontalement sur le lit et que les talons des pieds rasent les fesses dégarnies. Les deux jambes sont dirigées parallèlement et presque perpendiculairement de haut en bas et les deux grosses articulations décharnées des genoux restent en l'air, se balançant tantôt un peu à droite, tantôt un peu à gauche, mais ne s'écartant jamais l'une de l'autre.

C'est dans cette position que ces malades restent couchés pendant des heures et des heures et il est impossible de leur faire étendre les membres ou de les faire changer de position.

J'ignore si ce phénomène curieux, qui doit être considéré comme un signe précurseur de la mort chez des malades souffrant d'une maladie à déchéance lente et progressive et qui ne se présente pas chez les malades mourant d'une maladie aiguë, j'ignore si ce phénomène a été décrit. S'il a été déjà décrit, je m'excuse de ne pas l'avoir connu.

En tout cas, il est difficile de pouvoir l'expliquer. Il est possible que le malade recherche dans cette position unrelâchement du muscle psoas et des ligaments de la colonne vertébrale ; peut-être est-il l'effet et le résultat d'une intoxication centrale. Bref, le fait est, que je l'ai trouvé tellement constant, que lorsque l'entourage de ces malades désire être orienté sur la marche de la maladie, je n'hésite pas à lui dire que, du moment que le malade commence à relever ses jambes et à tenir ses genoux en l'air, il y a lieu de s'attendre à le voir s'éteindre bientôt.

Un cas de narcolepsie infantile guéri par l'adénoïdectomie

M. Robert Rendu rapporte (*XLVIIe Congr. d'O. R. L.*) le curieux cas d'une fillette de 10 ans qui présentait depuis plusieurs mois des crises presque quotidiennes de sommeil, de nature encéphalitique. L'ablation des végétations, pratiquée pour des troubles auriculaires d'origine adénoïdienne, fit disparaître instantanément et définitivement les accidents narcoleptiques. L'auteur émet l'hypothèse que, grâce à l'existence de connexions vasculaires entre le cavum et les centres infundibulo-tubériens du sommeil, ces derniers ont pu être décongestionnés par l'intervention adénoïdienne.

Strabisme passager déterminé par la flexion de la tête dans les méningites aiguës du nourrisson

MM. Robert Debré, Julien Marie et Messimy (*S. de pédiatrie*, 15 mai 1934) attirent l'attention sur la manœuvre de flexion de la tête au cours des méningites aiguës. Ils ont ainsi constaté, chez deux nourrissons atteints de méningite suppurée à méningocoque, l'apparition d'un stabisme passager, cessant dans l'extension normale de la tête. Ils insistent sur la valeur séméiologique du signe objectif ainsi révélé, étant donné la médiocrité symptomatique des affections intracraniennes du nourrisson.

Diathermie et cirrhose ascitogène

M. Stuhl (*IVe Cong. int. de radiologie*) expose les résultats obtenus par la diathermie dans les cirrhoses, par plusieurs observateurs. Sans parler de guérison, il y a dans certains cas des améliorations certaines qui doivent inciter — fussent-elles même temporaires — à expérimenter largement cette méthode à laquelle ne semble pas exister de contre-indications. A la diathermie pourraient être substituées avantageusement les ondes courtes dont l'action sur les fonctions hépatorénales paraît plus marquée.

Le lever précoce des opérés

M. Yves Delagénière (*XLIIIe Congr. Fr. de Chir*), à propos de plusieurs articles récents, rappelle que le lever précoce des opérés fut préconisé déjà au Congrès français de 1909. Depuis cette date, Henry Delagenière et ses élèves l'ont appliqué à plus de 20.000 opérés. Les résultats sont conformes à tout ce qui a été publié sur les avantages de cette méthode, avec cependant, une restriction de prudence en ce qui concerne les interventions gynécologiques.

Dans ces derniers cas et chez les malades qu'on ne peut lever tôt (état général trop grave, intervention sur le système nerveux, etc.) la « gymnastique au lit », sous la surveillance de l'infirmière, rend à peu près les mêmes services que le lever précoce.

Sur l'emploi de l'eau oxygénée dans l'otite moyenne aiguë purulente

Si l'eau oxygénée en solution faible peut être utile pour déterger une oreille qui suppure, en revanche, elle offre dit M. Baratoux (*XLIIe Congr. d'O. R. L.*) de graves inconvénients quand on en abandonne l'emploi au malade. Il se forme en général un bouchon plus ou moins épais qui obture le conduit au point de déterminer des complications sérieuses

M. Calvet a vu deux cas de mastoïdites chez des enfants dont l'otite aiguë était soignée par injections, sous pression, d'eau oxygénée.

Ondes courtes et hémiplégies

MM. Delherm et Devois (*IVe Cong. de radio.*) ont traité un certain nombre d'hémiplégiques par les ondes courtes en applications locales à faible puissance, la tête du malade étant placée entre deux électrodes de faibles dimensions pendant vingt minutes environ. Les résultats obtenus sont très encourageants. La tension artérielle à la suite des séances ne subit généralement qu'une faible diminution. Il convient d'insister sur le réchauffement électif du côté paralysé au cours de la séance.

Troubles trophiques de la muqueuse nasale dans la maladie de Basedow

M. J. Despons (*XLVIIe Congr. d'O. R. L.*) a presque toujours observé des modifications de la muqueuse pituitaire (15 sur 20 cas).

Tantôt il s'agit de simple sécheresse de la muqueuse, avec décoloration et quelques croûtes au contact des cornets et des méats moyens (5 cas).

Tantôt il s'agit d'un état pseudo-atrophique plus caractérisé avec élargissement considérable du calibre des fosses nasales, dégénérescence atrophique de l'étage moyen et inférieur, sécrétions purulentes jaunâtres, plus ou moins adhérentes (8 cas).

Il existe enfin des formes plus rares, de véritable état ozéneux, avec croûtes verdâtres légèrement fétides (2 cas).

Ces phénomènes atrophiques de la muqueuse nasale dans le syndrome basedowien paraissent être d'ordre sympathique plutôt que thyroïdien.

Le diagnostic biologique du cancer du testicule

MM. Béclère, Gibert et Hinglais (*XLIIIe Congr. Fr. de chirurgie*) considérant la grande radio-sensibilité des séminomes et de leurs métastases, insistent sur l'intérêt capital de la précocité du diagnostic. Aussi ont-ils cherché à vérifier l'efficacité du test biologique proposé par Fergusson et dérivé des recherches de Zondek et Ascheim. La recherche et le dosage des prolans dans l'urine au moindre soupçon de tumeur maligne du testicule peuvent en effet permettte un diagnostic très précoce et les travaux des auteurs, les observations rapportées, semblent bien confirmer ce fait.

Un cas de leucémie myéloïde passagèrement amélioré par une infection intercurrente

M. Veyssi (*S. de Méd. milit. fr.*, 12 juillet 1934) rapporte l'observation d'une femme indigène de Tunisie qui, atteinte de leucémie myéloïde, vit pendant un certain temps son état s'améliorer et sa formule sanguine tendre vers la normale à la suite d'un traitement appliqué par un marabout et qui consista en de colossales pointes de feu sur la région splénique suivies d'une abondante suppuration : la rémission durant quatre à cinq mois.

Diabète insipide amélioré par l'extrait hypophysaire en prises nasales

MM. J. Brahic, M. Recordier et M. Sardou rapportent le cas suivant (*Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, nov. 1934) : diabète insipide chez un sujet de 56 ans, urinant 7 litres par jour, et accusant une asthénie et un amaigrissement progressifs, ainsi que de l'insomnie. L'interférométrie montre un dysfonctionnement hypophysaire surtout postérieur et un léger dysfonctionnement testiculaire.

La post-hypophyse par voie sous-cutanée a été très efficace. La poudre d'extrait rétropituitaire administrée par voie nasale a réduit mieux encore la polyurie et, après que la dose convenable eût été déterminée (5 centigr. en deux jours), a permis au malade de suivre ce traitement hors de l'hôpital. Les auteurs insistent sur l'intérêt pratique de l'administration par voie nasale, qui peut, d'ailleurs, comme dans le cas présent, donner des résultats supérieurs à ceux de la voie sous-cutanée. Ils signalent l'action favorable de la thérapeutique hypophysaire sur les insomnies du malade.

A propos de quelques nouveaux cas d'intoxication par les champignons secs

M. D. Olmer (*Comité méd. des Bouches-du-Rhône*) nov. 1934) a signalé que plusieurs malades intoxiqués par des champignons secs ont été récemment observés dans divers services hospitaliers. Il s'est agi dans l'ensemble de troubles assez bénins, d'ordre gastro-intestinal surtout, qui ont régressé rapidement. A ce propos, l'auteur rappelle les communications faites par lui il y a quelques années avec M. Rougon, et par M. Silvan, à l'occasion de cas d'ailleurs plus nombreux et plus graves, et à la suite desquelles il avait présenté, au Conseil départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône, un vœu qui fut transmis à M. le Préfet, concernant le contrôle de la vente des champignons.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par çu par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE.

Il y a cent ans. Exclusion d'un élève externe d'un hospice pour délit d'homéopathie. M. Juvin, élève à l'École secondaire de médecine, et externe à l'hôpital de Grenoble, ayant suivi la pratique d'un médecin homéopathe, adressa à un journal de cette ville une lettre dans laquelle il exposait les principes de la doctrine nouvelle, et les succès dont il disait avoir été témoin. Dès que cette lettre eut paru, un des médecins de l'hôpital crut devoir la dénoncer aux autres professeurs. L'École s'assembla pour en délibérer, et le résultat de la délibération fut d'adresser une plainte circonstanciée au Conseil de l'hospice, concluant « à ce que M. Juvin fut rayé du tableau des élèves externes, pour avoir préconisé dans des écrits publics la doctrine de l'homéopathie, laquelle doctrine, ajoutait la plainte, est contraire à celle qu'on enseigne et qu'on pratique dans cet établissement. »

Le conseil, après en avoir délibéré, transmit la plainte au préfet de l'Isère qui déclara que le sieur Juvin serait rayé du tableau des élèves externes de l'École secondaire de médecine de Grenoble.

La *Revue médicale française et étrangère* qui rapporte ce fait (t. I, 1835), y ajoute un commentaire :

« Une loi d'Hermès ordonnait sous peine de mort aux médecins de suivre à la lettre tous les préceptes renfermés dans les livres hermétiques. L'École secondaire de médecine de Grenoble n'est pas tout à fait aussi sévère contre les homéopathes ; on jugera cependant si l'acte de rigueur qu'elle vient d'exercer envers un élève externe, peut s'accorder avec la liberté qui règne aujourd'hui dans l'étude et la pratique des professions scientifiques. On sent bien que nous ne soutenons ici que l'indépendance des sciences et la liberté de doctrine, et en aucune manière une théorie nouvelle qui nous paraît absurde. »

Depuis....

Un pèlerinage à Palluau chez le Docteur Bretonneau. Le Docteur Boisserie-Lacroix vient de consacrer un intéressant article (*Archives médico-chirurgicales de Province*, janvier 1935) à celui qui fut le maître de Trousseau et qu'il n'hésite pas à placer au premier rang des grands praticiens.

« Dans cette liste des tout premiers grands noms médicaux de la France, si tant est qu'il ne soit pas inconvenant de vouloir classifier de tels hommes, me plaçant, me dit-il, au point de vue de celui qui vit de la médecine et l'aime non seulement comme science, mais aussi comme profession, je range sans hésitation et peut-être même à la première place le nom de Bretonneau.

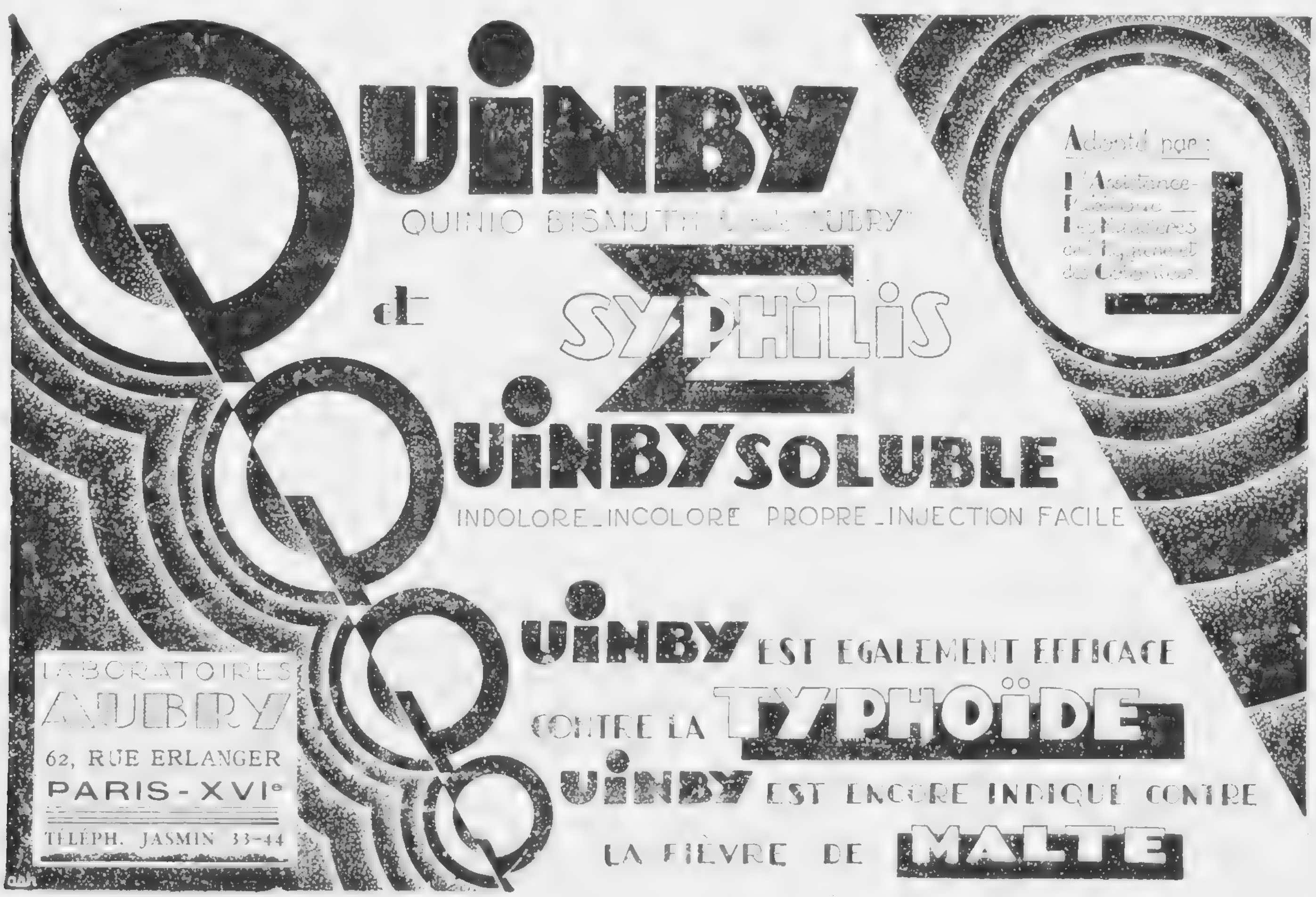
Bretonneau, qui me paraît réaliser le type le plus parfaitement accompli, le plus « idéal », du guérisseur. Bretonneau, qui sut associer en lui toutes les qualités qui font le grand médecin professeur hors pair, praticien modèle, savant merveilleux, dont les idées ont révolutionné la clinique et la thérapeutique, et les ont fixées dans les règles que nous appliquons chaque jour. »

Et après avoir retracé la vie et l'œuvre de Bretonneau, M. Boisserie-Lacroix raconte son pèlerinage à Palluau :

« J'ai visité deux fois Salerne, en 1849, écrit Daremberg ; j'errais tristement à travers les rues autrefois animées par tout le mouvement de la science et de la pratique médicales ; j'y recherchais vainement la trace ou le souvenir des maîtres illustres dont la voix avait retenti au milieu des temps les plus agités.... Nul écho de la tradition, pas une pierre de l'ancien édifice, pas un manuscrit.... Au moins dans les rues, presque désertes aujourd'hui, sur cette place où se rassemblaient les professeurs et les étudiants, au bord de cette mer toujours splendide qui baigne le pied de la ville, je respirais l'air qu'avaient respiré les maîtres ! »

Comme Daremberg à Salerne, j'ai voulu me rapprocher davantage de Bretonneau. Palluau qui toute sa vie active fut, pourrait-on dire, son violon d'Ingres et à qui nous devons peut-




QUINBY
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par:
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVIe
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

être, n'en déplaise à Béranger, ses plus belles découvertes par le repos bienfaisant qu'il put y trouver. Palluau existe toujours. Grâce à l'aimable complaisance de Mme la comtesse Clary, j'ai pu obtenir toutes les autorisations pour accomplir ce pieux pèlerinage.

A quelques kilomètres de Tours, la route borde la Loire. Perpendiculaire à cette route, dans le faubourg de Saint-Cyr sur-Loire, une rue, j'allais dire un chemin, mais elle porte le nom de rue Bretonneau, qui traverse l'agglomération de Maisons-Blanches. Le taxi qui m'amène s'arrête devant un portail, me voilà ému à l'idée que je vais franchir le seuil par où passèrent, il y a si peu de temps tant d'illustres amis du maître.

Et de suite se présente au visiteur une de ces propriétés de tradition et de rêve : des arbres immenses de toutes les essences, de toutes les variétés, communiant en toutes les gammes de verdures ; des bosquets touffus à demi-cultivés volontairement, comme si l'on avait voulu conserver de l'état sauvage tout ce qu'il a et rien que ce qu'il a de charmant ; des terrasses et pelouses bornées de balustrades aux pierres couvertes de mousse ; des massifs fleuris qui jettent des taches rouges et jaunes sur le fond sombre du tableau.

Ici, le jardin des arbres fruitiers (n'y ai-je pas dérobé une cerise, arrière-petite fille des Livourne que Béranger reprochait tant à son ami ?...)

Là, des espaces incultes aujourd'hui, mais où l'on retrouve des traces de ce qui fut : « « Il y eut en cet endroit un terrain de jeux pour les enfants, me dit la personne qui m'accompagne. Là se trouvait au temps du Docteur Bretonneau une pièce d'eau qu'alimentait un puits artésien ». La pelouse est devenue massif, le puits s'est tari, la piscine s'est vidée d'eau et s'est comblée de fleurs et d'herbes folles, la cascade qui s'en échappait ne se devine plus que par la présence de rochers couverts de mousses !

Au tournant d'une allée, une échappée sur le château de Palluau, belle demeure Renaissance qui peut lutter par bien des côtés avec les plus beaux châteaux de la Loire.

Sur l'une des faces, une terrasse élevée domine la vallée de la Choisille, qu'on aperçoit à travers les prairies en fleurs. Et, de cette terrasse, mon guide me montre deux pièces au plafond surbaissé, chargé de poutrelles entre-croisées, pièces modestes d'envergure et combien grandes cependant, dont l'une a conservé tous ses meubles anciens : « La chambre qui fut celle du docteur Bretonneau ; son cabinet de consultations. » Certes, il est regrettable que ce dernier ait été modifié, qu'une cloison soit venue diminuer encore les proportions étroites de la pièce. Mais il faut, hélas ! songer que soixante-douze ans ont passé depuis la mort de Bretonneau !

Au reste, Palluau offre une surprise bien plus grande.

Dans je ne sais plus quelle lettre, l'un des correspondants du maître parle d'un pavillon où il aimait se retirer pour penser à son aise.

A l'une des extrémités de la propriété, et ce pavillon persiste à peu près intact. C'est là où le maître venait se réfugier, loin des clients, loin de la famille, des amis de seconde zone, entouré de ses élèves chéris, lorsqu'il voulait réfléchir aux problèmes de médecine ou d'horticulture qui le passionnaient tant !

Petit pavillon octogonal, largement éclairé par de nombreuses fenêtres, à deux étages reliés par un escalier extérieur aboutissant à un balcon de bois. L'étage inférieur est occupé par une bibliothèque dans laquelle ne figurent point de livres médicaux de Bretonneau, ceux-ci ayant été donnés aux hôpitaux de Paris. Je ne serais au reste pas étonné que les cloisons de bois et les quelques meubles qui ornent cette pièce soient nettement postérieurs à Bretonneau, et je mettrais volontiers dans ce cabinet le laboratoire où le maître faisait ses expériences de chimie et filait du verre pour construire ses thermomètres, ses baromètres ou ses tubes à vaccin.

Le premier paraît, par contre, intact ; trois petites bibliothèques aux rayons surchargés de livres anciens, une table, un vaste divan, au style baroque, et dont le cuir craquelé et garni de gros boutons, signe l'antiquité.

Et l'on est pénétré de respectueuse émotion en songeant que dans cette pièce, sur ce divan, se sont assis, ont conversé les maîtres de la médecine moderne, ceux qui l'ont faite telle que nous la concevons, telle que nous l'appliquons, ceux que les Grecs, s'ils avaient vécu aux temps héroïques, auraient déifiés en reconnaissance des services rendus à l'humanité souffrante !

Et puis sur la table quelques livres, un paquet de vieux journaux. Les deux rarissimes mémoires présentés à l'Académie en 1821, un gros cahier écrit de la main de Bretonneau (je feuillette les pages : c'est le mémento où il notait ses expériences horticoles ; je lis des têtes de chapitres : « Jacinthes, ... Œillets.... etc. »).

Et puis, enfin, ce qui à lui seul vaut plus que tous les autres

souvenirs dont est si riche Palluau, voici l'original des lettres publiées par Triaire dans son ouvrage : *Bretonneau et ses correspondants*. Voici la signature de Cloquet, celle de Duméril, de Béranger, voici Bretonneau, Velpeau, Trousseau, Guersant, parlant, causant, écrivant, vivants en un mot ! Papiers jaunis, petites lettres aux tons violâtres, fanées, pliées à la mode ancienne, avec l'adresse au dos : « Monsieur..... Monsieur X...., ou auparavant, car certaines datent de la grande Révolution : « Citoyen .. », tout cela défile devant mes yeux pleins d'enthousiasme !

Au sortir de Palluau, j'ai désiré connaître l'Hospice général de Tours, dont Bretonneau fut le merveilleux animateur, et y voir le célèbre portrait que fit de lui Moreau, de Tours.

Un homme extrêmement aimable voulut bien suspendre quelques instants ses importantes occupations à la direction de l'hôpital pour m'en montrer les services, dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils semblent organisés d'une façon tout à fait moderne et remarquable. Entrer dans des détails dépasserait tout à fait le cadre de cet article, mais je m'en voudrais de ne pas citer comme conclusion un mot de mon complaisant cicerone.

A l'hôpital de Tours, comme partout, le vif chasse le mort et les bâtiments anciens font vite place à de nouvelles constructions, mieux adaptées aux exigences de la vie moderne.

Me montrant un vaste bâtiment en construction, le sous-directeur de l'hôpital me dit : « Un beau pavillon ancien, solide et de bonne construction : mais il n'avait qu'un rez-de-chaussée. Nous bâtissons là-dessus deux étages nouveaux, qui nous permettront de mettre plus au large certains services de chirurgie.... »

.... Chers vieux Maîtres anciens, Vous êtes, Vous aussi, la base solide, robuste, essentielle, sur laquelle les générations qui vous suivent essayent de bâtir les étages nouveaux de la moderne médecine.

Les ouvrages vétustes que vous ne négligez point rappelaient souvent aux premières lignes de leur préface la légende du nain monté sur les épaules du géant.

Nous qui sommes les fils du stupide XIXe siècle, ne jugeons-nous pas presque toujours de l'élévation de nos concepts scientifiques en omettant volontairement de penser à la hauteur où se trouvent les pieds du nain.

Mais nos enfants viennent qui, de la base, sauront apprécier la part de chacun dans l'ensemble de l'édifice.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux pratiques de physiologie et principes d'expérimentation par A. JULLIEN. 1 volume de 500 pages avec 307 figures, 85 francs. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Il est nécessaire que l'étudiant ait sans cesse à sa portée, dans la salle de travail, un guide clair et précis, lui montrant à tous moments la marche à suivre dans ses opérations, les précautions à prendre, les petits tours de main à acquérir,.

L'autre objectif de l'enseignement pratique de physiologie c'est de contribuer à faire comprendre à l'étudiant les buts et les tendances de la physiologie générale, de développer son sens critique.

« Pour répondre à ces deux desiderata un choix judicieux des manipulations à retenir pour un manuel devra être fait. Certaines seront choisies plus spécialement pour l'intérêt théorique qu'elles présentent, d'autres, au contraire, en raison des difficultés techniques dont le débutant devra triomphe,.

« Ces diverses exigences sont parfaitement satisfaites par l'esprit qui a animé l'auteur dans la rédaction du présent manuel de physiologie pratique. M. Jullien y a mis assurément le meilleur de ce que lui ont fait acquérir une dizaine d'années d'enseignement pratique à la Faculté des sciences de Lyon. Il apporte à l'étudiant le guide averti et fidèle qui surveille chacun de ses pas et ne laisse aucune difficulté dans l'ombre. Et il faut certainement apprécier aussi la façon heureuse dont chaque manipulation est pour ainsi dire située dans le cadre de la physiologie générale.

Fondé en 1873. — N° 8 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 23 FÉVRIER 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V°

CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies 40 fr.
Etudiants 30 fr.
Belgique 45 fr.
Etranger 1re zone 70 fr.
2e zone 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 18 février — M. Blaizot. Vaccination contre le typhus exanthématique par virus vivant bilié. — M. Beaumanoir. Etude sur les accidents mortels consécutifs à une injection préventive de sérum antitétanique. — M. Vialent. Contribution à l'étude clinique et au traitement de la torsion du testicule.

19 février. — M. Cousin. Contribution à l'étude d'ensemble des granulies pulmonaires froides.

21 février. — M. Assailly. Action de quelques extraits endocriniens sur le développement d'un sarcome chez les rats mâles. — M. Bonhomme. La migraine duodénale. — M. Caille. Considérations sur la poliomyélite dans le département de la Sarthe. — Mlle Clémenti. Effets physiopathologiques de la navigation aérienne. Déductions pratiques. — M. Gauthier. Contribution à l'étude des néphrites apparues au cours du purpura.

23 février. — M. Delecluse. Contribution à l'étude des septicémies veineuses streptococciques. — M. Du Lac. Avantages et inconvénients de la césarienne supra-symphysaire itérative. — M. Borkiewicz. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. — M. Goulet. Contribution à l'étude des myosites staphylococcémiques. — M. Catz. Contribution à l'étude de l'ambligond par le sulfure de carbone.

21 février (Thèse vétérinaire). — M. Lévi. Coccidiose intestinale du mouton et du lapin. Son traitement par le lait.

Guerre. — Le médecin général inspecteur Rouvillois, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé président du Comité consultatif de santé et inspecteur général technique du Service de santé, en remplacement du médecin général inspecteur Dopter, placé dans la section de réserve.

Le médecin général Morvan, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, est nommé directeur du Service de santé militaire au ministère de la Guerre.

Le médecin général inspecteur Baron ont mis à la disposition du ministre de la Santé publique et de l'Education physique pour présider la Commission permanente des Services de santé militaire de la Guerre, de la Marine et des Colonies.

Le médecin général Marland est nommé directeur de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

Le médecin colonel Hornus est nommé directeur par intérim du Service de santé militaire de la 6e région, à Metz.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.
Médaille d'or. — M. le Docteur Gouffon (d'Angers).

Médaille d'argent. — M. le Docteur Folie-Desjardins (de Muret), Mlle le Docteur Desbrousses et M. le Docteur de Sèze (de Paris).

Médaille de bronze. — M. le Docteur Leforestier (de Péronne).

Service de Santé. *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins commandants : Cier, de l'hôpital du camp de Coëtquidan, au 24e d'infanterie ; Haultcœur, du 24e d'infanterie, à l'hospice mixte de Laon.

Les médecins capitaines : Guérin, des troupes du Maroc, au centre de perfectionnement des sous-officiers de carrière, Les Sables-d'Olonne ; Dayries, du 508e chars de combat, au 73e d'artillerie, à Lunéville ; Rossi, du 353e d'artillerie, au 1er chasseurs, a Alençon ; Durand, de l'hôpital de Nancy, au 510e chars de combat ; Asperges, des troupes du Levant, au 8e tirailleurs marocains.

Les médecins lieutenants : Petiteau, du 8e dragons, au 508e chars de combat ; Sabatier, du 81e au 121e d'infanterie ; Deumie, du 18e d'infanterie, à la base aérienne nº 136, à Pau ; Mirebeau, du 131e d'infanterie, à la 14e compagnie de l'air, à Romorantin ; Laugier, de l'hospice mixte de Lunéville, au 8e dragons ; Vidal, de l'hospice mixte de Montpellier, au 81e d'infanterie ; Deramaix, du 19e C. A., aux troupes du Levant ; Belaubre, de l'hospice mixte d'Orléans, au 131e d'infanterie.

La Société médico psychologique tiendra, le 27 mai, une séance solennelle à l'occasion du Centenaire de Magnan.
Le banquet annuel de la Société aura lieu le même soir.

IIIe Congrès international de l'Aviation sanitaire (Bruxelles, 11-17 juin 1935). — Le IIIe Congrès international de l'Aviation sanitaire tiendra ses assises entre le 11 et le 17 juin 1935, à Bruxelles, à l'occasion et au sein de l'Exposition universelle et internationale.

Les questions suivantes seront étudiées et discutées pendant les séances du Congrès : 1º Utilisation de l'avion privé ou commercial à des fins sanitaires dans la Métropole et dans la colonie. Pays rapporteurs : Belgique, Grande-Bretagne, France. — 2º La collaboration des Services publics et des organismes privés pour l'exploitation de l'Aviation sanitaire en temps de paix. Pays rapporteurs : Belgique, Allemagne, République-Argentine. — 3º Organisation et fonctionnement des premiers secours dans les transports publics aériens. Pays rapporteurs : Belgique, Italie, Suède. — 4º Le concours de l'aviation en période de calamité. Pays rapporteurs : Belgique, Etats-Unis d'Amérique, Pologne.

Le Comité d'organisation du Congrès a prévu tout un programme de réceptions et de festivités d'autant plus riche et pittoresque qu'il se développera dans le sein de l'Exposition universelle et internationale qui promet d'être une des plus grandioses manifestations de ce genre.

Un Comité de patronage et de propagande est en voie de constitution en France afin d'organiser et de coordonner la participation de notre pays au IIIe Congrès international de l'Aviation sanitaire à l'occasion duquel des coupes et des challenges seront mis en compétition.

Tous renseignements complémentaires, en plus des communiqués qui seront publiés ultérieurement, seront fournis par le secrétaire général du Comité permanent des Congrès internationaux de l'Aviation sanitaire, Aéroclub de France, 6, rue Galilée, Paris (XVIe).

Les Journées médicales de Bruxelles se tiendront du 29 juin au 3 juillet dans le cadre et à l'occasion de l'Exposition internationale et Universelle de 1935. Consacré en sa majeure partie à la physio-pathologie des glandes endocrines, sujet de particulière actualité, le programme réunira les noms de : MM. G. Barger (Edimbourg), U. Bijlsma (Utrecht), Blechmann (Paris), L. Brouha (Liége), M. Cheval (Bruxelles), R. Courrier (Lyon), Cruchet (Bordeaux), R. de Martel (Paris), F. de Quervain (Berne), A.-P. Dustin (Bruxelles), N. Goormaghtig (Gand), Hédon (Montpellier), H. Herman (Lyon), J. Hoet (Louvain), B. Houssay (Buenos-Ayres), Jeanbrau (Montpellier), V. Jedlika (Prague), Justin-Besançon (Paris), J. La Barre (Bruxelles), M. Labbé (Paris), R. Leriche (Strasbourg), J. Mac Leod (Aberdeen), P. Lereboullet (Paris), G. Maranon (Madrid), L. et Ch. Mayer (Bruxelles), O. Mistral (Montana), C. Parhon (Bucarest), Pi-Suner (Barcelone), N. Pende (Gênes), G. Portmann (Bordeaux), Ch. Richet fils (Paris), Roch (Genève), G. Roussy (Paris), J. Slosse (Bruxelles) et M. Tausk (Oss).

M. le Professeur M. Loeper (Paris) fera la conférence inaugurale, lors de la séance solennelle d'ouverture, sous le titre : « Les musiciens devant la médecine ».

Parmi les fêtes qui seront offertes aux congressistes : une représentation de gala, un bal à l'Hôtel de Ville, un grand concert symphonique, un cortège folklorique, sans compter les fêtes qui auront lieu dans les jardins de l'Exposition qui constitueront une véritable féerie. Un grand banquet par souscription inaugurera la session.

D'importants et nombreux avantages seront réservés aux congressistes : réductions sur les chemins de fer, les compagnies de navigation, dans les hôtels, entrée gratuite à l'Exposition, organisation à prix réduits de petits voyages en Belgique après le Congrès.

Les cotisations sont fixées à 100 francs pour les médecins (50 francs pour les personnes les accompagnant). Pour inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur Beckers, secrétaire général, 111, rue Belliard, Bruxelles.

Association professionnelle des journalistes médicaux français. — L'Association professionnelle des journalistes médicaux français, au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son bureau pour 1935 : président : M. J. Minet ; vice-présidents : MM. R. Molinéry et F. Larrieu ; secré aire : M. Albert Garrigues ; secrétaire adjoint : M. J. Crouzat ; trésorier : M. L. Mathé ; Conseil d'administration : MM. Paul Boudin, Camescasse, Loir et Noir.

Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français. — La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a son bureau ainsi constitué pour 1935 : président : M. J. Minet ; vice-président : M. R. Molinéry ; secrétaire : M. P. Labignette ; secrétaire adjoint : M. J. Crouzat ; trésorier : M. Albert Garrigues ; administrateurs : MM. Signoret, Paul-Manceau et Bouland.

La quinzaine laryngologique des Hôpitaux de Paris (6 au 19 mai 1935). — PROGRAMME *des cours, séances opératoires, démonstrations*. — Lundi 6 mai, matin, RAMADIER (La Pitié) : Les oto-mastoïdites atypiques ; soir, BALDENWECK (Baujon) : Exploration de l'appareil vestibulaire. — Mardi 7 mai, matin et soir, BALDENWECK (Baujon) : même sujet. — Mercredi 8 mai, matin, MOULONGUET (Boucicaut) : Traitement des méningites otogènes ; soir, CHATELLIER (Baujon) : Complications veineuses des mastoïdites. — Jeudi 9 mai, matin, AUBRY (Tenon) : Traitement chirurgical du vertige ; soir, RAMADIER (La Pitié) : Abcès du cervelet. — Vendredi 10 mai, matin, MOULONGUET (Boucicaut) : Traitement chirurgical des sinusites frontales ; soir, LALLEMANT (Saint-Antoine) : La polypose naso-sinusale. — Samedi 11 mai, matin, HALPHEN (Saint-Louis) : L'ethmoïdite. L'ozène ; soir, HUET (Laënnec) : Exploration du cavum. — Lundi 13 mai, matin et soir, LEMAITRE (Lariboisière) : Cancers cutanés, tumeurs des amygdales et du maxillaire inférieur. —

Mardi 14 mai, matin et soir, HAUTANT (Tenon) : Cancer du larynx, de l'hypopharynx et de l'œsophage cervical. — Mercredi 15 mai, matin, HUET (Laënnec) : Cancer des fosses nasales et des sinus ; soir, OMBRÉDANNE (Tenon) : Laryngoscopie directe. — Jeudi 16 mai, matin, LEROUX (Saint-Antoine) : Exploration des bronches lipiodol et bronchoscopie : soir, AUBIN (Lariboisière) : Œsophagoscopie. — Vendredi 17 mai, matin et soir, LE MÉE, A. BLOCH et BOUCHET (Enfants-Malades) : Otites, sinusites et laryngites chez le nourrisson et l'enfant. Samedi 18 mai, matin et soir, LE MÉE, A. BLOCH, BOUCHET : même sujet.

Des sommaires imprimés seront distribués au début de chaque leçon.

Après chaque séance, une demi-heure sera consacrée à répondre aux questions posées par les auditeurs. A la fin de la quinzaine, un diplôme sera remis à chaque auditeur par l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.

Droit d'inscription 300 francs. Des conditions spéciales seront faites pour l'inscription des internes et externes des hôpitaux de Paris.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 avril 1935 par le Docteur Louis Leroux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Jubilé du Professeur A. G. Pouchet. — Le 18 février dernier, le Professeur A.-G. Pouchet comptait cinquante années de présence ininterrompue au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dont il est, depuis 1911, l'un des vice-présidents.

A l'occasion de ce jubilé, dont les annales du Conseil supérieur n'offrent aucun précédent, ses collègues, ses élèves et ses amis ont pris l'initiative de lui offrir, en associant à cette manifestation de déférente sympathie les membres de l'Académie de médecine et le Corps enseignant des Facultés de médecine et de pharmacie, une plaquette dont l'exécution a été confiée au maître-graveur G. Prud'homme.

Le prix de la souscription donnant droit à un exemplaire de la plaquette, a été fixé à 75 francs.

Les souscriptions sont reçues par MM. Vigot frères, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe). Compte Chèques postaux n° 237-73, Paris.

Les souscripteurs seront avisés individuellement de la date et du lieu de la remise de la plaquette au Professeur Pouchet.

Nécrologie. — Docteur Fernand BERNHEIM, de Paris. — Docteur René BONNEAU, d'Aubeterre-sur-Dronne (Charente). — Docteur Marcel CANTENOT, de Dôle (Jura), médecin de l'hôpital, décédé à l'âge de 52 ans. — Docteur DAMOND, décédé à Toulouse. — Docteur Léon DUVAL, de Bréhal (Manche). Docteur Mathieu GROGNOT, de Loivre (Marne). — Docteur Paul JOSSET, ancien maire du XVIIIe arrondissement de Paris, décédé à Neuilly-Plaisance (Seine-et-Oise). — Le Docteur Paul JOSSET, cousin du compositeur Bizet, était membre de la Société des auteurs et un musicien de grand talent. — Docteur JOULIA, de Carcassonne, directeur du Bureau d'hygiène. — Docteur Edgar LOUBRY, de Fresnes (Nord). — Docteur NOGUÈS, décédé à Montluçon. — Docteur Stéphane OUNDJIAN, de Lurcy-Lévy (Allier). — Docteur Charles ROGIÉ, de Lille. — Docteur Eugène DE SAINT-FUSCIEN, de Grandvilliers (Oise). — Docteur Louis SALÉS, de Toulouse. — Docteur René SALMON, de Grand-Lucé (Sarthe). — Docteur Raoul SAUREL, de Montpellier. — Docteur THORAIN, de Bonneval (Eure-et-Loir). — Docteur SOWINSKI, professeur de dermatologie à l'Université de Varsovie. — Docteur Peter F. HOLST, professeur honoraire de pathologie médicale à l'Université d'Oslo, décédé à l'âge de 71 ans. — Docteur Rudolf METZNER, de Bâle, professeur honoraire de physiologie, décédé à l'âge de 77 ans. — Docteur Edouard BAUER, de Neuchâtel, médecin de l'hôpital des Cadolles. — Professeur J. TILLMANS, de Francfort. — Professeur Wilhelm KATTWINKEL, décédé à Partenkirchen. — Professeur Arth r THOMSON, d'Oxford, ancien président de la Société d'anatomie de Grande-Bretagne, décédé à l'âge de 76 ans. — Docteur Thomas PARKINSON, de Londres, membre de la Société royale de médecine, décédé à l'âge de 71 ans. — Médecin général BOTOIANU, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Jassy, décédé à l'âge de 59 ans.

« Quand je vois qu'à Paris où exercent plus de six mille médecins, il en est à peine 1.800 qui soient syndiqués, je me demande quelquefois, s'il ne faudrait pas étudier une nouvelle formule de groupement, plus satisfaisante, plus accessible et plus attirante, utilisant mieux les forces dont chacun de nous dispose, et réalisant un bloc vraiment représentatif de ces six mille adhérents. » (R. MASSART. — Assisterons-nous au naufrage de la médecine libre. *Le Concours médical*, 27 janvier 1935.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du rôle nuisible du fer dans le cancer

Par E. DUROUX (Lyon)

Le fer peut être considéré comme un élément nuisible chez le précancéreux, et comme un agent favorable à l'évolution d'un cancer confirmé.

Nous nous proposons de le démontrer dans cet article.

Tout d'abord il existe un état de déséquilibre du fer du sang chez le cancéreux sur lequel nous désirons attirer l'attention.

Chez un sujet jeune de 25 ans et normal, présentant 4.500.000 globules rouges, la teneur de fer calculée sur 100 c.c. a été de 0.0466 : ce qui donne pour 4 litres 1/2 de sang normal la proportion de 2 gr. 097 milligrammes de *fer*. Cette épreuve de base a été exécutée sur 10 c.c. de sang par le distingué chimiste N. Aguettant qui, dans les mêmes conditions, a obtenu les résultats suivants chez neuf malades atteints de cancer, chez lesquels nous avons fait le même prélèvement quantitatif de sang.

PREMIÈRE OBSERVATION. — D..., 68 ans. Cancer du vagin et du col. Globules rouges 3.750.000. Teneur de fer calculée sur 100 c.c. = 0,061 ; ce qui donne pour 4 litres 1/2 de sang, 2 gr. 745.

***

DEUXIÈME OBSERVATION. — B..., 45 ans. Néo du sein. Troisième récidive. Globules rouges 2.480.000. Teneur de fer calculée sur 100 c.c. = 0,065 ; ce qui équivaut pour 4 litres 1/2 de sang à 2 gr. 920.

***

TROISIÈME OBSERVATION. — L..., 42 ans. Néo du rectum inopérable. Globules rouges 2.200.000. Teneur de fer calculée sur 100 c.c. = 0.042 d'où résulte la proportion sur 4 litres 1/2 de la valeur 1 gr. 921 de fer.

***

QUATRIÈME OBSERVATION. — P..., néo utérin inopérable. 67 ans. Globules rouges 4.000.000. Teneur en fer du sang sur 100 c.c. = 0,0502 ; ce qui donne sur 4 litres 1/2, 2 gr. 259.

***

CINQUIÈME OBSERVATION. — D..., néo du col utérin. Globules rouges 2.280.000. Teneur en fer du sang sur 100 c.c. = 0,033 ; ce qui équivaut pour 4 litres 1/2 de sang à la quantité de 1 gr. 521.

***

SIXIÈME OBSERVATION. — M..., néo du corps utérin. Globules rouges 2.700.000. Teneur de fer sur 100 c.c. = 0,307, d'où la proportion de 1 gr. 66 pour 4 litres 1/2.

***

SEPTIÈME OBSERVATION. — L..., néo utérin. 55 ans. Globules rouges 2.000.000. Teneur de fer pour 100 c.c. = 0,076, d'où le résultat : 3 gr 456.

***

HUITIÈME OBSERVATION. — S..., néo de l'utérus. 42 ans. Globules rouges 2.180.000. Teneur du fer dans le sang, sur 100 c.c. = 0,044, sur 4 litres 1/2 : 1 gr. 98.

***

NEUVIÈME OBSERVATION. — T..., 44 ans. Néo utérin récidivé. Globules rouges 3.000.002. Teneur du fer dans le sang sur 100 c.c. = 0,0206 et sur 4 litres 1/2 = 927 milligrammes.

***

En résumé chez un sujet normal présentant 4.500.000 globules rouges, la teneur du fer du sang est de 2 gr. 097 alors que chez les cancéreux, malgré la diminution du nombre des globules rouges on obtient une proportion sur neuf observations de quatre taux nettement supérieurs, de deux équivalences et de trois cas seulement d'abaissement.

Mais on peut considérer d'une façon générale que si on rétablit le chiffre numérique des globules rouges chez les cancéreux et qu'on le ramène à la proportion normale, le taux du fer serait toujours comparativement sensiblement élevé dans l'ensemble de 2, de 3 et de 4 grammes.

***

Ce fer en excès doit s'accumuler dans les tissus, réalisant comme une sorte de rouille qui pourrait entrer dans la liste des prédispositions cancéreuses.

Nous signalons à ce propos l'existence d'un précipité ocre obtenu à l'aide de la réaction d'Imbert Bonnamour qui sert à la recherche de l'acétone. Dans l'urine des précancéreux et des cancéreux, au lieu du précipité noir violet de l'acétone on constate la formation d'un disque et d'un précipité ocre rougeâtre dus vraisemblablement à l'élimination d'un sel de fer. Cette réaction nous a été fournie par M. Charbonnier, chimiste.

D'autre part, les recherches de C.-F. Marshall (*J. Wrigh and sons*-éd. Bristol, 1932) auraient démontré, dans les carcinomes surtout, la formation d'un oxyde de fer dans les tissus sous l'influence de la leucine du sang. Cet oxyde de fer serait également présent dans le sang. L'hématochimie ferrugineuse du sang, telle qu'elle a été envisagée ci-dessus du point de vue quantitatif, est nettement favorable à cette assertion.

Le milieu cancéreux serait donc saturé de fer. On serait tenté de l'admettre en considérant qu'à la suite d'une injection de 2 c.c. de chlorure de fer dans le voisinage d'une tumeur du sein récidivée, nous ayons obtenu une augmentation brutale et impressionnante de la tumeur en deux ou trois jours. Cette masse tumorale déclenchée avec une si soudaine intensité, fut ensuite enlevée largement au bistouri électrique et la malade a survécu deux ans.

C'est à la suite de cette observation que nous nous sommes proposé de rechercher le rôle du fer dans le cancer dont nous ignorions jusqu'alors complètement les méfaits.

L'observation d'un village du département du Rhône où nous avons opéré plusieurs cas de cancer nous a permis entre temps d'avoir une impression très défavorable sur l'ingestion du fer. Nous étant documenté sur la situation de ce village, où règne une véritable endémie cancéreuse, et en particulier sur son alimentation en eau de boisson nous avons appris que, contrairement à ce que l'on pouvait présumer, il existait de très rares puits dans l'agglomération et que les habitants étaient pourvus d'une eau d'adduction considérée comme très pure, mais essentiellement *ferrugineuse*. Les nombreux cas de cancers observés dans ce village, doivent-ils être mis sur le compte de cette particularité ? Est-ce simple coïncidence ? Pour celui qui a déjà l'esprit prévenu contre la présence du fer

dans les tissus et le sang des précancéreux ou des cancéreux, l'enchaînement des faits paraît se dérouler d'une façon positive.

Expérimentalement nous avons demandé à un savant français qui a voué un véritable apostolat à la lutte contre le cancer, M. l'abbé Pierlot (de Troyes), de vouloir bien nourrir des lots de souris cancéreuses avec des sels de fer. Ce grand chercheur qui dans ses élevages a dépassé le nombre de plus de 20.000 souris nous a donné les renseignements suivants.

Neuf souris cancéreuses (huit mammaires et un maxillaire) ont ingéré dans leurs aliments du protoxalate de fer. Cinq souris sont mortes rapidement par infiltration des tumeurs ; quatre autres résistent encore, mais ont très mauvais aspect. Leurs tumeurs sont devenues énormes et sanguinolentes. A côté de ces neuf bêtes soumises au protoxalate de fer en ingestion ont été placées six souris cancéreuses ayant des tumeurs de même ordre et qui ont gardé des rations alimentaires ordinaires ; deux sont mortes, l'une d'une façon indéterminée, l'autre de cachexie. Les quatre autres sont toujours vivantes, « ont bon œil et bon appétit » et leurs tumeurs sont moins avancées, surtout par comparaison avec les souris cancéreuses soumises au protoxalate de fer, et dont les tumeurs étaient devenues énormes.

En conclusion, il semble donc rationnel de penser que dans les états précancéreux on doive s'abstenir de formuler des sels de fer (fer et hémoglobine) dans le but de combattre une anémie souvent prémonitoire. Le fer ne crée pas le cancer, mais chez des sujets prédisposés, son déséquilibre dans le sang, joint à une altération concomitante de l'hémoglobine, engendre dans les tissus des conditions favorables à la formation du cancer. Le régime des précancéreux sera de s'abstenir de certains aliments riches en fer comme l'œuf, l'épinard, les huîtres, les légumes secs, les pois secs, ou du moins de les prendre avec modération. Il sera particulièrement indiqué d'avoir recours pour eux à des extraits régénérateurs de l'hémoglobine et des globules rouges : extrait hépatique (méthode de Whiple), extraits de thymus, de moelle osseuse de rate, en ajoutant des séances courtes de rayons ultraviolets qui ont la propriété d'augmenter nettement le nombre des globules rouges, surtout par association avec les sels de calcium.

« Il faut bien se persuader qu'il *est maintenant impossible de se contenter pour un grand nombre de cas des examens qui ont suffi à nos pères*...

« Il faut se rendre compte qu'il n'y a pas seulement dans la crise dont souffre le Corps médical, une crise économique, il y a *une crise de confiance*.

« Le client se demande avec angoisse s'il est bien soigné, s'il ne dépense pas inutilement son argent qu'il a du mal à gagner, si l'opération qui lui a été faite était nécessaire, s'il n'obtiendra pas un résultat thérapeutique aussi bon en ne faisant rien et en attendant de la seule nature une guérison problématique. C'est un état d'esprit qu'on trouve de plus en plus répandu dans les classes dirigeantes, chez les intellectuels, on leur a tellement dit et fait comprendre que la médecine était devenue scientifique, qu'ils réclament ces examens complets qu'on les déçoit en les leur refusant et qu'alors le doute descend en eux. Nous devons comprendre que c'est notre intérêt aussi bien que celui du malade d'utiliser toutes les recherches, tous les examens pour étayer plus solidement un diagnostic, pour faire accepter plus facilement un moyen thérapeutique gênant ou ennuyeux, pour montrer que nous avons une certitude là où on aurait pu se contenter de suppositions. » (R. MASSART. Réflexions sur la médecine d'aujourd'hui. *Le Concours Médical*, 13 janvier 1935.)

L'état actuel de nos idées sur l'évolution des cavernes pulmonaires tuberculeuses

Par Georges DELORE
Médecin consultant à Hyères

Une constatation attira l'attention des premiers radiologistes, à savoir l'existence si fréquemment observée d'images circulaires dans les champs pulmonaires chez les tuberculeux. Aussi leur sagacité s'exerça-t-elle, pour savoir, si oui ou non ces images correspondaient à des cavernes. En outre, ils furent frappés, au fur et à mesure que la technique radiographique se perfectionnait, de l'extraordinaire fréquence de ces images circulaires, chez des personnes ne présentant aucun signe d'auscultation et aucun symptôme permettant de penser à l'existence de cavernes

Actuellement, grâce aux nombreux travaux parus sur la question, aux contrôles anatomiques multiples, il faut conclure à la concordance absolue des images cavitaires radiologiques et des excavations pulmonaires. Jamais en effet, au cours de ses fréquentes autopsies, Assmann n'a rencontré à l'endroit d'une image circulaire des poumons autre chose qu'une caverne. Ces faits sont également corroborés par l'existence de signes cliniques, dans un grand nombre de cas, qui permettent à eux seuls de poser avec certitude le diagnostic de caverne.

En présence de cette évolution de nos idées, il nous faut reconnaître qu'à l'heure actuelle le nombre de porteurs de cavernes grandes ou petites est beaucoup plus grand qu'on ne le pensait il y a vingt ans. Malgré cela la gravité du pronostic attaché aux cavernes n'a pas cru en proportion de leur fréquence, bien au contraire. De toutes parts sont nés des travaux prouvant la disparition spontanée et thérapeutique des cavernes réputées incurables. La caverne n'est donc plus considérée comme une formation tardive représentant le stade ultime des différentes formes de tuberculose arrivées à leur troisième degré. Aujourd'hui on s'est rendu compte que la caverne au lieu d'être une formation tardive et ancienne apparaissait précocement après la formation d'une condensation et qu'elle en venait à mériter l'épithète de « caverne d'emblée ».

Voyons donc comment va se former cette caverne précoce. Pour cela nous ne saurions mieux faire que de citer Jacquerod, lorsqu'il décrit la formation de la caverne. « On observe, dit-il, au milieu d'un foyer d'infiltration diffuse, une zone de l'étendue d'une pièce de deux francs ou d'une pièce de cinq francs entourée d'une ligne de démarcation, à contour un peu irrégulier mais très net. Quand la maladie s'aggrave et que les phénomènes de ramollissement apparaissent, le contour de cette zone circulaire devient de plus en plus marqué, et l'on voit se dessiner sur un point de sa périphérie, en général, à sa partie inférieure ou latérale, une tache plus foncée indiquant en ce point un processus de caséification et de ramollissement.

Les cavernes fraîches naissent donc à partir de l'infiltrat précoce, c'est ce qui ressort de l'étude des clichés où l'on a la bonne fortune de saisir à peu de semaines d'intervalle tout d'abord la condensation puis ensuite la caverne. En examinant attentivement les films successifs, on finira par avoir une idée sur l'ensemble de ces développements successifs qui en réalité offrent le plus souvent une continuité telle qu'il est fort difficile de déterminer exactement à partir de quel moment il y a cavité. En définitive, nous sommes en droit de dire avec Jacques Stephani : « que toute caverne naît à partir d'une lésion condensante, si fugitive qu'elle puisse être dans certains cas, et que cette lésion est la plus souvent exsudative, puis caséeuse ».


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

La fréquence extrême des condensations sous-claviculaires explique le siège de prédilection des cavernes sous la projection de la clavicule, ou mieux sous le sommet. La région qui se projette radiographiquement sous la clavicule est donc le lieu d'élection des cavernes. C'est de toutes les régions pulmonaires celle qui creuse le plus volontiers. Quant au sommet il est respecté, comme le prouve l'extrême rareté des cavernes à proprement parler apicales. Les lésions de l'extrême sommet, occupant la région sus-claviculaire, revêtent un caractère essentiellement bénin et ne creusent jamais, comme Jacques Stephani l'a prouvé avec nous.

Rarrissimes également sont les cavernes isolées occupant les régions centrales du poumon, à la condition bien entendu que n'existe pas un système de cavernes. Les cavernes juxta-hilaires ainsi que les cavernes de base, quoique étant bien connues, n'en sont pas moins des raretés, comparativement aux cavernes de sommet. Aussi pour conclure dirons-nous, que les cavernes sont fréquentes au sommet du poumon et en occupent la périphérie et sont relativement rares dans les régions centrales. Celles qui se trouvent à la partie interne des champs pulmonaires ne se voient que chez les vieux porteurs de cavernes périphériques. Enfin, dans la règle générale les cavernes apparaissent dans la partie postérieure des sommets et souvent se logent dans l'angle costo-vertébral.

Bien que, comme nous venons de le dire, la plupart du temps, l'existence d'une caverne soit une découverte radiologique, il ne faut pas accorder à cette méthode une confiance exagérée, car dans certains cas le cliché ne décèle aucune lésion, alors que cependant l'examen clinique du malade conduit à penser qu'il est porteur d'une caverne. Ce serait donc une erreur grossière que de nier l'existence d'une caverne non traduite sur le film ; mais qui donne chez le malade des signes d'auscultation, une expectoration bacillifère, de la température.

En dernier ressort, dans ce cas là, c'est à la clinique de trancher. Mais ce cas, pour exister n'en est pas moins rare et dans la plupart des cas, c'est le film qui fait découvrir une caverne, qui avait passé inaperçue à l'examen clinique. Aussi bien, comme Jacques Stephani, le disait avec nous, « le diagnostic ferme de caverne en activité doit être fait au moyen de quatre méthodes d'exploration qui sont par ordre d'importance, le film, le sthétoscope, le crachoir et la clinique. Aucune de ces quatre méthodes, prise pour elle seule, n'est infaillible, car toutes peuvent chacune à leur tour se trouver en défaut ».

Quels renseignements vont nous donner en cas de cavernes, ces différentes méthodes.

Sur le film, la cavité se dessine sous forme d'une image à contour circulaire bien dessinée ou flou suivant le stade de son évolution. Ce contour circonscrit un espace uniformément clair au milieu d'un champ pulmonaire obscur.

Les signes d'auscultation, sauf s'il s'agit d'une caverne géante véritable évidemment lobaire, sont très discrets. Aussi est-ce la raison qui a fait parler de cavernes muettes et a fait écrire à Sergent cette phrase si expressive dans sa réalité, lorsqu'il étudie la sémiologie cavitaire, «qu'il y a certaines cavernes, qui ne parlent pas le langage classique, mais qui pourraient peut-être en parler un autre. Mais en réalité si les signes auscultatoires classiques des cavernes (souffles cavitaires ou amphoriques, gargouillements) ne se retrouvent pas, une auscultation patiente et minutieuse permettra de découvrir des signes non douteux de désintégration pulmonaire qui ne passeront pas inaperçus, à une oreille exercée. Ces signes auscultatoires à peu près nuls, réduites à un léger souffle bronchique accompagné de quelques râles crépitants constamment localisés au même niveau permettent d'affirmer l'existence d'une caverne en activité. Parfois c'est même seulement le matin, avant que le malade n'ait vidé sa caverne que l'on retrouvera ce petit souffle bronchique et ces quelques râles, tous signes qui disparaîtront lorsque la spélonque détergée, aura expulsé son contenu.

En troisième lieu, les crachats formés de masses homogènes muco-purulentes de forme arrondie ou déchiquetée, gardant leur individualité sous la forme de pièces de monnaie nageant dans un liquide séreux d'apparence salivaire, manquent rarement. Sabourin a insisté sur certains aspects particuliers du crachat caverneux. Le crachat a la forme d'une amygdale, lobulée, fissurée. Quand la lésion pulmonaire est plus avancée, il est puriforme, prenant l'aspect d'une « bourse de quêteuse », arrondie, à rebords épais, se laissant volontiers dissocier dans l'eau. Mais il faut bien savoir que quoique étant un bon signe de phtisie, ces crachats ne sont pas pathognomoniques et peuvent se rencontrer dans la dilatation des bronches, la rougeole et la grippe.

Quant à la clinique, elle est bien souvent en défaut. L'état général, malgré l'existence d'une lésion pulmonaire active, est excellent. Il n'y a pas d'amaigrissement, pas de température. Dans ces cas là de tuberculoses pulmonaires florides apyrétiques, réalisant le véritable abcès froid pulmonaire, tous les signes manquent. Il s'agit d'un malade gras, ayant malgré une certaine pâleur et une fatigabilité facile, les apparences d'une bonne santé. Il mène une existence normale, parfois même fatigante. Cependant il porte au sommet d'un poumon, une lésion cavitaire avec émission bacillaire abondante. Cette lésion active, mais non infectante, comme exclue de l'organisme, ne s'accompagne d'aucune évolution thermique. Même au moment de l'apparition de la condensation qui a donné naissance à la caverne, les réactions thermiques ont fait défaut. La tuberculose pulmonaire débutant d'une façon tout à fait insidieuse. La lésion est active et même évolutive et cependant elle ne détermine aucune réaction thermique spontanée.

C'est donc bien seulement en s'appuyant sur le film, l'auscultation, l'expectoration, l'examen clinique, que l'on arrivera à pouvoir confirmer l'existence d'une caverne qui sans toutes ces recherches aurait pu passer inaperçue.

Prenant naissance à partir d'un infiltrat précose, comment vont évoluer les cavernes ?

Après une évolution bruyante accompagnée de température, d'expectoration abondante, d'amaigrissement et d'hémoptysie, ou bien au contraire à bas bruit, va se constituer une caverne fraîche ; manifestation très précoce de la tuberculose pulmonaire, à l'encontre de ce que l'on croyait autrefois. Radiologiquement elle se caractérise par une image à contours circulaires assez peu marquée, dont l'intérieur n'est pas complètement clair, apparaissant au sein d'une tache nuageuse. Peu à peu les contours de la caverne se précisent, se limitant à la partie interne alors que le contour externe reste flou et l'espace clair circonscrit est uniformément clair. Dans d'autres cas la perte de substance présente seulement un contour inférieur, le contour supérieur de la caverne restant invisible, ce qui se traduit sur le film par une image en « cupule » avec niveau liquidien paraissant suspendu en plein parenchyme pulmonaire.

A une période plus avancée de son évolution l'image circulaire apparaîtra sous forme d'un anneau noir de quelques millimètres d'épaisseur, limitant la cavité. Mais ce bord noir peut exister aussi bien en cas de cavernes fraîches, qu'en cas de vieille caverne évoluant depuis de longues années. Aussi c'est seulement par l'étude du parenchyme avoisinant, présentant des travées fibreuses ou des lésions cicatricielles en cas de vieille caverne, ou n'en présentant pas que l'on pourra se faire une idée de l'ancienneté ou non de la lésion ulcéreuse.

Plus tard encore la caverne ayant évolué se présente sur le film sous forme d'un anneau foncé circonscrivant une plage plus claire, ou bien sous forme d'un cercle noir limitant une plage plus foncée. Enfin si tout autour de la caverne est apparu du tissu fibreux en abondance, on ne verra plus qu'un bloc noir diffus qui masquera la caverne ; mais cette dernière n'en existera pas moins.

Un point sur lequel nous voulons attirer l'attention, est que la caverne fraîche est unique et que jamais il ne nous

est arrivé de voir deux cavités se creuser simultanément dans le même poumon, et au niveau du même infiltrat. Lorsque deux cavernes existent dans le même poumon, on peut conclure que l'une des cavernes est constamment plus vieille que l'autre, et que c'est cette dernière qui lui a donné naissance. Enfin, quoiqu'une tuberculose cavitaire, évoluant déjà depuis quelque temps, soit presque toujours multi-cavitaire, il existe toutefois un grand nombre de cas où une caverne ancienne évoluant depuis cinq ou dix ans soit unique.

Si l'on excepte ce fait exceptionnel d'une caverne solitaire évoluant durant de longues années, il est rare qu'avec le temps, la caverne non collabée ne donne pas naissance à un système de caverne des sommets. Dans ce cas là, les deux sommets, siège d'une infiltration fibro-caséeuse banale, sont occupés par plusieurs cavités de différentes dimensions. A la longue les bases ensemencées par voie aérienne et hématogène sont le siège de poussées successives, qui cependant creusent rarement, mais qui se traduisent sur le film par des nodules et un épaississement irrégulier de la trame.

Laissée à elle-même, si la caverne n'ensemence pas le parenchyme environnant et celui du poumon opposé, éventualité que nous venons d'envisager, et si elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée, elle va s'étendre en suivant une marche envahissante de dehors en dedans, sa face interne recouverte d'une couche suppurante riche en micro-organismes de toutes espèces, a tendance à creuser en profondeur pour aboutir finalement à une caverne géante. Sur le film elle va se présenter sous forme d'un œuf dont le grand axe est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. C'est une vaste ellipse circonscrivant une plage beaucoup plus claire que les tissus qui l'environnent. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, toute la région occupée par la caverne est opaque, et cependant les signes cliniques révèlent l'existence d'un évidement lobaire total. C'est qu'il s'agit d'une grosse caverne à coque fort épaisse de toutes parts qui empêche que la caverne ne se traduise sur le film par l'image classique d'une plage claire circonscrite par un cercle plus foncé. Avec ces cavernes géantes l'extrême sommet a lui-même été évidé, ce qui contraste avec son intégrité dans les formes cavitaires récentes. Une caractéristique des cavernes géantes, c'est de s'accompagner presque toujours de lésions pulmonaires du côté opposé. Cela se comprend par ce fait bien simple qu'une caverne géante pour exister doit évoluer depuis longtemps, et toute lésion qui évolue depuis un certain temps finit par infecter l'autre poumon. Cette lésion centro-latérale serait soit un simple renforcement de toute la trame, soit une périscissurite, ou plus rarement un infiltrat sous-apical.

L'existence plus fréquente qu'autrefois de cavernes, trouvaille radiologique, doit-elle porter à modifier le pronostic sombre d'antan attaché à la présence de cavernes et doit-on continuer comme par le passé, à affirmer que le fait de découvrir une lésion ulcéreuse pulmonaire, équivaut à un arrêt de mort à plus ou moins longue échéance ? Une revision de ces idées n'a pas tardé à se faire jour à ce sujet et à l'heure actuelle on peut déclarer que le fait d'être porteur d'une caverne ne doit influencer en rien le pronostic de la tuberculose pulmonaire, que si le malade a une caverne géante, c'est-à-dire une perte de substance dont le diamètre dépasse largement quatre centimètres de diamètre. Nous dirons donc pour donner une conclusion qui résume les idées actuelles sur le pronostic des formes cavitaires que les petites cavernes de la dimension d'une pièce de deux francs sont sans influence sur le pronostic d'une forme donnée, tandis que celles que l'on a laissé arriver à de grandes dimensions, si aucun traitement n'intervient pour les faire fermer, compromettent généralement la vie du malade. Aussi celles-là sont et restent bien « un arrêt de mort » dans le sens où l'entendent Groff et Lydtin.

Mais depuis que la notion de la guérison spontanée des cavernes tuberculeuses s'est fait jour à la suite de travaux de Laennec, implicitement contenue dans ces lignes de ce traité sur l'auscultation, et qui méritent d'être reproduites.

« Les tubercules du poumon, dit-il, ne sont pas dans tous les cas, une cause nécessaire et inévitable de mort, et qu'après que leur ramollissement a fourni dans l'intérieur du poumon une cavité ulcéreuse, la guérison peut avoir lieu de deux manières : ou par la conversion de l'ulcère en une fistule tapissée, comme toutes celles qui peuvent exister sans compromettre la santé générale, par une membrane tout à fait analogue aux tissus de l'économie animale saine, ou par une cicatrice, plus ou moins parfaite et de nature celluleuse, fibro-cartilagineuse ou demi-cartilagineuse. »

Depuis qu'ont paru ces lignes, les observations cliniques et nécropsiques se sont multipliées prouvant de la manière la plus indiscutable, la réalité de ces guérisons. Jacquerod, Gilbert, Rolland, Piguet et Giraud, nous prouvèrent que ces images circulaires, correspondant de toute évidence à une caverne, peuvent diminuer d'étendue ou disparaître complètement. Tout permet même de supposer que ces guérisons sont beaucoup plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois, et si nous n'avons, comme nos prédécesseurs, que rarement l'occasion d'en apporter des preuves anatomiques, nous avons, par contre, cet avantage de pouvoir les démontrer du vivant même du malade, sans être obligé d'attendre son autopsie, grâce à la radiographie.

Cette guérison peut se faire de trois manières :

1° Soit avec persistance de la caverne ;

2° Soit par rétraction de la caverne qui s'efface ;

3° Soit par obstruction de la caverne.

Dans le premier cas, ces cavernes correspondent aux giodes de Cruveilhier, aux fistules cicatricielles de Laennec, et répondent à cette forme décrite par Bard sous la dénomination de forme cavitaire localisée stationnaire. Les cavernes sont sèches, à parois fibreuses lisses ; non seulement elles sont absolument stationnaires, mais aucune sécrétion purulente ne vient altérer l'état général. Cette guérison avec persistance de la cavité asséchée n'est pas fréquente et pour qu'elle s'observe il faut que la bronche de drainage permette une vidange parfaite de la cavité, empêchant toute accumulation de liquide.

Parfois, il y a guérison avec formation d'une fistule demi-cartilagineuse, suivant l'expression de Laennec. Dans ce cas la caverne qui persiste n'est pas asséchée et donne lieu à une expectoration persistante sans bacilles, et sans retentissement sur l'état général.

Mais la plupart du temps, les cavernes guérissent par rétraction progressive de leurs parois ; d'autres fois la caverne disparaît pour ainsi dire comme par enchantement. La géode brusquement n'est plus visible. Et bien, dans ces cas-là c'est par transformation fibreuse que la caverne guérit. A la place de l'ancienne image circulaire on trouve des bandes de tissu scléreux, résultant de la végétation conjonctivo-vasculaire de la paroi. Le poumon tout autour de la lésion ainsi que le médiastin réagissent et participent à ce processus fibreux pour aboutir dans les cas les plus accentués au fibro-thorax de Vincenti. Dans ces cas-là, à côté des phénomènes de rétraction tels qu'applatissement du sommet, rentrée de la plèvre, diminution de largeur des espaces intercostaux, légère ascension du diaphragme, il existe toujours une rétraction plus ou moins accentuée de l'organe qui entraîne un déplacement du médiastin. La trachée attirée, décrit une sinuosité très marquée, l'aorte et les vaisseaux de la base montrent un bord rectiligne parallèle à la colonne, en conséquence la colonne est dénudée, ce qui rend l'image des vertèbres et des disques partout visibles. Dans le cas de lésions très étendues, tout le médiastin attiré se déplace du côté malade entraînant le cœur et produisant une dextro ou une sinistro cardie.

Beaucoup plus rarement les cavernes s'ossifient ; mais quelquefois elles sont comblées par une matière crétacée composée de phosphate calcaire. Nous avouons ne jamais avoir assisté à cette éventualité qui doit être rarissime.

Plus fréquentes qu'autrefois, la plupart du temps trouvailles radiologiques, les images circulaires pulmonaires correspondent bien à la présence de cavernes. Elles siègent

électivement au lobe supérieur du poumon, très souvent dans la région sous-claviculaire, et naissent à partir d'un infiltrat pneumonique, ce qui explique qu'au lieu d'être une formation tardive, la caverne est une formation très précoce. Bien que ce soit le film qui presque toujours en révèle l'existence, il ne faudra pas négliger les données fournies par le sthétoscope, le crachoir et la clinique : car souvent ce n'est qu'en confrontant ces recherches que l'on pourra affirmer l'existence d'une caverne. Quoique diagnostiqué beaucoup plus fréquemment qu'autrefois, le pronostic attaché à la présence d'une spélonque pulmonaire est devenu moins sombre et n'équivaut plus comme autrefois à un arrêt de mort ; sauf toutefois en cas de cavernes géantes. Depuis de nombreuses années déjà les observations de guérison de cavernes soit par la cure d'air simple combinée au repos, ou associée aux méthodes collapsothérapiques se multiplient. Les spélonques lorsqu'elles guérissent, se cicatrisent avec persistance de la caverne, sous forme d'une fistule cicatricielle, ou bien disparaissent par effacement ou plus rarement par obstruction de la caverne.

Dans ce court exposé nous n'avons pas eu la prétention d'exposer dans son ensemble et de résoudre les nombreuses questions que pose l'étude des cavernes pulmonaires tuberculeuses, notre but beaucoup plus modeste, a été seulement de faire le point de nos connaissances actuelles sur cette question capitale de phtisiologie. En effet, la majorité des formes de tuberculose pulmonaire sont excavées, si bien que leur étude par ce fait pose une étude de caverne.

BIBLIOGRAPHIE

1. JACQUEROD. — Spéléologie pulmonaire. Masson, 1930.

2. Jacques STEPHANI et Georges DELORE. — Traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses. *Pratique médicale illustrée*, 1932. Doin et Cie, éditeurs.

3. GIRAUD. — De la séméiologie des cavernes pulmonaires tuberculeuses. *Revue de la tuberculose*, juin 1927.

4. BERNOU. — Des cavernes tuberculeuses du poumon à pronostic bénin. *Gazette médicale de Nantes*, mai 1925.

5. Jacques STEPHANI. — La tuberculose pulmonaire vue aux rayons X.

6. PIGUET et GIRAUD. — Disposition radiologique des cavernes pulmonaires. *Annales de médecine*, 5 novembre 1923.

7. BURNAUD et CARRARD. — La moitié des cavernes tuberculeuses du poumon sont muettes à l'auscultation. *Presse médicale*, 31 mai 1922.

8. Georges DELORE. — De la bénignité relative de la localisation purement apicale de la tuberculose pulmonaire.

9. GAILLARD. — Un cas de guérison de caverne. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juin 1928.

10. BARD. — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

11. VINCENTI. — Le fibro-thorax. *Journal de médecine de Lyon*, avril 1925.

12. PIERY. — La tuberculose pulmonaire. Doin.

13. SERGENT et BORDET. — Diagnostic différentiel des pneumothorax enkystés et des grandes cavernes. *Bulletin des hôpitaux*, 4 juillet 1924.

14. AMEUILLE. — « L'étude des cavernes pulmonaires de Laennec à nos jours ». *Progrès Médical*, 11 décembre 1926.

Par ces temps de Congrès internationaux (les stations thermales s'en mêlent aussi !) ne pourrait-on, par exemple, faire un Congrès international du « Médecin en temps de guerre ? » Le titre est moche ? Soit. Mais on en trouvera d'autres et des bons. Il y a déjà tout un état-major de futurs présidents et secrétaires généraux à l'affût et qui ne demanderaient qu'à chercher.

« En exergue, on pourrait mettre cette noble pensée de Valéry qu'il faut redire, ne pas oublier, qui devrait être gravée dans tous les cerveaux et, à défaut, dans tous les cœurs : « A côté des laboratoires, où les énigmes de la tuberculose et du cancer sont passionnément attaquées des hommes peuvent songer à essayer de jouer au jeu de la mort ! » (Docteur Pierre MAUREL. Médecine et guerre. *Journal des Praticiens*, 19 janvier 1935.)

Technique et standardisation de la réaction de sédimentation des globules rouges

Par J. LAFONT

Lorsqu'on remplit un tube à essai avec du sang rendu incoagulable et qu'on le met au repos dans une position rigoureusement verticale, on constate la formation et la séparation de deux couches différentes superposées : plasma transparent au-dessus, globules rouges au-dessous ; c'est le phénomène connu sous le nom de *sédimentation des globules rouges*. Bien que tous les éléments figurés du sang sédimentent, on ne tient pas compte des globules blancs, qui sont nettement en retard et forment un simple anneau, blanc et mince, entre les deux couches plasmatique et globulaire.

Si l'on répète l'expérience avec des sangs différents, on s'aperçoit que la précipitation des globules rouges se produit avec plus ou moins de rapidité ; on en tire la conclusion que la vitesse de sédimentation des globules rouges n'est pas fixe, mais variable suivant les individus.

Fahraeus avait noté que la menstruation et la grossesse déterminaient une accélération de la vitesse de sédimentation et tenté, bien que sans succès, d'en faire un procédé de diagnostic précoce de la grossesse. Par un juste retour des choses les recherches ultérieures établirent non seulement que cette accélération se manifestait dans différents états pathologiques et constituait un élément de diagnostic, mais encore qu'elle chiffrait la résistance du milieu intérieur à l'intoxication ou à l'infection et qu'elle acquérait ainsi une valeur pronostique précieuse. Aussi ne faut-il pas s'étonner de l'importance prise par cette réaction et du nombre des travaux qu'elle a provoqués.

La *méthode de Fahraeus*, la première en date, utilise des tubes à essai de 10 mm. de diamètre.

On les remplit d'un mélange de 8 c.c. de sang et de 2 c.c. de solution de citrate de soude à 2 % et on les place verticalement dans un porte-tubes ordinaire.

On mesure le trajet, exprimé en millimètres, parcouru par les hématies pendant la première heure soit *a* et la deuxième soit *b* ; la vitesse moyenne de la sédimentation est donnée par la formule $\frac{a+b}{2}$.

Ce procédé est très simple et ne nécessite qu'un matériel réduit, peu coûteux et facile à se procurer ; par contre il exige une quantité de sang assez forte, alors que ceux de Linzenmeyer et de Westergren n'en réclament respectivement qu'un et deux centimètres cubes.

La *méthode de Linzenmeyer* emploie des tubes de verre spéciaux : 5 mm. de diamètre, 8 cm. de hauteur.

Un trait, marqué 0, correspond au niveau atteint par 1 c. c. de liquide (cette colonne a environ 50 m. m. de hauteur). Au-dessous les traits 6, 12 et 18 sont respectivement à 6, 12 et 18 millimètres du trait 0 ; on peut marquer aussi le trait supplémentaire 24.

On aspire dans une seringue 2/10 c. c. de solution de citrate de soude à 5 %, puis 8/10 c. c. de sang ; on verse le mélange dans le tube jusqu'au trait 0 ; le tube est muni d'une collerette qui permet de le suspendre dans un porte-tubes spécial.

On note en minutes le temps mis par les globules rouges pour atteindre le trait 18 ; les lectures à 6 et à 12 permettent de se rendre compte de la vitesse et de prévoir l'arrivée à 18, évitant ainsi une surveillance soutenue.

Dans la *méthode de Westergren* on utilise des pipettes de 30 cm. de hauteur et de 2,5 mm. de diamètre, graduées

en millimètres sur une hauteur de 200 mm. à partir de la base, le 0 étant au sommet de l'échelle.

On aspire un mélange de 1,6 c. c. de sang et de 0,4 c.c. d'une solution de citrate de soude à 3,8 %, on place la pipette sur une plaque de caoutchouc qui obture l'extrémité inférieure et on la maintient dans cette position avec un support à pince spécial.

La vitesse de sédimentation est donnée par le nombre de millimètres parcourus par les globules rouges pendant la première heure.

Comme on le voit, ces trois méthodes, qui sont les plus fréquemment utilisées, diffèrent à peu près sur tous les points, sauf sur le choix de l'anticoagulant (citrate de soude et sur la proportion de la solution de citrate au sang (20 %).

Les hauteurs des colonnes sanguines sont de 200 mm. (W.), 100 mm. (F.) et 50 mm. (L.)

Les calibres des tubes ou pipettes sont de 10 mm. (F.), 5 mm. (L.) et 2,5 mm. (W.)

Les volumes de sang utilisés sont de 10 c.c. (F.), 1.5 c. c. (W.) et 1 c. c. (L.)

Les solutions anticoagulantes contiennent 5 % (L.), 3,8 % (W.) et 2 % (F.) de citrate de soude.

La durée d'observation est fixe pour les méthodes de W. (1 heure) et de F. (2 heures) et variable pour la méthode de L. (de quelques minutes à quelques heures), si bien que les chiffres obtenus correspondent à des moments différents d'une réaction *marchante*.

On ne s'étonnera donc pas si les résultats donnés par des appareils différents sont également différents et surtout difficilement comparables ; telle réaction de sédimentation se lira par exemple 8 mm., 9 mm. ou 188', suivant que l'on aura donné le choix à l'une des deux méthodes millimétriques ou à la méthode horaire. Nous constatons donc, à l'origine de la réaction, une variété de techniques, de matériel et de notations suffisante pour nuire à sa diffusion, la question de valeur clinique mise à part.

Ayant eu à procéder à quelques centaines de réactions de sédimentation, d'abord avec des tubes de L., puis avec des tubes de W., nous avons été frappé des inconvénients de ce défaut de standardisation ; nous avons cherché à les analyser et à les éliminer dans une série d'essais, dont nous allons résumer l'essentiel.

Certaines difficultés de standardisation sont faciles à résoudre ; c'est ainsi qu'on peut se mettre aisément d'accord sur le choix de l'anticoagulant, le citrate de soude, que l'on trouve partout, et sur la teneur de la solution, 5 % par exemple.

Il n'en est pas de même de la notation et il faut se décider tout d'abord entre les deux méthodes opposées, millimétrique ou horaire, à heure fixe ou à passage fixe : ce sont d'ailleurs les seules possibles en présence d'une réaction marchante. La question qui se pose est d'ordre pratique et pas plus : Quelle est la plus commode des deux notations ?

La lecture à heure fixe semble préférable ; il suffit de savoir qu'on notera la descente de la colonne sanguine dans une heure et de ne pas l'oublier (un réveil est très utile à cette occasion) ; on n'aura pas plus de difficultés à procéder si on le désire, à des lectures multiples, aux 2e, 3e heures, etc... La lecture de l'heure a un point de passage fixe, en l'espèce de 18 mm. présente au contraire un inconvénient capital, c'est la nécessité d'une surveillance sinon constante, du moins attentive : il faut guetter l'arrivée du niveau au repère 18 et, dans le cas où la vitesse de chute est lente, la détermination du moment exact demeure quelque peu imprécise ; les lectures intermédiaires à 6 et 12 mm. destinées à donner une idée de la vitesse et de l'arrivée au point 18, nécessitent une surveillance supplémentaire et non moins attentive, puisque la vitesse n'est pas uniforme ; chez les sujets à sédimentation normale, c'est-à-dire très lente, la lecture finale ne se fait qu'au bout de plusieurs heures et l'agrément de la méthode de L. ne se fait vraiment sentir autant que lorsqu'elle nécessite une ou plusieurs observations nocturnes.

Par contre la notation en minutes est, malgré ces inconvénients, plus précise, en apparence du moins ; elle permet un classement plus facile, puisqu'elle possède une gamme plus étendue (de 1 à 600 minutes, au lieu de 1 à 30 millimètres, en moyenne) ; elle est, de plus, indépendante, dans une certaine mesure, des variations horaires de la réaction de sédimentation.

Aucune notation ne présente de supériorité essentielle et, si l'on en a adopté une, c'est uniquement le plus souvent parce qu'on a entre les mains l'appareil de W. ou celui de L. ; ce n'est pas une raison très sérieuse, ce n'est pas non plus un obstacle insurmontable ; nous préférons la lecture à heure fixe, pour de simples motifs de commodité personnelle, et nous ne voyons aucun inconvénient à la recommander même pour la méthode de L. ; rien n'empêche de faire la lecture au bout d'une heure, rien n'empêche de donner en supplément l'heure de passage au repère 18.

La lecture millimétrique à la fin de la première heure est utilisable avec n'importe quel matériel ; elle est extrêmement simple; une heure est une heure, quel que soit l'appareil employé.

Si l'on préfère la lecture au point fixe, on peut arriver à établir une correspondance entre les trois méthodes ; des réactions auxquelles nous avons procédé, nous sommes arrivés à cette conclusion que la distance de 18 mm. dans un tube de 50 mm. de hauteur (L.) est équivalente à 27 mm. pour 100 mm. (F.) et à 36 mm. pour 200 mm. (W.) ; autrement dit, le même sang, mis dans trois tubes différents, arrivera à peu près en même temps au millimètre 18 dans le tube de L. au mm. 27 dans le tube de F. et au mm. 36 dans le tube de W.

On a établi des tables de correspondance entre les deux notations ; c'est ainsi que 2 mm. W. correspondent à 700-800' L. ; encore faut-il que le lecteur ait sa table dans la tête ou sous la main ; quand on se représente la difficulté que pose la réduction des degrés Fahrenheit en centigrades ou *vice versa*, on est bien obligé de convenir que c'est la plus mauvaise des solutions.

Nous choisissons et nous recommandons la notation de la première heure, quel que soit le matériel, comme tentative de standardisation.

Une fois le choix de la solution anticoagulante et du mode de notation fixé, nous arrivons à la question du matériel, dont les tubes diffèrent essentiellement, tant par la longueur que par le calibre ; nous avons procédé à un certain nombre d'essais comparatifs et nous allons indiquer les résultats obtenus dans l'étude de la vitesse de sédimentation d'un même sang dans des tubes de hauteur et de calibre différents.

Nous avons employé des tubes de même diamètre (6 mm.) et de hauteurs différentes (50 mm., 100 mm., 200 mm., 400 mm.)

Les résultats obtenus montrent que la vitesse de sédimentation de la première heure est à peu près indépendante de la hauteur du tube, entre 50 et 200 mm. ; une colonne sanguine de 400 mm. sédimente plus rapidement qu'une de 200 mm. dès le début ; à la fin de la deuxième heure, les tubes les plus longs sédimentent le plus rapidement. Voici deux exemples :

Nº 97

	50 mm	100 mm	200 mm.
30 min.	3 mm.	3 mm.	3 mm.
1 h.	7 —	8	8
2 h.	14	17,5 —	20 —
4 h.	21	30	39
8 h.	26	42	59
16 h.	30	50	70
24 h.	31	52	84

Nº 101.

	200 mm.	400 mm.
20 min.	6 mm.	11 mm.
30 min.	12	22,5 —
1 h.	30	53 —

	200 mm.	400 mm.
2 h.	60 mm.	113 mm.
4 h.	82 —	162
8 h.	93 —	186 —
16 h.	101 -	201
24 h.	106 —	211 —

Comme conclusion nous proposerons de standardiser la durée d'observation en choisissant la fin de la première heure, qui donne des résultats à peu près égaux avec l'emploi des appareils courants. Les amateurs de sédimentations comparées pourront utiliser, parallèlement avec le même sang, trois tubes de W. dans lesquels les hauteurs des colonnes sanguines seront respectivement de 50, 100 et 200 mm. ; nous ne pensons pas que leurs conclusions diffèrent beaucoup des nôtres.

Si nous examinons l'influence du calibre du tube sur la vitesse de sédimentation au bout de la première heure, nous arrivons à cette conclusion qu'elle est à peu près nulle, sauf pour le diamètre de 2 mm.

Le n° 102 nous donne les chiffres suivants pour une colonne sanguine de 50 mm.

2 mm. diamètre	10,5 mm.
3 — —	9 —
4 — —	9 —
5 — — (L.)	9 —
6 — —	9 —

Si l'on poursuit l'observation on constate que des différences légères se manifestent, les petits calibres ayant une influence accélératrice ; pour mieux accentuer ces différences, nous les avons chiffrées en minutes à l'arrivée au repère 18 mm. (n° 102) :

2 mm. diamètre	120 min.
3 — —	140 min.
4 — —	135 min.
5 — — (L.)	172 min.
6 — —	160 min.

Dans la pratique les tubes descendent rarement au-dessous de 5 mm. de diamètre pour des raisons de remplissage (bulles d'air) ou de nettoyage ; les calibres inférieurs sont cependant utilisables sous forme de pipettes, à condition de ne pas atteindre 2 mm.

Les diamètres supérieurs **à 5** mm. n'influencent que très légèrement la vitesse de sédimentation, les gros calibres ayant un effet accélérateur. Voici des résultats de la première heure.

N° 97		
	5 mm. diamètre	37 mm.
	7 — —	38 —
	9 — —	37 —
N° 99		
	5 mm. diamètre	6
	9 — —	7
N° 62		
	5 mm. diamètre	5 mm.
	11 — —	5,5 —

La standardisation des tubes semble n'offrir que peu d'intérêt ; les appareils courants sont équivalents pour la sédimentation de la première heure.

Il découle de cette constatation que l'acquisition d'un matériel spécial n'est nullement indispensable ; il suffit de quelques tubes à essai d'un modèle quelconque, d'un porte-tubes et d'une réglette graduée en millimètres, pour obtenir des sédimentations impeccables.

Nous arrivons maintenant à une question plus importante et plus délicate, celle de la constance et par suite de la valeur de la réaction de sédimentation. Nous avions fait un certain nombre d'essais sur des tubes de hauteurs et de diamètres variés et, après avoir obtenu les résultats résumés ci-dessus, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas intéressant de les contrôler, en répétant ces comparaisons dans des conditions telles qu'on doive obtenir l'égalité, c'est-à-dire en employant du matériel rigoureusement identique, deux tubes de L. ou deux pipettes de W.

Nous avons expérimenté dans des conditions aussi rigoureuses que possible : un seul prélèvement sanguin, citraté dans la seringue et réparti en deux tubes placés côte à côte, un seul lecteur ; la seule différence consistait dans le fait que les deux tubes avaient été remplis successivement, sans intervalle ; pour corriger ce décalage, les lectures étaient faites dans le même ordre.

Les résultats obtenus ont été tantôt satisfaisants et tantôt déconcertants ; il y a eu dans certains cas des écarts considérables. On en jugera par les quinze essais comparatifs suivants, correspondant à une sédimentation d'une heure :

1° *Concordance*

N° 69	1 mm.	1 mm.
— 126	3 —	3 —
— 143	7 —	7
— 103	11	11

2° *Ecart léger*

N° 68	7,5 mm.	8 mm.
— 72	8 —	8,5
— 82	32 —	33
— 108	32 —	33
— 109	33,5 —	35

3° *Ecart moyen*

N° 146	2 mm.	3 mm.
— 95	2,5 —	3 —
— 92	4,5	6 —

4° *Discordance*

N° 166	4,5 mm.	8,5 mm.
— 110	2	6
— 167	1,5	10,5

Ces quelques chiffres montrent que la réaction de sédimentation n'a pas une valeur régulière et constante ; nous conseillons de procéder par tubes jumelés et, dans le cas de discordance, de recommencer la réaction avec l'adjonction d'un ou deux tubes supplémentaires. Nous insistons sur cette inconstance de la sédimentation d'autant plus que nous ne l'avons trouvée signalée nulle part.

Conclusions

La réaction de la vitesse de sedimentation doit être standardisée ; c'est une nécessité en présence des nombreux types d'appareils qui sont en service et des différences de notation ; nous assistons à la même erreur que pour les appareils à tension artérielle.

La standardisation est plus facile à réaliser qu'il ne semble à première vue.

1° On peut se mettre d'accord sur l'emploi du citrate de soude à 5 % comme anticoagulant.

2° On peut ensuite adopter la lecture en millimètres au bout de la première heure.

3° On peut enfin considérer la standardisation de l'appareillage comme secondaire et sans intérêt ; le matériel le plus simple, composé de tubes à essai, est suffisant dans tous les cas.

4° La technique devra procéder par tubes jumelés pour déceler les cas relativement fréquents d'inconstance de la réaction.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des médecins et des étudiants étrangers en France

Par Ch. ACHARD

La campagne que mènent contre les étrangers nos étudiants en médecine ne peut manquer d'avoir hors de nos frontières de fâcheux effets. On ne se privera pas de proclamer que la France soi-disant généreuse et réputée pour accueillir libéralement les étrangers, ne mérite plus cette réputation, et que la xénophobie est devenue chez nous le sentiment général de la Nation.

Nous y perdrons doublement. D'abord l'affluence des étrangers, même aussi peu fortunés que la plupart des étudiants, portera un préjudice matériel aux villes où siègent les Facultés et les Ecoles de médecine ; mais aussi les étrangers qui, ayant vécu dans nos centres universitaires, y ont noué des amitiés, contracté des habitudes, ne répandront plus au dehors nos idées, ne s'adresseront plus à nos fabricants d'appareils et de produits pharmaceutiques. Ils n'engageront plus leurs compatriotes à venir chez nous.

Le préjudice est donc à la fois moral et matériel ; il est à la fois proche et lointain.

Cela dit, convient-il de rejeter en bloc toutes les réclamations de nos étudiants ?

Certes, le pincipal motif qui les inspire est le souci de garder pour eux-mêmes les places et les postes qui leur permettront de gagner leur vie en pratiquant la médecine. C'est la concurrence des étrangers qu'ils craignent dans la lutte pour la vie. Raison bien humaine, mais qu'il ne conviendrait pas de trop publier ni de manier comme un argument bien persuasif.

En réalité il y a des distinctions à faire entre les étrangers. Evidemment l'intérêt que nous avons à attirer ces étrangers ne concerne que les bons, c'est-à-dire ceux qui sont aptes à faire honneur à notre formation médicale.

Aussi verrais-je volontiers instituer à l'entrée dans nos Ecoles et Facultés un examen fort simple pour les étrangers. Ce petit examen consisterait d'abord à s'assurer que l'élève sait assez bien le français pour comprendre une leçon ou un texte de livre, pour interroger un malade, rédiger une observation, répondre à une interrogation. J'ai vu trop souvent dans mon service de clinique de jeunes étrangers de première année, incapables de comprendre les explications données au lit du malade, et tout aussi incapables de rédiger quelques lignes d'observation, invoquer comme une excuse à l'examen leur connaissance insuffisante du français, comme si cette ignorance n'était pas précisément une circontance aggravante. Sans doute on ne saurait exiger d'un élève étranger qu'il connaisse toutes les finesses de notre langue, mais il n'en est pas moins nécessaire qu'il puisse comprendre notre enseignement et faire la preuve de son savoir à l'examen.

En second lieu cet examen préalable porterait sur quelques connaissances biologiques fort simples, du genre de celles qui forment la matière du baccalauréat. On ne demanderait pas tant à l'élève de faire étalage de mémoire que de montrer qu'il a compris ce qu'on lui a fait apprendre et qu'il sait l'exposer avec ordre et clarté.

Je ne pense pas que cette manière de faire puisse porter ombrage aux nations qui reçoivent par réciprocité nos étudiants, en bien petit nombre d'ailleurs.

En ce qui concerne les places données au concours, externat et internat des hôpitaux, je crois parfaitement légitime qu'elles ne soient données aux étrangers qu'en surnombre, comme le demandent nos étudiants. Il s'agit de fonctions publiques et il est naturel qu'elles soient réservées à nos nationaux.

Je crois aussi que les équivalences de diplômes pour l'entrée dans les Facultés et Ecoles doivent être sérieusement appréciées. Pendant les vingt cinq années que j'ai fait partie de la Commission scolaire à la Faculté de Paris, j'ai vu maintes fois des mesures de faveur repoussées par la Faculté, accordées ensuite par le ministère sous l'influence de recommandations politiques et de démarches des légations étrangères.

L'exigence pour les étrangers naturalisés de se soumettre à toutes les obligations militaires des Français est également des plus raisonnables.

Quant au délai de séjour en France, à compter de la date de naturalisation ou de soutenance de thèse, qui serait imposé aux étrangers munis du diplôme d'Etat avant qu'ils soit autorisés à exercer la médecine dans notre pays, il serait proprement prohibitif s'il était élevé à dix ans comme le proposent nos étudiants. Ce n'est ordinairement pas au début de leurs études médicales que les étudiants demandent leur naturalisation, mais seulement quand ils se sentent adaptés déjà à nos manières de vivre, c'est-à-dire vers la fin de leur scolarité. Puis, la naturalisation ne s'obtient pas en quelques semaines, c'est par mois qu'il faut compter ; que feraient ensuite une fois naturalisés, des médecins étrangers, munis d'un diplôme à « retardement » pendant les dix années qu'ils ne pourraient exercer leur profession ? N'est-il pas à craindre qu'ils cherchent pour vivre quelque forme d'activité moins régulière dans quelque officine ou dans quelque entreprise médicale de médiocre aloi ?

Un délai beaucoup plus court à partir de la naturalisation me paraît donc bien préférable.

Il faut aussi bien distinguer parmi les élèves étrangers ceux qui se proposent de s'installer définitivement en France et par qui nous ne pouvons pas nous laisser envahir, et ceux qui, leurs études terminées, retournent chez eux et deviendront pour notre culture de précieux messagers. Qu'on mette donc quelques difficultés à l'obtention du diplôme d'Etat par les étrangers, mais en revanche qu'on s'applique à faire bon accueil aux bons élèves étrangers qui feront honneur chez eux à notre enseignement et serviront notre propagande.

N'oublions pas non plus que la France a fait après la guerre un gros effort pour faire de nos Universités des centres de rayonnement intellectuel dans le monde entier. Elle a encouragé la venue des étrangers chez nous en créant la Cité universitaire. De nombreuses nations ont consenti d'importantes contributions pécuniaires à cette fondation et nous avons pris ainsi envers elles une sorte d'engagement moral pour faciliter aux étudiants étrangers en France la vie matérielle en même temps que l'acquisition de notre culture. Pouvons-nous laisser croire que nous allons renier cet engagement ?

Songeons aussi que ceux de nos professeurs qui vont à l'étranger en mission y reçoivent d'habitude un accueil



enthousiaste non seulement des maîtres, mais des étudiants. Je me souviens qu'à Cluj, où j'arrivais à onze heures du soir avec un retard d'une heure, un groupe de professeurs et une délégation d'étudiants m'attendaient les pieds dans la neige pour me souhaiter la bienvenue. Les étudiants m'ont convié à une fête intime et charmante et m'ont proclamé membre de leur association en qualité d'étudiant de cinquante-cinquième année. A mon départ enfin, ils m'ont apporté dans le train que je prenais deux superbes bouquets, noués de rubans tricolores.

Est-il beaucoup de professeurs étrangers, reçus chez nous, à qui soit réservé pareil accueil ?

Je ne saurais donc trop engager nos jeunes étudiants français à mesurer la portée de leurs revendications et la façon de les présenter, à user envers les étrangers d'une camaraderie qui exclue toute brimade et à compenser par un meilleur accueil et une meilleure entente avec les associations internationales d'étudiants le mauvais effet de leur manifestation récente. Ce n'est pas seulement leur intérêt immédiat et particulier qui est en jeu, mais l'intérêt général et permanent de la nation, qui se confond, il faut bien le reconnaître, avec leur intérêt bien compris.

CHRONIQUE

A propos des groupes sanguins

Au mois de décembre dernier, sous la présidence du Professeur Rathery, la *Société de Pathologie comparée* a entendu le résumé de beaux rapports établis par Kossovitch, par Troisier, par P.-E. Weill, par Bécart, par Tzanck, par Peyre, par Panisset, et consacrés à l'étude des groupes sanguins. Plus spécialement, on a étudié la fixité de ces groupes. Tous les rapporteurs, qualifiés par leur étude approfondie de la question, ont conclu à la non-variabilité des groupes et c'est un point qu'il faut considérer comme acquis.

***

Je n'ai en aucune façon la prétention de sous-estimer la valeur que possède la notion de groupe sanguin : cette notion donne une plus grande sécurité pour la pratique de la transfusion et elle éclaire la nature de certains gènes morbides en montrant leur association avec les gènes héréditaires des divers groupes.

Cependant je crois bon de reproduire ici quelques réflexions que j'ai soumis à la Société et qui résultent de mes observations cliniques.

1° En 1912, quand j'étais interne de Tuffier, j'ai vu faire de nombreuses transfusions. A cette époque, le perfectionnement que représentent le groupage des sangs n'existait pas encore. Or je n'ai jamais vu d'accident qui soit alarmant. Cette constatation vient à l'appui du fait bien connu que le mélange de deux sangs incompatibles peut n'être mortel ni grave. Mais je serais curieux de voir préciser pourquoi, dans un tel cas, il y a des sujets avec réaction et des sujets sans réaction ;

2° Il y a quelques années, je lisais un fort intéressant livre de Vital Aza et Mateo Carreras sur l'obstétrique rurale. Les conditions de la pratique obstétricale sont parfois « sportives » pour nos confrères espagnols. Or Vital Aza et Mateo Carreras qui sont très partisans d'un large emploi de la transfusion dans toutes les hémorragies obstétricales et qui l'ont pratiquée dans des conditions plus que rudimentaires, ne groupent pas les sangs ; mais ils recommandent de transfuser très lentement, infiniment lentement, et ils n'auraient eu ainsi jamais la moindre alerte.

3° J'ai été le premier en France, sauf erreur, à traiter la maladie hémorragique des nouveau-nés par la transfusion de sang maternel dans le sinus longitudinal supérieur et à publier sur ce sujet. J'en ai présenté des observations tout justement à cette même *Société de Pathologie comparée*, le 13 mars 1923 (1) et, dans *La Vie Médicale* du 29 juin 1923, j'ai indiqué que j'avais étendu cette pratique aux enfants athrepsiques ; j'ai, depuis cette époque, à l'hôpital et en clientèle, multiplié ces transfusions. Or, jamais, je n'ai groupé les sangs et jamais je n'ai eu le moindre incident. Cherry et Langrock, puis De Biasi, d'après quatre cents cas, ont montré que, même en cas d'incomptabilité *in vitro*, il n'y avait jamais d'accident chez un nouveau-né transfusé avec le sang de sa mère; cette absence de réaction est bien curieuse et ceci m'amène à vous signaler le travail de Saker paru récemment dans la *Klinische Wochenschrift* : d'après cet auteur, il y a inhibition des agglutines maternelles par la substance de groupe du fœtus au cours du passage dans le placenta.

4° Je voudrais, enfin, insister sur ce que, dans d'assez nombreuses transfusions, malgré un groupage valable, j'ai pu observer des réactions légères parfois, et, parfois, inquiétantes.

***

Pour précieuse que soit la notion des groupes sanguins, je crois, donc, pouvoir suggérer qu'elle n'est pas d'une valeur totale, absolue. Nos connaissances sur ce point sont donc, incomplètes et appellent de nouvelles recherches.

Henri Vignes.

La Revue Sud-Américaine de Médecine

Nous venons de recevoir le dernier numéro de la *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. La disparition de ce journal est une mauvaise nouvelle. La dernière page de ce dernier numéro est consacrée à une nécrologie de Carlos Chagas, un grand nom de la pensée médicale latine.

C'est avec un très vif regret que nous voyons disparaître ce périodique auquel Joao Coelho avait consacré avec tant d'ardeur sa belle activite et pour lequel la librairie Masson avait fait avec libéralité les frais nécessaires.

J'ai dit ici-même (n° du 18 juillet 1931), combien la *Revue Sud-Américaine* était précieuse à quiconque voulait se tenir au courant de l'évolution médicale en mettant les travaux réalisés par les Latins d'Amérique à la portée des Latins d'Europe. Elle n'était pas moins précieuse pour les Latins d'Amérique qui, séparés par leurs frontières, s'ignorent parfois d'une capitale à l'autre. On ne dira jamais assez à quel point ce journal avait une raison d'être.

Et tous les bons travailleurs de la médecine regretteront qu'il cesse de paraître.

Il faut louer Joao Coelho de l'avoir fait naître dans l'enthousiasme ; il faut lui souhaiter de le faire renaître de ses cendres.

Henri Vignes.

(1) Voir aussi la Thèse de mon élève Berthet (Paris, 1922.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tabes

Les ostéo-arthropathies tabétiques de la colonne vertébrale ne le cèdent en rien en fréquence à celle des membres inférieurs, si on prend soin de les rechercher systématiquement, même en dehors de manifestations cliniques. Ne déterminant habituellement aucun trouble nerveux, elles sont méconnues jusqu'à l'apparition toujours tardive des déformations vertébrales, et encore ces déformations peuvent-elles passer inaperçues, lorsqu'elles se produisent de façon graduelle, sans craquements et sans douleurs, ou en imposer au premier abord pour une cyphose du vieillard, lorsque l'effondrement de la colonne lombaire, aboutissant de l'ostéo arthropathie, est masqué par la cypho-scoliose dorsale compensatrice.

Les ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques sont localisées le plus souvent à la colonne lombaire, la cypho-scoliose dorsale associée étant d'ordre mécanique. Elles sont en règle générale cliniquement latentes jusqu'à l'apparition plus ou moins tardive des déformations rachidiennes qui sont d'ailleurs le plus souvent peu importantes.

L'examen radiographique de la colonne lombaire s'impose chez tous les tabétiques polyarthropathiques ou non, la localisation lombaire du processus ostéo-articulaire étant souvent isolée.

Les lésions ostéo-articulaires sont complexes. Elles résultent d'un double processus, ostéoporose et prolifération ostéophytique : l'un ou l'autre peut être isolé momentanément, mais très rapidement ils vont de pair, mélangeant leurs effets dans des proportions variables.

MM. Alajouanine et R. Thurel rapportent deux cas de tabes avec ostéo-arthropathies vertébrales (avec images radiographiques.)

(Th. Alajouanine et R. Thurel. Les ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques. Etude radiologique. *La Presse Médicale*, 17 novembre 1934.)

Pédiatrie

La méningite tuberculeuse est-elle sujette à des variations saisonnières? — La question a été agitée au *VIIIe Congrès des pédiatres de langue française* (Paris, 9-11 juillet 1934). M. P. Woringer, rapporteur, pense que la courbure saisonnière commence à décliner en décembre, monte progressivement jusqu'en mars, et baisse à partir de juin. MM. Ed. Lesné et Budai lui reconnaissent un type saisonnier avec poussées principales au printemps et en automne.

M. Babonneix a relevé tous les cas de méningites tuberculeuses soignées à l'annexe Grancher depuis cinq ans et en a tracé le graphique mois par mois.

a) Il y a eu *quatre maxima* (cinq cas) correspondant aux mois suivants :

Mars 1930 ;
Février 1931 ;
Mars 1932 ;
Janvier 1934 ;
Octobre 1934.

b) Les *minima* ont été pour les mois de :

Août, septembre, octobre 1930 ;
Juin, juillet, septembre 1932 ;
Mars, avril, octobre 1933 ;
Mars, juin 1934.

c) Il y a d'*importantes variations d'une année à l'autre*, puisque, d'une part, en 1930 et en 1932, le maximum des cas a été pour mars, tandis qu'en mars 1933 et 1934, il n'a été reçu aucun cas de méningite tuberculeuse, et que, de l'autre, on compte :

Pour 1930 : 14 cas.
Pour 1931 : 26 cas,
Pour 1932 : 19 cas,
Pour 1933 : 26 cas.

d) Mêmes réflexions en ce qui concerne les *saisons*, nos cas se décomposant ainsi ;

	1930	1931	1932	1933	1934
1er trimestre......	8	10	11	2	6
2e trimestre........	2	7	4	6	5
3e trimestre........	3	5	1	4	7
4e trimestre	1	4	3	7	

e) L'étude du graphique montre l'existence de véritables *vagues* : l'une, de décembre 1930 à juillet 1932, l'autre, qui a commencé en juin 1933 et qui n'est pas encore terminée.

Pour expliquer la fréquence de la méningite tuberculeuse, dans certains mois de l'année, les hypothèses ne manquent pas. Elles incriminent surtout.

Les conditions *météorologiques* : absence, pendant la saison d'hiver, d'air, de lumière et de chaleur, prépondérance des journées froides et humides ; influence du froid, d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune (Ed. Lesné et Dreyfus) : impossibilité (Flexner), à certaines périodes, de transmettre expérimentalement certaines affections.

Les conditions *sociales* : sédentarité, entassement, facilitent, chez les enfants, la contamination : absorption d'aliments partiellement dépourvus de vitamines.

Certaines conditions *morbides* :

Fréquence des affections respiratoires aiguës : catarrhe trachéo-bronchique simple ou grippal, bronchites aiguës rappelant à l'activité des lésions tuberculeuses endormies, surtout dans les ganglions trachéo-bronchiques ;

Fréquence de certaines infections anergisantes, dont la rougeole et la coqueluche.

Ici, il y aurait lieu de faire bien des restrictions.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il n'en reste pas moins que la méningite tuberculeuse est sujette à des variations saisonnières et qu'elle est surtout fréquente en hiver.

(L. Babonneix. Variations saisonnières de la méningite tuberculeuse. *Gazette des Hôpitaux*, 24 novembre 1934.)

Obstétrique

La symphyséotomie à la Zarate est essentiellement caractérisée par la section sous cutanée de la symphyse pubienne avec conservation du ligament arqué sous-pubien. C'est là ce qui la différencie de la symphyséotomie classique à ciel ouvert, qui ne se préoccupait nullement de respecter l'arcuatum.

Alors que dans la symphyséotomie classique, rien ne limitait l'écartement des deux pubis, dans la symphyséotomie de Zarate, l'écartement des pubis est strictement limité par la mise en tension du ligament arqué. Dans une symphyséotomie de Zarate correctement faite, on obtient en général un écartement des pubis de deux centimètres. Le gain que l'on est donc en droit d'espérer dans le diamètre promonto-pubien utile est environ de 4 à 5 millimètres, environ 1/2 centimètre.

La conservation du ligament arqué, caractéristique essentielle du Zarate, si elle limite d'une façon pratiquement fixe le gain dans l'agrandissement du bassin, a un énorme avantage : c'est de rendre à peu près impossible les complications habituelles de la symphyséotomie classique : déchirures des parties molles, lésions des organes génito-urinaires, diastasis des articulations sacro-iliaques.

Pour être efficace, la symphyséotomie à la Zarate ne doit être employée que s'il existe une faible disproportion fœto-pelvienne.

Cette disproportion légère existe dans le cas de :

1° Bassin normal avec gros enfant ou avec une tête mal fléchie ou plus ou moins défléchie.

2° Bassin légèrement rétréci, lorsque l'examen clinique fait penser que l'accouchement par les voies naturelles est très vraisemblable.

Préférable à certaines applications de forceps, difficiles et dangereuses, elle ne paraît pas devoir entrer en parallèle avec la césarienne, comme cela a été longtemps classique pour la symphyséotomie à ciel ouvert avec section de «l'arcuatum». Tout ce que l'on peut dire, c'est que la symphyséotomie de Zarate paraît un moyen plus simple et plus élégant que la césarienne pour parer à une dystocie menaçante apparue au cours d'une épreuve de travail, à condition expresse que la disproportion fœto-pelvienne soit très faible.

Si la disproportion fœto pelvienne est importante, la symphyséotomie à la Zarate ne doit plus être envisagée, car elle resterait inefficace et c'est à la césarienne que l'on doit avoir recours.

Elle ne doit pas être employée trop tardivement. Il ne faut pas attendre pour intervenir que les signes de souffrance fœtale soient manifestes.

Il faut laisser intact le ligament arqué non seulement au


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
Iodo-
Iodure
de Potassium
et
Hamamélidine
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS-VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes
aux 2 principaux repas
3 semaines par mois
LABORATOIRES J. LOGEAIS . BOULOGNE-SUR-SEINE PRÈS PARIS

cours de la section symphysaire, mais encore jusqu'à la sortie de l'enfant. Toute manœuvre de force pour extraire l'enfant faisant courir des dangers à l'arcuatum.

En principe, après toute symphyséotomie de Zarate, pour ne faire courir aucun risque à la mère, il faut laisser l'accouchement se faire spontanément.

Si après symphyséotomie, l'enfant souffre, le plus sage est de temporiser le plus possible, de manière à éviter les risques que peut faire courir au ligament arqué un forceps même très doucement fait.

Onze symphyséotomies de Zarate ont été pratiquées, en deux ans, dans le service de M. Guéniot, avec des résultats très favorables.

(J. Seguy. A propos de la symphyséotomie selon la technique de Zarate. *Le Bulletin Médical*, 27 octobre 1934.)

Thérapeutique chirurgicale

Il faut penser aux injections intra-artérielles d'antiseptiques lorsque les moyens chirurgicaux s'averent insuffisants. Il s'agit là d'un procédé d exception ne suppléant presque jamais l'acte chirurgical mais décisif dans certaines circonstances.

Le cas le plus typique, c'est l'infection très grave d'un membre, pour laquelle on ne voit plus d'autres ressources que l'amputation. Une injection peut sauver le membre.

Les autres indications sont plus discutables. La méthode a pu procurer la rapide guérison de suppurations chroniques rebelles. Mais ici intervient une contre indication formelle, au moins des solutions hydro alcooliques : se garder de ces injections lorsque l'indice oscillométrique est abaissé par rapport au côté sain. Passer outre serait s'exposer à des accidents de sphacèle.

Cette réserve faite, on peut affirmer que les injections intra artérielles d'antiseptiques sont inoffensives pour l'artère, pour le membre, pour l'organisme. Même les injections intra carotidiennes, chez le chien, n'ont entraîné aucun trouble.

Les injections intra-artérielles sont presque aussi simples que les injections intra-veineuses ; elles sont moins dangereuses pour l'organisme.

Elles paraissent agir en partie par les profondes modifications vaso motrices qu'entraine l'irritation de l'endartère qui reproduisent en raccourci celles de la sympathectomie périartérielle, à tel point que ces injections seraient susceptibles de remplacer la sympathectomie périartérielle dans certaines de ses indications.

(Pierre Goinard, Mme Mondzain-Lemaire et Piétri. *La Presse Médicale*, 16 janvier 1935.)

Anesthésie

Que pouvons-nous attendre de l'évipan sodique ? Suivant l'âge et le poids des sujets, malgré la variabilité des doses, la qualité du sommeil anesthésique n'est pas comparable d'un malade à l'autre.

Tel, avec une dose d'un gramme de substance médicamenteuse a une mauvaise narcose, alors que tel autre, avec une quantité proportionnelle moindre, a une narcose de meilleure qualité et de durée supérieure.

C'est uniquement sur l'aspect clinique du sujet qu'il faut se baser pour dire *a priori* ce que vaudra la narcose.

Les facteurs favorables du sommeil à l'évipan sont :

1° L'âge avancé du sujet ;
2° Son état de faiblesse physique ;
3° L'emplacement du champ opératoire.

Voici ce que l'on peut attendre de l'évipan chez un sujet déterminé :

1° Chez un musculaire, jeune, une anesthésie de dix minutes avec plus ou moins d'agitation, si on n'insensibilise pas localement le lieu de l'incision.

2° Chez un jeune, mais diminué dans ses forces vives par la maladie, en complétant avec du protoxyde d'azote-oxygène, on peut compter avec trente à trente-cinq minutes de bonne narcose.

3° Chez un vieillard, en combinant avec la locale ou le protoxyde d'azote-oxygène, ou même avec les deux successivement (locale pour l'incision, évipan pour le temps principal, puis N^2O-O^2 pour fermeture), toutes les durées peuvent être atteintes sans préjudice pour le patient.

Il n en demeure pas moins que, pour que l'anesthésie soit bien réglée, le chirurgien doit faire un diagnostic aussi precis que possible, car on ne peut conduire de même façon une narcose de vingt minutes et une narcose d'une heure, quand on emploie ces méthodes, d'un maniement plus délicat que celui des autres anesthésiques généraux, mais plus précieux pour l'avenir et le bien-être des malades.

(M. Guy, Grenoble : Ce que l'on peut attendre de l'évipan sodique. *La Presse Médicale*, 29 décembre 1934.)

Varia

Ce sont toujours des malades, infectés et fébricitants, qui manifestent une sensibilité particulière à l'égard de l'ergot ou de ses alcaloïdes (H. Saenger, *Zentralblatt f. Gynäkologie*, n° 10, 1929). Chez l'animal, également, l'infection prédispose aux accidents d'ergotisme gangreneux.

Quant à la nature de cette idiosyncrasie provoquée par l'état infectieux, nous en sommes réduits aux hypothèses dont les plus séduisantes me paraissent être celles d'altérations des parois vasculaires ou d'un dérèglement du système nerveux végétatif.

(Professeur Roch, de Genève. Ergotisme gangréneux. *La Presse Médicale*, 5 janvier 1935.)

* * *

On disait, autrefois, que trois ans de plâtre et trois ans de corset suffisaient à la guérison du mal de Pott, aujourd'hui on est plus pessimiste. La base du traitement est toujours l'immobilisation dans le plâtre pendant de longues années. On essaie de perfectionner ce traitement à l'aide des opérations d'ostéosynthese des apophyses épineuses par greffe osseuse. Mais jamais, on ne pourra prédire avec précision la date de la guérison complète.

(Professeur Mathieu. Sur le diagnostic du mal de Pott. *Journal des Praticiens*, 12 janvier 1935.)

* * *

ERRATUM. — Dans le n° du 2 février 1935, au paragraphe : *Thérapeutique*, La chrysothérapie..., au lieu de : Professeur Leuret, lire Docteur René Mignot.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1935

Sur les érythroblastoses infantiles à type familial ou racial. — ***MM M. Péhu*** et ***R Noël*** (de Lyon), tracent un schéma nosologique des *érythroblastoses*, maladies caractérisées par la *présence permanente, dans le sang circulant, de nombreuses hématies nucléées*, à une époque de la vie infantile où, normalement, elles n'existent plus. Physiologiquement les globules rouges « non mûrs » disparaissent de la circulation générale à partir du sixième mois de la vie intra-utérine. Certes, des formes anormales peuvent réapparaitre dans le sang au cours d'états pathologiques divers, accompagnés d'une regénération sanguine (anemies, maladies parasitaires) ou causés par une néoplasie (leucémies). Mais la modification sanguine survient comme conséquence de la maladie et son existence, est transitoire. Dans les érythroblastoses au contraire cette perturbation forme le substratum même permanent de l'affection

Les érythroblastoses comprennent deux groupes de maladies. Le premier est constitué par : l'*anasarque fœto-placentaire, type Schridde*), — l'*ictère grave du nouveau-né*, — l'*anémie grave du nouveau-né*. L'autre est represente par l'*anémie type Cooley* encore appelée thalassanemie ou anémie mediterraneenne. Elle frappe la première et la deuxième enfances. Elle est observée uniquement sur des sujets habitant les régions situées au nord-est de la Méditerranée : Italiens, Grecs, Syriens et Arméniens. Dans nos régions on n'observe que le premier groupe.

Les érythroblastoses sont familiales ou raciales. L'évolution du globule rouge ne s'effectue pas dans un sens normal : il demeure une cellule nucleée.

Considérations sur l'évolution de la dissociation auriculo-ventriculaire. — *MM. A. Clerc. Zadoc-Kahn* et *André* présentent l'observation d'une malade âgée de 76 ans, chez laquelle se développa une dissociation auriculo-ventriculaire complète avec troubles fonctionnels d'intensité progressive. Le 28 mars 1934, se produisait une crise type Stokes-Adams, particulièrement grave puisqu'elle aboutit à une syncope, avec arrêt complet de la respiration, et même du cœur, arrêt vérifié à l'électro-cardiogramme, après une phase de Flutter ventriculaire. Une injection intracardiaque de 1 c.c. d'adrénaline à 1/1000 amena la reprise des battements d'abord tumultueux puis réguliers, et au bout, de quelques minutes tout se rétablit comme avant la crise. Du mois de mars au mois d'août il ne persiste que quelques vertiges, à ce moment sans raison apparente, la dissociation se supprime et le pouls se met à battre à raison de 60 à la minute. A part une reprise passagère au début d'octobre cette situation ne s'est plus modifiée et la malade va et vient dans la salle en évitant seulement toute fatigue.

Au sujet de la vaccination contre la fièvre jaune. — *M. Ch. Nicolle*. — Tant qu'on ne peut, sans danger, employer le virus seul, la séro-vaccination rend des services. Dès qu'une méthode, utilisant le virus seul, se montre inoffensive, la séro-vaccination de la fièvre jaune aurait pu rendre des services si un procédé plus simple et plus efficace, celui du vaccin vivant et atténué, ne s'était imposé. Il s'est imposé ; la séro-vaccination n'a droit qu'à un éloge posthume. Elle le mérite.

Contribution à la pathogénie de l'épilepsie. — *MM. Ph. Pagniez* et *P. Salles* ont pensé qu'il pourrait y avoir et se sont demandé si les épileptiques qui paraissent des sujets à métabolisme hydrique assez spécial présenteraient communément cette augmentation rapide par hydratation, et si cette modification aurait sur la répétition des crises une influence analogue à celle de l'ingestion d'eau accompagnée d'injection d'extrait pituitaire.

« Chez cinq jeunes femmes atteintes de mal comitial avec crises de fréquence habituelle, ni trop rapprochées, ni trop éloignées, nous avons pratiqué une série d'injections d'insuline à la dose moyenne de 20 unités chaque jour.

« Quatre fois l'augmentation de poids a été immédiate, et une fois brusque et importante (1.500 grammes en vingt-quatre heures). Dans un seul cas, la cure d'insuline a au contraire été accompagnée d'une diminution de poids assez notable. Dans trois cas, nous avons poursuivi les injections pendant dix jours. Dans deux, pendant cinq.

« Ces malades au cours de cette épreuve ne se sont pas comportés d'une façon anormale et n'ont pas témoigné d'une disposition spéciale à la rétention aqueuse. En effet, plusieurs jeunes femmes chez qui nous avions eu recours aux injections d'insuline pour remonter l'état général et obtenir un engraissement ont eu une augmentation de poids semblable à celle que nous avons obtenue chez ces quelques épileptiques.

« Par ailleurs, ces malades n'ont présenté aucune augmentation des crises, du fait de la cure insulinique. Dans trois cas, on n'a observé aucun accident comitial pendant la durée des injections. Dans deux cas, on a enregistré quelques accidents de petit ou de grand mal, mais qui n'ont pas été en nombre plus fréquent qu'avant ou après l'épreuve. Celle-ci permet donc de penser qu'il ne suffit pas d'élever temporairement l'hydratation de l'organisme de l'épileptique pour provoquer l'apparition d'une crise. »

Contribution à l'étude du rôle que le silicium semble jouer dans l'immunité contre la tuberculose pulmonaire. — *MM. R. Royo Villanova* et *J. Pardo Canalis* (de Saragosse).

Pronostic de l'infection tuberculeuse primitive de la conjonctive. — *MM. Morax* et *Rist*.

Election de deux correspondants étrangers dans la troisième division (Hygiène).

Classement des Candidats. — En première ligne : MM. GENGOU (de Bruxelles) et DOERR (de Bâle).

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique :

MM. Guglielminetti (de Berne), Fitz Gérald (de Torento), Ricardo Jorge (de Lisbonne), Martinez Vargas (de Barcelone) et Zinssel (de Boston).

MM. Gengou et Doerr sont élus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 février 1935

Nouvel appareil pour la mesure de pression artérielle le « Pulsotensiomètre ». — *M. René Giroux* présente un nouvel appareil pour la mesure de la pression artérielle. Il s'agit d'un oscillomètre d'un modèle particulier, d'une grande sensibilité et d'une manipulation simple et rapide. Cet appareil permet de mesurer très rapidement et avec précision les pressions maxima et minima et la pression moyenne dynamique. Il est appelé à remplacer les appareils auscultatoires dont il a la rapidité de mesure en y ajoutant les avantages de la méthode oscillométrique : C'est un appareil construit pour les besoins de la pratique courante. Il n'est plus nécessaire en effet, d'avoir deux appareils pour étudier le système circulatoire, mesurer la pression artérielle ; le Pulsotensiomètre répond aux nécessités de la clinique journalière.

Ecarteur pour la région cervicale. — *M. Dartigues* au nom du Sr. *Perséguers* (de Caen), présente un écarteur autostatique pour la chirurgie de la région cervicale et en particulier de la thyroïde et du sympathique cervical et stellaire : il permet une précision et vision très directe dans ces opérations. Cet instrument est basé sur le principe du blépharostat du Docteur Pley, employé en ophtalmologie.

Polynéoplasies associées ou successives. — *M. Dartigues*, sous ce nom désigne les cas de malades qui ont dans le courant de leur vie, plusieurs néoplasmes apparaissant simultanément ou successivement. Il apporte un certain nombre de cas, mais, en dehors de l'intérêt de ces cas particuliers, Dartigues tire une conclusion d'importance générale : Toute tumeur bénigne ou maligne doit être opérée ou traitée par des moyens physiothérapiques appropriés, car elle est l'indication le plus souvent d'un terrain apte à la néoplasie bénigne ou maligne ou associée dont il faut prévenir des manifestations successives, par un traitement modificateur au moyen de sels de magnésium ou autres et de l'exercice physique qui régularise la situation, évite les stases sanguines et vivifie l'organisme.

La révalorisation du capital humain qui dort. — *M. G. de Parrel* apporte des précisions sur le programme de récupération qu'il conviendrait de suivre pour réadapter socialement les déficients sensoriels, moteurs ou psychiques ; aménagement des lois et budgets ; dépistage précoce et recensement ; création de centres de récupération ; apprentissage professionnel et placement, etc. Les dépenses d'aujourd'hui se traduiront demain, pour l'Etat, par de larges économies d'assistance. L'enfance déficiente représente un capital humain qui dort et qu'il faut récupérer.

Tumeur lympho-épithéliale du cavum demeurée guérie sept ans après rœntgenthérapie. — Pour *M. M. Joly*, la rœntgenthérapie est une méthode qui ne mérite nullement le qualificatif d'aveugle qu'on lui décerne quelquefois. A propos d'une guérison durable, l'auteur indique à quelle précision est arrivée actuellement la technique rœntgenthérapique.

Protéinothérapie lactique et réaction thermique. — *M. Pron* (d'Alger) résumant les constatations qu'il a faites après plusieurs années d'emploi des injections de lait dans l'ulcère gastroduodénal fait remarquer que, toutes les conditions étant égales, la fièvre a manqué dans la moitié des cas ou n'a été que légère. Il ne s'explique pas cette divergence par rapport aux résultats classiquement admis.

Cure ambulatoire des fistules extrasphinctériennes. — *M. Robert Kaufmann* reprend l'anatomie pathologique et montre que la notion de fistule borgne externe est erronée. Il définit le « plan principal » dans lequel il dispose l'anse à drainer et la ligature qui sectionne le trajet. Il a guéri ambulatoirement quatorze cas consécutifs sans immobiliser le malade dont quelques-uns présentaient des récidives multiples antérieures.

G. LUQUET.

PANSEMENTS STÉRILISÉS

« EFER »

A la suite de l'admission au Tarif de l'Association générale des Syndicats des pharmaciens de France et des Colonies des pansements stérilisés présentés sous boîtes de carton paraffinées, nous avons reçu de nombreuses demandes de renseignements à ce sujet.

Nous avons pensé être agréables à nos lecteurs en leur procurant tous les renseignements possibles à ce sujet, dans la notice suivante:

Notice technique. — *Pansements « Efer ».* Ces pansements sont stérilisés à la vapeur sous pression à 135°, pendant une heure.

Les examens bactériologiques pratiqués sur des échantillons prélevés sur chaque étuvée ont toujours démontré la stérilisation effective des échantillons.

Ces pansements sont contenus dans des boîtes en carton imperméabilisé par procédé breveté et stérilisés après leur mise en boîtes. Ce conditionnement offre un très grand avantage sur celui présentant les pansements dans des boîtes métalliques : une très grande économie, avec des garanties d'asepsie égales sinon supérieures.

La fermeture des boîtes métalliques nécessite soit une soudure-métal, soit une fermeture plus ou moins étanche obtenue à l'aide d'une substance adhésive imperméable quelconque (sparadrap, gutta, etc....) et faisant intervenir un « raccord ».

Dans ces divers cas, la fermeture hermétique ne peut avoir lieu que dans des conditions assez difficiles. Et il y a toujours le risque des souillures accidentelles au cours des manipulations : la soudure métal peut se mettre à l'étuve, celle de tissu emplastique ne peut se placer qu'au sortir de l'étuve, avec manipulations dangereuses pour l'asepsie.

Au contraire, dans le conditionnement des **Pansements « Efer »**, l'enrobage total de la boîte en carton, par ce procédé, s'effectue sans aucune solution de continuité, sans aucune soudure, sans rouleau obturateur plus ou moins exactement rapporté sur la fente d'ouverture de la boîte.

Donc, pas de glissements possibles, pas de souillures par les doigts des manipulateurs.

Les boîtes en carton sont plongées dans une solution spéciale à base de paraffine fondue, aseptique, à une température de plus de 100°.

Par refroidissement, cette solution forme un enduit totalement imperméable à l'air, et par conséquent à l'abri des souillures atmosphériques, des poussières et des microbes qu'elles renferment.

Cet élément de garantie — d'ordre physique et chimique — qui paraît évident *a priori* a été confirmé par les constatations de fait — d'ordre bactériologique — au cours des analyses effectuées depuis plusieurs années.

Chaque étuvée est numérotée et sur chacune de ces étuvées, des échantillons sont prélevés qui sont soumis au contrôle bactériologique dans des conditions offrant toutes garanties.

Les méthodes d'analyses employées sont les plus sûres, conformes à celles adoptées par les Hygiénistes les plus qualifiés, approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et employées par les ministères de l'Hygiène, de la Guerre, de la Marine, des Colonies.

Plusieurs laboratoires officiels et notamment le Laboratoire municipal de Paris, ont examiné les **Pansements « Efer »** et constaté leur stérilisation parfaite, *depuis plusieurs années.*

Il est donc établi que les **Pansements « Efer »** stérilisés, en boîte de carton imperméabilisé par procédé breveté, bien qu'étant d'un prix extrêmement modique, *offrent toutes garanties d'asepsie.*

Ils sont ainsi supérieurs aux pansements en boîtes métalliques d'un prix trop élevé, et dont le mode de fermeture n'offre pas toujours toutes les garanties désirables.

L'abaissement du prix de revient des **Pansements « Efer »** ne nuit, en aucune manière, à leur qualité supérieure. Le paquetage est des plus soignés : papier filtre, boîte carton, papier spécial extérieur et enrobage dans la solution isolante et imperméable.

Ces pansements, placés dans une cuvette d'eau, continuent à flotter indéfiniment. A l'ouverture de la boîte, après immersion prolongée, on ne constate aucune humidité des pansements, aucune augmentation de poids : imperméabilité absolue.

En résumé, l'innovation réalisée par les **Pansements « Efer »** stérilisés, en boîtes carton imperméabilisé par procédé breveté, permet de les substituer, avec avantage à tout autre mode de conditionnement actuellement connu, notamment aux pansements en boîtes métalliques.

Les examens bactériologiques de contrôle de la stérilisation des **Pansements « Efer »** ont démontré la stérilisation effective des échantillons prélevés.

Nous précisons que les nombreuses présentations figurant sous la rubrique des **Pansements stérilisés « Efer »** sont livrées avec prix imposés pour la vente au public.

Ces pansements sont fabriqués par les :

ÉTABLISSEMENTS J. CANARD

Manufacture française de Coton hydrophile et d'Objets de pansements

à ROANNE (Loire)

qui enverront sur simple demande, tous renseignements complémentaires ainsi que tarifs, notices et échantillons.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par çu par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Claude Bernard, Bichat et... les petits esprits

« Lorsque Bichat vient nous déclarer qu'elle (la vie) est l'ensemble des forces (1) qui résistent à la mort, que nous apprend il de plus que la chanson de M. de La Palice ? Un quart d'heure avant sa mort il était encore en vie ».

Ainsi en juge Lancelot (*Le Temps*, 24 janvier 1935).

Il y a longtemps que Paul Janet (Schopenhauer et la physiologie française. Cabanis et Bichat, *Revue des Deux Mondes*, mai 1880) s'est chargé de répondre à ceux qui ne comprennent pas la définition de Bichat :

« Cette définition semble au premier abord une tautologie, car elle ne paraît dire autre chose que ceci : c'est que la vie est le contraire de la mort tandis que la mort à son tour ne nous est connue que comme le contraire de la vie. Mais ce serait se méprendre que de réduire la pensée de Bichat à des termes si frivoles. Claude Bernard lui donnait un sens bien plus sérieux, qui était le véritable, en disant qu'elle pouvait se traduire en ces termes : « La vie est l'ensemble des propriétés *vitales* qui résistent aux propriétés *physiques* ». Ce que Bichat voulait exprimer, c'était l'antagonisme de la vie et du milieu organique ».

Arrêtons là cette citation. Schopenhauer écrivant, en 1852, à son ami Frauenstädt, s'indignait déjà contre un certain V... qui se permettait « de traiter de superficiels les immortels écrits de Bichat », et Claude Bernard a parlé des « petits esprits » qui s'emploient à lui faire dire ce qu'il n'a pas dit.

La philosophie de Claude Bernard

Le 6 janvier, l'Assemblée française de médecine générale, réunie au Collège de France rendait un solennel hommage à Claude Bernard.

Des discours furent prononcés par les Professeurs Carnot, Mayer, Roger, Arsonval ; enfin par le docteur Godlewski, l'animateur de cette nouvelle association qui fait songer à celle que deux jeunes gens, Bichat et Alibert, avaient fondée au lendemain de la Révolution. En créant la Société médicale d'Emulation, ils avaient voulu « réaliser un pacte d'union entre ceux qui savent et ceux qui désirent savoir ». Avec le même enthousiasme, le docteur Godlewski poursuit le même but.

Et comme l'a dit P. Desfosses, « à une époque où tant d'êtres humains s'agglutinent autour des idées dites reçues et s'incrustent dans des institutions périmées, il est réconfortant de voir un homme sortir des sentiers battus et créer par ses seuls forces une œuvre nouvelle, rayonnante et belle ».

Dans son discours (publié *in extenso*, comme tous ceux prononcés ce jour-là, dans le n° de janvier de la *Médecine générale française*, avec de nombreux textes inédits de Cl. Bernard), le Professeur Roger a voulu s'arrêter surtout à la partie philosophique de l'œuvre de Claude Bernard.

« Il y a quelques années, je lisais dans un ouvrage signé d'un de nos plus grands écrivains, dont la gloire est depuis longtemps consacrée par son entrée à l'Académie française, je lisais que Claude Bernard fut un grand expérimentateur, mais un philosophe médiocre. C'est de ce jugement, qui me semble inique, que je voudrais faire appel.

« La plupart des grands savants, qu'ils aient été mathématiciens, physiciens ou biologistes, ont été conduits à s'élever au-dessus des faits et à formuler des conceptions hypothétiques. Ceux-là même qui se sont défendus de faire des hypothèses — *hypotheses non fingo*, disait Newton — n'ont pas échappé à cette règle. Le génie ne peut pas et ne doit pas rester cantonné dans le cercle étroit tracé par l'expérience. Il est constamment forcé de s'en évader pour se lancer sur le vaste terrain de l'inconnu qu'il jalonnera d'hypothèses hypothèses utiles, indispensables même à la marche du progrès.

« Les conceptions philosophiques de Claude Bernard sont exposées dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* qui est le bréviaire de tout expérimentateur et même de tout médecin voulant s'évader de l'empirisme. Cet ouvrage, qu'on doit mettre à côté du *Novum organum* et du *Discours de la méthode*, qui leur est même supérieur, a reçu la consécration officielle : il a été inscrit au programme des classes de philosophie.

« L'ouvrage fondamental du Maître est complété par les deux volumes sur les *Phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*. Son séjour au Muséum l'avait conduit à étudier la physiologie végétale et l'avait amené à la conception grandiose de l'unité de la vie sous les apparences diverses. Ce fut sa dernière pensée, à laquelle la mort ne lui permit pas de donner l'expression ultime. Et si, au moment suprême, il éprouva quelques regrets, ce ne fut pas de quitter ce monde où il avait été accablé par les douleurs physiques et morales, ce fut de partir avant d'avoir exprimé toute sa pensée. Mais un homme de génie a-t-il jamais terminé son œuvre ?

« Quand on étudie les manifestations de la vie, on est forcément conduit à s'intéresser à la querelle, sans cesse renaissante, des spiritualistes et des matérialistes. Les premiers réclament Claude Bernard pour ses assertions sur l'idée directrice qui impose une forme à la matière, les seconds réclament Claude Bernard pour ses assertions sur les fonctions du cerveau.

« L'idée directrice, qu'on a rapprochée, bien à tort, de la cause formelle d'Aristote, est la simple expression d'un fait. « La morphologie organique, dit Claude Bernard, caractérise l'être vivant. Mais cette loi morphologique qui donne naissance à la matière organique est servie par les forces physico-chimiques générales » Cette dernière remarque est parfaitement exacte : elle prévoit ce que l'expérimentation a réalisé. Car nous sommes capables aujourd'hui d'agir sur l'idée directrice : d'innombrable travaux démontrent le rôle des substances minérales dans le maintien du plan primitif : d'autres établissent que nous sommes capables d'imposer de profonds changements à la forme, ce que réalise déjà la tératologie expérimentale ; ils mettent en évidence le rôle du système nerveux et des hormones dans la direction morphologique, ils confirment ce qu'avait pressenti Claude Bernard, mais il faut reconnaître que jusqu'ici l'expérimentation n'a pas été capable de changer le plan général ; il ne modifie que les détails.

« Nous pouvons donc conserver l'expression de Claude Bernard, qui est une étiquette commode, placée sur une série de phénomènes, comparables à ceux qui se produisent dans le monde anorganique. D'ailleurs Claude Bernard rapproche la forme des êtres vivants de la forme des cristaux, la reconstitution du membre amputé de la redintégration cristalline (*Phénomènes de la vie*, I, 294) et il ajoute : « L'être vivant est comme la planète qui décrit son orbe elliptique, en vertu d'une impulsion initiale... Mais la cause qui lui a imprimé son impulsion initiale est en dehors de ses phénomènes actuels et liée seulement à l'équilibre cosmique général. Il faudrait changer le système planétaire tout entier pour le modifier ». Il finit par cette conclusion, qui est le résumée synthétique de tout ce que la science a réalisé depuis son époque : « Dans un autre équilibre cosmique, la morphologie serait autre » (*Ibid.*, p. 1 et 333).

« L'étude du système nerveux a conduit Claude Bernard à aborder les plus hauts problèmes de la psychologie.

« Or, depuis que la psychologie existe, deux théories s'affrontent qui comptent aujourd'hui encore de zélés partisans et d'ardents adversaires. L'une, la théorie spiritualiste, trouve sa meilleure formule dans l'œuvre de Bergson. Elle s'exprime ainsi : « Le cerveau est un organe de pantomime, son rôle est de mimer la vie de l'esprit et de mimer aussi les situations extérieures auxquelles l'esprit doit s'adapter. . . .il constitue le point d'insertion de l'esprit dans la matière... Il n'est donc pas, à proprement parler, un organe de pensée, ni de sentiment, ni de conscience ». (H. Bergson, *L'Energie spirituelle*, p. 50, Paris, 1919.)

« A cette théorie qui fait du cerveau un relai entre l'âme immatérielle et immortelle et le corps matériel et périssable, s'oppose la conception appelée, fort improprement d'ailleurs, matérialiste. Elle est synthétisée par la phrase bien connue de Cabanis : « Pour se faire une idée juste des opérations dont résulte la pensée, il faut considérer le cerveau comme un organe particulier, destiné spécialement à la produire, de même que l'estomac et les intestins à opérer la digestion, le foie à fil-

(1) Bichat a dit *fonctions*.

trer la bile. ». D'où la conclusion que le cerveau digère en quelque sorte les impressions, qu'il fait organiquement la sécrétion de la pensée» (Cabanis, *Rapports du physique et du moral de l'homme*, 4e éd., I, 133-134, Paris, 1824), ce qu'on peut exprimer encore par la phrase célèbre : « Le cerveau secrète la pensée comme le foie secrète la bile». Cette formule est plus imagée qu'exacte. Nous ne pouvons plus comparer aujourd'hui la pensée à une sécrétion, puisque la pensée est un phénomène dynamique, rentrant dans le groupe des actes réflexes. Mais, à l'époque de Claude Bernard, la comparaison était acceptable.

« Voilà, en tout cas, deux conceptions opposées. Laquelle choisir ? Notre sentiment est libre d'adopter l'une ou l'autre. Mais un homme de science, quand il se trouve en face de deux hypothèses, doit retenir celle qui conduit à des recherches nouvelles. Or l'hypothèse spiritualiste doit susciter d'éloquentes dissertations ; seule l'hypothèse dite matérialiste comporte des expériences. Serait-elle absolument erronée, elle devrait être retenue.

« A l'appui de cette opinion, je puis invoquer l'autorité de Kant, qui considère le matérialisme comme une erreur, mais une erreur nécessaire au développement de la science.

« Quelle fut, devant cet éternel problème, l'attitude de Claude Bernard ?

« Permettez-moi d'ouvrir une parenthèse.

« Grâce à la complaisance de M. Genty, bibliothécaire de l'Academie de médecine, j'ai eu entre les mains un manuscrit dont j'ai publié les passages les plus importants. (Notes inédites de Claude Bernard, *La Presse Médicale*, 15 novembre 1933, p. 1785-1789). C'est un recueil de notes sur la physiologie, que Claude Bernard avait rédigé pendant son internat ; on y relève des réflexions fort intéressantes et quelques idées qu'il développa plus tard et qu'il soumit au contrôle de l'expérience. Or, dans ce cahier, se trouve un autre manuscrit qui est une analyse assez détaillée de l'œuvre de Gall. Cette constatation n'est pas dépourvue d'intérêt, car il semble qu'au début de sa carrière, Claude Bernard ait été fortement impressionné par les conceptions de Gall et par les expériences de Flourens. Celles-ci conduisaient à admettre que les phénomènes intellectuels se développent dans l'écorce cérébrale. L'extirpation de cette partie des centres nerveux transforme les animaux en automates. Claude Bernard accepta les résultats de l'expérience ; il admit que l'intelligence peut être localisée dans l'écorce cérébrale. Mais il va plus loin, car il ajoute que « Gall avait eu le mérite de ramener les qualités morales au même siège, au même organe que les facultés intellectuelles ». (Discours de réception à l'Académie française, *La Science expérimentale* p. 412, Paris 1878.)

« Les travaux récents semblent confirmer cette double déduction. Les études de Setchenoff qui datent de 1863 sur les réflexes cérébraux, celles de Betcherew, celles de Pawlow sur les réflexes conditionnels, réflexes d'acquisition de Charles Richet, nous donnent de précieux renseignements sur le mécanisme des associations d'idées ; ils démontrent que le développement intellectuel est lié au développement de nouveaux réflexes cérébraux ; ils tendent à établir que les actes relevant de la morale peuvent être considérés comme des actes inhibitoires s'opposant aux réflexes instinctifs. Considerons par exemple un chien affamé qui voit un morceau de viande. Un réflexe instinctif, ou réflexe inné, pousse le chien à s'emparer de l'aliment, par conséquent à commettre un vol ; mais il aperçoit son maître, il redoute une correction. Et cette crainte de la correction, qui est un réflexe conditionnel, c'est-à dire un réflexe acquis, l'empêche de satisfaire son appétit. Voilà ce qui se passe chez l'animal, qu'on en fasse, si l'on veut, l'application à l'homme.

« A l'époque de Claude Bernard, où la physiologie du cerveau était à peine ébauchée, on avait le droit d'hésiter entre les théories adverses. Or, Claude Bernard n'hésita pas. Il comprit que « les phénomènes métaphysiques de la pensée, de la conscience et de l'intelligence, qui servent aux manifestations diverses de l'âme humaine, considérées au point de vue physiologique, ne sont que des phénomènes ordinaires de la vie et ne peuvent être que le résultat de la fonction de l'organe qui les exprime» (*La Science expérimentale*, p. 373), et il ajoute : « Sous le rapport des conditions organiques ou physico-chimiques de ses fonctions, le cerveau ne nous présente rien d'exceptionnel» (p. 391). Sur ce point encore, Claude Bernard avait vu juste : les travaux modernes établissent que le cerveau, pendant son fonctionnement, est le siège de modifications chimiques et électriques, identiques à celles qui se produisent dans le muscle. « Il faut renoncer à l'opinion que le cerveau forme une exception dans l'organisme, qu'il est le substratum de l'intelligence et non de son organe. Cette idée est non seulement une conception surannée, mais c'est une conception antiscientifique, nuisible aux progrès de la physiologie et de la psychologie» (p. 402). La conclusion est encore plus explicite : « Le cerveau est l'organe de l'intelligence au même titre que le cœur est l'organe de la circulation, que le larynx est l'organe de la voix» (p. 403).

« Une différence cependant semble séparer le fonctionnement du cerveau du fonctionnement de toutes les autres parties de l'organisme. Quand bien même on arriverait à ramener à un fonctionnement organique la psychologie tout entière, on n aurait pas l'explication de la manifestation la plus élevée du psychisme, je veux dire la conscience. Comment, du fonctionnement complexe de ces nombreux appareils dont l'ensemble constitue la masse cérébrale peut on s'élever à la sensation de l'unité. Comment cet assemblage de mécanismes peut il aboutir à la personnalité et à la notion du moi.

« Claude Bernard n'a pas voulu esquiver la question. Homme de science, il a admis comme hypothèse, hypothèse de travail si l'on veut, il a admis que la conscience elle-même ne mérite pas une place privilégiée. Voici ce qu'il a écrit dans le rapport qu'il rédigea à la demande de Duruy, en 1867 : « Ce qui à première vue, dit-il, paraît impossible, c'est de comprendre comment la sensibilité, d'abord inconsciente, peut devenir ensuite consciente. Je pense que c'est là une question que la physiologie parviendra à résoudre. » (*De la Physiologie générale*, Ed. Hachette, 1872, p. 253.)

« La physiologie, malgré les beaux travaux de Lœb, n'a pas encore donné de réponse à la question, mais peut-être n'en donnera-t-elle jamais. Car on peut se demander si le problème est bien posé. Comme l'a fait si justement remarquer Hume, la conscience du moi s'accompagne toujours d'une sensation ou d'une idée ; notre conscience n'est qu'une « collection d'idées différentes qui se succèdent avec une incompréhensible rapidité et se trouvent dans une fluctuation et un mouvement continu. » La notion abstraite du moi ne serait alors que la dernière illusion de la métaphysique.

« Les théories scientifiques de Claude Bernard lui ont fait préférer Aristote à Platon et l'ont conduit à rejeter les doctrines platoniciennes, « car celles-ci ont repoussé la science..., elles ont exercé une influence défavorable sur ses développements... contre laquelle nous avons encore à lutter de nos jours » (*Phénomènes de la vie*, II, 405, 407). Il faut en effet déblayer le terrain des théories anciennes pour bâtir la psychologie nouvelle basée sur la physiologie. Car la physiologie, dit Claude Bernard, « doit éclairer aussi les mécanismes de la psychologie, elle est appelée par conséquent à réagir directement sur les opinions philosophiques ». On ne pouvait mieux dire, on ne pouvait mieux prévoir l'évolution moderne. La conclusion, Claude Bernard n'a pas craint de la formuler dans son discours de reception à l'Académie française. « Il n'y a reellement pas de ligne de séparation à établir entre la physiologie et la psychologie. » Tous les biologistes accepteront cette assimilation qui nous propose de faire rentrer la psychologie dans le cadre de la physiologie. Peu importent les protestations qui peuvent surgir. Comme le dit Claude Bernard, « nous n'avons qu'à continuer nos investigations et à attendre patiemment les solutions de la science. Elle ne peut nous conduire qu'à la vérité et nous tenons pour certain que la vérité scientifique sera toujours plus belle que la création de notre imagination et que les illusions de notre ignorance ». (*La Science expérimentale*, p. 148). »

Claude Bernard ou le philosophe malgré lui. — Sous ce titre M. Pierre Mauriac vient aussi de consacrer un article à la philosophie de Claude Bernard (*Mercure de France*, 15 janvier 1935, pp. 225-241).

« Il est dangereux pour un savant, écrit-il, d'être traité en philosophe ; les biologistes sont surtout menacés, car plus que les autres ils souffrent de l'éternelle contradition entre le déterminisme physico-chimique, leur règle suprême, et la forme métaphysique évolutive sans laquelle la vie ne serait pas ; une plainte qui leur échappe ou la moindre manifestation d'un débat intérieur prend vite tournure philosophique.

« Aussi (comme M. J. Duclaux dernièrement au Collège de France), la plupart des savants avouent simplement leur impuissance :

> ... La tâche apparaît comme au-dessus de nos forces, et le seul conseil que puisse donner la raison est d'y renoncer. Mais alors nous sommes obligés d'admettre que les choses sont ainsi par l'effet d'une intelligence plus forte que la nature et dont il est interdit de connaître les desseins, et cette solution est encore moins acceptable. Se contenter de tout rapporter à la sagesse infinie d'un créateur est une solution de désespoir à laquelle l'homme ne pourrait souscrire sans signer sa propre déchéance.

« Ce fut en somme la position qu'adopta toujours Claude Bernard, et nous n'aurions pas de compte à lui demander si, pour son malheur, on n'avait voulu faire de lui un philosophe.

« Dans l'atmosphère du laboratoire, la méthodologie qu'il a écrite garde toute sa valeur, mais du haut d'une chaire doctrinale elle étale sa pauvreté et ses contradictions. Je l'ai dit un jour (1) et ma critique fut jugée sacrilège ; on m'accusa des plus noirs desseins, les uns me soupçonnant de vouloir exalter le spiritualisme en plaçant Pasteur au premier rang, d'autres me reprochant d'accaparer Cl. Bernard pour des fins cléricales : « L'Église a le bras long et ce n'est pas la première fois qu'elle cherche à mettre la main sur les grands hommes », écrit M. Georges Bohn à mon propos (2).

« Dans la diversité même des intention qu'on me prête, je trouve ma justification. Je me défends seulement contre le reproche de ternir l'éclat d'une grande figure. En le dépouillant de tout ce qui n'est pas la science, je crois au contraire rendre service à la mémoire de Claude Bernard ; il reste le plus grand dans la physiologie, il n'a que faire de s'asseoir au bout de la table du philosophe.

« Lui-même eût été gêné de la place qu'on lui impose et de l'importance donnée à sa « philosophie », ce que l'on décore de ce titre pompeux est en somme un chapitre de logique, rédigé à la manière d'un savant et comme une auto observation ; mais le plus souvent il foule des sentiers battus.

L'inspection des enfants assistés *sous ce titre, Mme Maria Vérone donne dans* L'ŒUVRE (30 janv. 1935) *les renseignements suivants sur les attributions des inspecteurs des enfants assistés* :

.... Quelles sont les attributions de l'inspecteur de l'Assistance publique ?

Voici d'abord le Service des enfants assistés qui comprend en premier lieu la tutelle des pupilles, c'est-à-dire la surveillance physique, médicale et morale, ainsi que l'administration du pécule ; à cela s'ajoute l'application des lois relatives à la déchéance paternelle, aux crimes et délits commis par des mineurs ou sur des mineurs, aux Tribunaux pour enfants et adolescents. Vient ensuite le Service de la protection des enfants du premier âge, en vertu de la loi de 1874, dite loi Théophile Roussel, qui a organisé la surveillance des enfants de moins de deux ans placés en nourrice : des lois récentes ont augmenté ce service de la façon suivante : organisation des consultations de nourrissons départementales, surveillance des crèches et pouponnières, administration des maisons maternelles départementales, administration et contrôle administratif des centres de protection maternelle et infantile, contrôle des œuvres d'assistance maternelle et de protection du premier âge subventionnées.

Il est facile de se rendre compte qu'il y aurait là de quoi remplir largement la vie professionnelle de l'inspecteur de l'Assistance publique, mais pourtant des lois et décrets lui apportent encore des attributions supplémentaires qui sont : contrôle sur pièce et sur place des institutions et patronages recevant la garde de mineurs délinquants, et surveillance des mineurs maintenus au siège des patronages ou placés à gage chez des particuliers ; surveillance de la bienfaisance privée, secrétariat de la Commission départementale de la natalité. Ouf ! Cette fois, c'est fini, du moins en ce qui concerne les fonctions obligatoires, car nous verrons tout à l'heure qu'il peut y en avoir d'autres éventuellement.

Pour suffire à cet énorme travail il y a dans chaque département un inspecteur, qui peut être aidé par un ou plusieurs sous-inspecteurs ou sous-inspectrices, dont le nombre varie suivant l'effectif des enfants assistés qui comprennent : les enfants secourus, les enfants en dépôt, les enfants en garde et les pupilles de l'Assistance publique. En principe la sous-inspection comporte dans chaque département un poste lorsque l'effectif départemental n'est pas supérieur à 3.000 enfants, deux postes si l'effectif est de 3.000 à 5.000, trois postes au-dessus de 5.000 ; mais la réalité est tout autre. N'oublions pas les économies réalisées par suppression d'emplois. Les décrets-lois ont imposé de telles compressions que dans les services à effectifs restreints, il n'y a plus que l'inspecteur départemental. Aussi, bien qu'il y ait encore un certain nombre de départements comptant plusieurs sous-inspecteurs, ou sous-inspectrices, et qu'il y ait 30 inspecteurs, on ne trouve plus aujourd'hui que 80 postes dans la sous-inspection.

Qui oserait se vanter de pouvoir surveiller de façon active et assidue 1.500 à 2.000 enfants disséminés à travers tout un département ? Et naturellement sans rien abondonner du travail d'écriture auquel doit se livrer le fonctionnaire et des multiples rapports qu'il doit rédiger.

Le public a réclamé des économies et il a eu raison, mais l'Administration a eu tort de les réaliser sur les Services sociaux qui auraient besoin au contraire de crédits plus importants afin d'être développés.

Un inspecteur gagne de 26.000 à 36.000 francs, il reçoit en plus une indemnité de déplacement variant de 4.500 à 5.000 francs. Le sous-inspecteur ou la sous-inspectrice touche de 14 000 à 22.500 francs. Quelquefois une indemnité départementale, qui est au maximum de 1.000 francs, lui est allouée. Mais dans ce cas le Conseils général qui vote le crédit impose en même temps de nouvelles charges. Le fonctionnaire de l'Assistance publique qui est l'objet de la générosité de cette assemblée se voit alors confier le contrôle sur place de l'application des lois d'assistance obligatoire : assistance aux vieillards, infirmes et incurables ; assistance médicale gratuite, assistance aux femmes en couches, primes d'allaitement, assistance aux familles nombreuses contrôle des prix de journées des hôpitaux et hospices.

(1) Nouvelles rencontres. Grasset, édit.
(2) *Mercure de France*, 1er juillet 1931.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 9 LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 MARS 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. CUNER : Les méthodes de la lutte contre les maladies vénériennes. — M. GHENDLER : Etude du typhus exanthématique en Roumanie. — M. WOLF : Controverse autour de la prostitution. Réglementation ou abolition. — M. TÉRIFE : Sur l'étiologie de la prophylaxie du béribéri.

27 février. — M. STERNE : Essai sur l'étude de la tension superficielle en médecine. — M. ANVAR HANANIA : Indications et traitement opératoire des kystes hydatiques du poumon. — M. LÉVÊQUE : Etude du traitement de l'épilepsie pour la C-méthyliéthylphénylmalonylurée. — M. AKHAIR MORTEYA : Etude de la salpingite tuberculeuse forme calcifiée et forme suppurée par infection secondaire.

2 mars. — M. RIZOFF : Recherches sur le traitement du cancer cutané par certaines lécithines. — M. MATCOVICI : Les formes frustes de la maladie de Basedow à la puberté. — M. MOREAU : La rougeole. Etude statistique de l'hôpital Hérold en 1932-33 et 1934.

Conférence. — M. le Professeur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Cochin, fera, le samedi 9 mars 1935, à 17 h. 15, au Cercle militaire, sous les auspices de la Société « les assistantes du devoir national », une conférence sur le « Traitement des plaies dans la pratique militaire et dans la pratique civile. »

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — Ont été nommés internes titulaires les candidats dont les noms suivent, rangés dans l'ordre de mérite :

MM. Hofmann, Yglésias y Bétancourt, Mande, Streusand, Dreyfus, L'Hirondel, Thomeret, Raynaud, Mlle Bonnenfant, MM. Guny, Claisse, Mlle Oehmichen, MM. Soulard, Piton, Bergeron, Vionnet, Pertus, Mlle Cauchy, MM. S. Lévi, Jean Le Picard, Philippe Vincent, L.-J. Gout, Basset, Nardi, Vendryes, Fischer, Arvissel, Mazingarbe, Cauvy, G. Laurence, H. Thomas, Morichau-Beauchant, Mlle Commerson, MM. Champeau, Chassagne, Mlle d'Aussagnel de Lasbordes, MM. Ghozland, Grèze, Paillas, Logeais, Mlle Lautmann, MM. Wolinetz, Denoix, Mlle Daubail, MM. F. Le Roy, Giraud, Brégeat, Tiffeneau, Gras, P. Camus, Rouvillois, Mlles Seiffert, Barnaud Haguenauer, MM. Bellin, Beauchef, Welti, Bebouvry, Nastorg, Gerbaux, C. Roche, Teyssier, Molinéry, M. Roux, Zarachovitch, J. Billard, Laigle, Hamoun, Horeau, Mlle Rotté, MM. Goutner, Inbona, Morel-Fatio, Reignier, Devaillat, Mlles S. Picard, Wirz, MM. M. Seguin Pierre, Verne, Nordman, Salvanet, Drain, René Cler, soit 71 hommes et 13 jeunes filles.

Ont été nommés externes en premier :

MM. Debost, R. Cahuet, J. Dubois, Morhange, Mlles Olivier, Adda, MM. Pinet, Zwillinger, Schaefer, Costany, Allilaire, P. Ybstein, Canetti, Philippe, Kaufmann, Gaquière, Gaumé, Lefebvre, de Montis, Mlle Eschmine, MM. Vialette, Broguet, Rodde, G. Guillemin, Mozzimonacci, Max Vincent, soit 23 hommes et 3 jeunes filles.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1935-1936. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1935-1936, savoir :

MM. les élèves internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le lundi 18 mars 1935, à 15 heures ; entrant effectivement en 2e année, le mardi 19 mars 1935, à 15 heures ; entrant effectivement en 1re année, le mercredi 20 mars 1935, à 15 heures. (Pour entrer en fonctions le 8 avril 1935.)

MM. les élèves externes de 6e année (ayant concouru en 1929), le mercredi 3 avril 1935, à 15 heures ; de 5e année (ayant concouru en 1930), le vendredi 5 avril 1935, à 15 heures ; de 4e année (ayant concouru en 1931), le samedi 6 avril 1935, à 15 heures ; de 3e année (ayant concouru en 1932), le mardi 9 avril 1935, à 15 heures ; de 2e année (ayant concouru en 1933), le vendredi 12 avril 1935, à 15 heures ; de 1re année (ayant concouru en 1934) du n° 1 au n° 200 (rang de classement au concours), le lundi 15 avril 1935, à 15 heures ; de 1re année (ayant concouru en 1934) du n° 201 à la fin (rang de classement au concours), le mardi 16 avril 1935, à 15 heures. (Pour entrer en fonction le 1er mai 1935.)

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Hôpitaux et hospices civils de Marseille. — *Concours de pharmacien-chef des hôpitaux* (janvier 1935). — A la suite des épreuves de ce concours, M. Balansard (Jules), chargé de cours à la Faculté de médecine et de pharmacie de Marseille, pharmacien diplômé supérieur, licencié ès Sciences, docteur en pharmacie, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Marseille, ayant obtenu 207 points (sur maximum 240) a été nommé pharmacien-chef des hôpitaux et hospices civils de Marseille.

VIIIe Congrès national de la tuberculose (Marseille du 15 au 18 avril 1935.) — Les congressistes désirant participer aux excursions organisées après le Congrès bénéficieront des conditions suivantes :

A) EN PROVENCE. — *Itinéraire I* (deux jours, 18 et 19 avril). — Marseille, Les Martigues, Istres, Arles, Saintes-Maries-de-la-Mer, Aigues-Mortes, Sanatorium du Grau-du-Roi, Arles, Montmajour, Saint-Rémy-de-Provence, Aix-en-Provence, Marseille. Prix : 165 francs.

B) SUR LA CÔTE D'AZUR. — *Itinéraire II* (un jour, 18 avril). — Marseille, La Gineste, Cassis, La Ciotat, Bandol, Sanary, Toulon, Hyères, presqu'île de Giens, San-Salvadour, Marseille. Prix : 60 francs.

Itinéraire III (trois jours, 18-21 avril). — Pour le premier jour, voir itinéraire II ; le deuxième jour : Hyères, Sainte-Maxime, Saint-Raphaël, Cannes, Vallauris (Institut d'actinologie), Cannes, Nice ; le troisième jour : Nice, Grasse, Thorenc, les Gorges du Loup, Vence, Nice. Prix : 300 francs.

Itinéraire IV (cinq jours, 18-23 avril). — Pour les trois pre-

miers jours, voir itinéraire II et III. Les quatrième et cinquième jours : Nice, Beaulieu, Cap-Martin, Monaco, Menton et retour par La Grande Corniche à Nice. Prix : 535 francs.

C) Croisière en Adriatique. — Des places sont réservées aux congressistes, jusqu'au 15 mars, pour la croisière organisée du 18 au 29 avril par la Ligue maritime et coloniale avec le concours de la Presse médicale marseillaise : Marseille, Durazzo, Cattaro, Raguse, Spalato, Venise, Corfou, Sète, Marseille.

Pour les renseignements sur les conditions concernant la croisière ainsi que les inscriptions aux excursions, s'adresser à Marseille, au Bureau du Congrès, 38, rue de la République.

Les demandes d'adhésion au Congrès doivent être adressées au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris, accompagnées de la somme de 80 francs, montant de la cotisation, ou mieux encore verser cette somme dans un Bureau de poste, au nom du Comité national de défense contre la tuberculose (compte courant de chèques postaux, n° 511-39, Paris).

Les membres de la famille accompagnant les congressistes, bénéficient de tous les avantages accordés aux membres du Congrès, moyennant le versement de la cotisation prévue.

Dispensaires antituberculeux du Puy-de-Dôme. Un concours sur titres est ouvert en vue de la désignation d'un médecin spécialisé, chargé du Service des dispensaires du département du Puy-de-Dôme.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues au règlement-type des dispensaires antituberculeux.

Les demandes de candidature doivent être adressées, avant le 15 mars 1935, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe).

Fondation A. Chauveau. — *Prix scientifique vétérinaire* 1935. — Le Comité de la Fondation A. Chauveau réuni à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, le 13 décembre 1934, a décidé d'attribuer, pour 1934 à M. le Docteur Ch. Dubois, directeur des Services vétérinaires du Gard, le prix scientifique vétérinaire 1934 pour ses travaux sur la « Brucellose animale ».

La Société des sciences vétérinaires de Lyon, a distribué ce prix dans sa séance du 3 février 1935.

– *Prix scientifique médical* 1935. — Le prix A. Chauveau 1935 sera attribué par la Faculté de médecine de Lyon (Prix scientifique médical) dans le courant des mois de janvier ou de février qui suivront la clôture du concours.

Ce prix (2.000 francs environ) indivisible, est destiné à récompenser les médecins auteurs de travaux d'anatomie humaine ou comparée, de médecine expérimentale ou comparée, de physiologie normale ou pathologique, de bactériologie générale, spéciale ou appliquée.

Les candidats devront être Français ou ressortissants et faire acte de candidature avant le 25 octobre 1935.

Les travaux présentés au jury sous le nom de l'auteur, devront être manuscrits lisibles, dactylographiés ou imprimés. Ils devront être originaux, inédits ou publiés dans le cours des cinq années précédant la date de clôture du concours auquel ils seront présentés et n'avoir jamais été récompensés antérieurement à leur présentation. Les travaux en collaboration sont admis.

Les mémoires devront être adressés en double exemplaire sous pli recommandé au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, 8, avenue Rockefeller, Lyon-Monplaisir.

Hospices civils de Versailles. — La Commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que, le lundi 25 mars 1935, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de dix internes en médecine (quatre titulaires et six provisoires).

Les internes titulaires prendront leurs fonctions le 1er avril 1935.

Les deux premiers internes provisoires assureront, à partir du 1er avril et jusqu'au 1er octobre 1935, date de retour de deux internes en congé, un service de titulaire.

Les autres internes provisoires ne seront appelés qu'au fur et à mesure des besoins hospitaliers.

Prix des « Archives hospitalières » réservés aux internes des hôpitaux libres de France. — La Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, attribuera à la fin de l'année 1935, un prix de 5.000 francs, en espèces, offert par les *Archives hospitalières* à un interne ou ancien interne des hôpitaux libres de France.

Le règlement publié dans la Revue comporte : une première élimination sur titres ; une deuxième élimination sur un travail résumé en six pages dactylographiées ; un classement définitif obtenu par le commentaire de deux observations ; toutes les opérations du jury seront faites sous le contrôle de quatre candidats, deux tirés au sort, deux délégués par l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux libres.

Renseignements à la direction des *Archives hospitalières*, 1, place d'Iéna, Paris (XVIe).

Nomination aux fonctions d'interne de l'hôpital Saint-Michel pour l'année 1935. — Le registre d'inscription sera ouvert le 15 mars et fermé le 31 mars.

Nominations affichées le 20 avril, entrée en service le 1er mai.

Adresser les demandes au « Service de nomination des internes », 33, rue Olivier-de-Serres, Paris (XVe).

Société française de phoniatrie. — Le IIIe Congrès de la Société française de phoniatrie aura lieu le samedi 18 mai 1935, à 14 heures, en l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le Professeur Moure ; vice-présidents : Docteur Baldenweck et Professeur Terracol.

Rapport présenté : « Le rôle des glandes endocrines dans la physiologie vocale », par le Professeur Terracol.

Le Maroc vient d'adopter le contingentement des médecins. — Un dossier récemment promulgué décide que tout médecin, qu'il soit étranger ou français, immigrant en zone française dans l'intention d'y exercer sa profession, est tenu d'obtenir une autorisation de la Commission spéciale instituée à cet effet. Le *Bruxelles-Médical* note que, dans une seule journée de novembre 1934, vingt-deux refus d'installation de médecins au Maroc ont été prononcés. Le Maroc paraît être jusqu'à présent le seul pays au monde où le contingentement ait été prévu pour l'exercice de la profession médicale.

IXe Bal de la médecine française. — Le IXe Bal de la médecine française aura lieu avec un éclat tout particulier, dans les salons du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, le lundi gras 4 mars 1935.

Le Président de la République honorera de sa présence cette soirée de bienfaisance organisée chaque année par la Société F. E. M. au profit des veuves et orphelins de médecins.

La détresse est grande parfois dans certains foyers du Corps médical et il est du devoir de chaque médecin de faire une active propagande pour amener le plus grand nombre possible d'invités.

A 22 h. 30, Soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

Au programme de la Soirée artistique : Serge Lifar, Mireille, Edmée Favart, Lise Berty, Jean Marsac, Paul Castan.

Au bal : Fernand Bouillon et son jazz. Mme Blanche Orion, la chiromancienne bien connue. Vente d'enveloppes : 10 francs. Une surprise par enveloppe.

A minuit, souper par petites tables, servi par des jeunes filles, du monde médical, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Prix des cartes : 50 francs pour bal et soirée artistique ; 30 francs pour bal seul ; 65 francs pour souper (champagne compris).

Aux étudiants en médecine, sur présentation de leur carte, il sera fait une réduction sur le prix d'entrée.

Pour tous renseignements, s'adresser : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VIe). Tél. Littré 48-12.

VIIIe Croisière de l'Association Guillaume Budé (Eté 1935.) — *La Grèce classique.* — Les paysages les plus beaux et les plus humains. Les grands faits de l'histoire de la Grèce. L'évocation de l'art, de la littérature, de la civilisation antiques : Marseille, Messine, Corfou, Actium, Ithaque, Olympie, Crète, Santorin, Paros, Delos, Mykonos, Syra, Mycènes, Argos, Tyrinthe, Epidaure, Egine, Salamine, Athènes, Daphni, Eleusis, Corinthe, Delphes, Marseille.

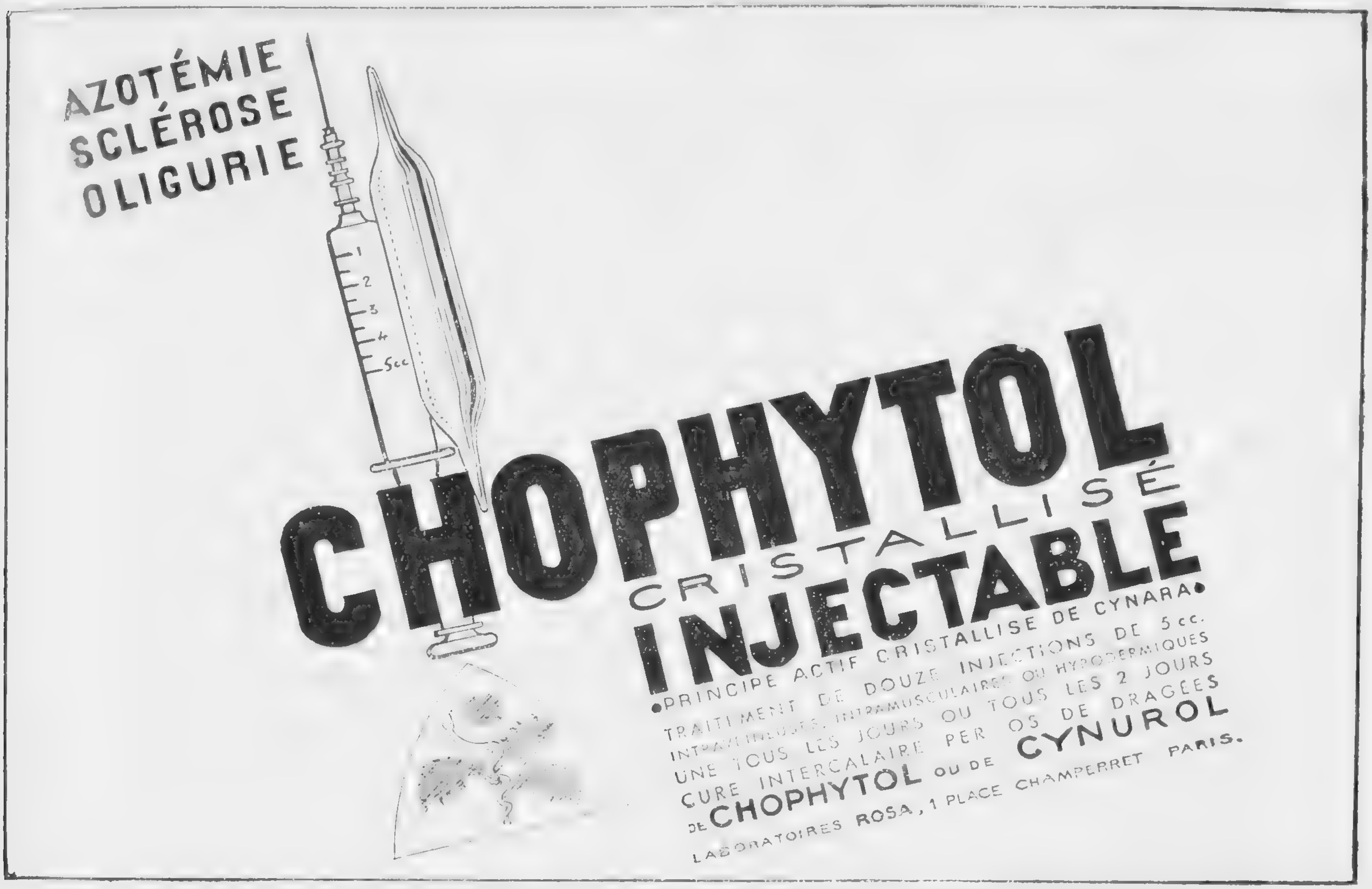
La VIIIe croisière de l'Association Guillaude Budé se fera à bord du *N. N. Théophile-Gautier*, des Messageries maritimes, du 17 août au 8 septembre 1935.

La croisière sera dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé. M. André Boulanger, professeur à la Faculté des Lettres de Strasbourg, donnera des conférences. Des explications seront fournies sur place par des membres de l'Ecole française d'Athènes.

Prix des places : à partir de 2.500 francs. Prix spéciaux pour les étudiants et les étudiantes.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe). Littré 70-55. Des adhésions de principe sont acceptées dès maintenant.

Nécrologie. — Médecin commandant Elie Dumas, du 95e régiment d'infanterie de Bourges, mort victime du devoir professionnel à l'âge de 45 ans. — Docteur Théodore Rongier, de La Bourboule.


AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE
CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
•PRINCIPE ACTIF CRISTALLISE DE CYNARA•
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5cc.
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES
DE CHOPHYTOL OU DE CYNUROL
LABORATOIRES ROSA, 1 PLACE CHAMPERRET PARIS.


BIOGADOL
Concentré d'HUILE DE FOIE DE MORUE
Contient à haute concentration tous les principes vitaminiques naturels de l'Huile de Foie de Morue médicinale, notamment par cc. 12.000 U. I. Vitamine A et 2.000 U. I. Vitamine D
NOURRISSONS : 2 gouttes dans chaque biberon — ADULTES : 15 gouttes deux fois par jour
ENFANTS : 10 gouttes deux fois par jour — ÉTATS INFECTIEUX : 20 gouttes toutes les heures
J. BOILLOT & Cie, 22, Rue Morère, PARIS.
Echantillons sur demande.

TRAVAUX ORIGINAUX

La sonde à demeure provisoire chez les prostatiques distendus

Par

E. CHAUVIN et A. DEBBASH
Professeur Ex-Assistant
de la Clinique urologique de la Faculté de Marseille

Nous avons montré ici-même, il y a quelques mois, que chez les prostatiques distendus et hautement azotémiques, la cystostomie d'emblée constituait une intervention grave, meurtrière même, malgré son insignifiante apparence. Nous ne reviendrons pas sur les arguments théoriques et les observations cliniques qui nous avaient permis d'assurer ce fait.

L'ouverture chirurgicale d'une vessie distendue entraîne brusquement une rupture d'équilibre dans le fonctionnement de l'appareil urinaire, et les reins, déjà hautement déficients de ces malades, subissent un choc auquel ils sont parfois incapables de résister.

Il est classique que le cathétérisme imprudent, vidant trop vite une vessie en rétention chronique, peut provoquer un choc de détente grave, parfois mortel, et l'on hésiterait à admettre que la taille ouvrant brusquement le réservoir en tension provoque une détente encore plus soudaine et un choc infiniment plus grave ?

Il suffit de réfléchir d'une part, et, d'une autre part de savoir considérer les faits, pour admettre cette vérité indéniable que « la cystostomie large d'emblée » dans le traitement des rétentions chroniques, avec distension, azotémie élevée et état général mauvais, constitue une opération extrêmement grave. Le fait est à tel point évident qu'au Congrès d'urologie, lorsque l'un de nous (E. Chauvin : « Sonde à demeure ou cystostomie d'emblée chez les prostatiques distendus azotémiques » ; Congrès français d'urologie, 1931) a attiré l'attention sur ce fait, personne n'a nié les risques de ces ouvertures larges. Mais certains ont fait remarquer, au cours de la discussion, que l'on pouvait, même par une cystostomie, vider la vessie lentement, en insérant dans la plaie de la taille une sonde munie d'un fausset. La chose est, à la rigueur possible, mais quel danger que cette vessie encore pleine ouverte dans la profondeur autour d'un Pezzer, sous des téguments refermés ! C'est, en perspective, l'infiltration d'urines, au sens propre du mot, dans l'espace de Retzius.

Et quelle adresse ne faut-il pas pour insérer semblable cathéter dans la vessie ouverte, sans laisser s'épancher une quantité d'urine importante !

D'autres sont allés, au cours de la même discussion, jusqu'à conseiller la ponction hypogastrique, destinée à vider lentement l'organe avant la taille. Avant cette taille que, malgré ses risques, on a adoptée justement pour éviter la ponction et ses risques... Faut-il donc, pour songer à ces stratagèmes ou à ces reculs, que l'on ait gardé contre le cathétérisme une rancune tenace !

Inconvénients du cathétérisme.

Il présente, aux yeux des auteurs, deux inconvénients majeurs, en provoquant :

1° La détente brusque de l'appareil urinaire avec hémorragie *a vacuo* et une insuffisance rénale aiguë ;

2° L'infection de l'arbre urinaire distendu.

1) Il provoque une détente trop brusque et entraîne des hématuries *a vacuo* et une insuffisance rénale suraiguë.

C'est là une notion ancienne, classique même et nous admettons tous qu'il faut vider la vessie avec précaution même quand on la vide avec une sonde, sans quoi, comme le disait Bonneau : « Brusquement, l'hyper-pression de l'appareil urinaire tombe à 0, l'afflux vasculaire dans les capillaires rénaux n'est plus bridé par l'hypertension de l'urine ; un flot de liquide s'échappe maintenant à travers le rein, détruisant sur son passage tout ce qui restait de substance noble. Le filtre est pour ainsi dire crevé ». Le rein saigne et cesse définitivement de fonctionner.

Heureusement, la mise en place d'un cathéter à demeure ne comporte pas fatalement la vidange brusque, ni même rapide de la vessie ; nous connaissons depuis fort longtemps les règles du cathétérisme chez les distendus : tous les urologues, tous les infirmiers dans les services d'urologie savent manœuvrer le fausset d'une sonde, et retirer d'une vessie 200 grammes d'urine toutes les deux heures, de façon à assécher lentement l'organe. Il n'y a ici ni choc rénal, ni hématurie à redouter.

Mieux encore, on peut s'adresser à la technique de Marion, et utiliser un fausset à encoche, qui permet à la vessie de se vider goutte à goutte « à débit ralenti ». L'évacuation se fait ainsi de façon rigoureusement progressive et l'on n'a même pas les petits à-coups des soustractions partielles successives.

Plus de choc de détente, plus d'hématurie, plus d'insuffisance rénale. Le premier argument contre la sonde s'écroule, que vaut le second ?

2) Le cathétérisme expose à l'infection : les sondages répétés infectent presque fatalement ces vessies fragiles, et l'on sait la fâcheuse tendance qu'ont les prostatiques à faire à la moindre infection, des pyélonéphrites graves bilatérales, parfois mortelles. Il faut éviter à tout prix ce danger et rejeter les cathétérismes... Les cathétérismes répétés tout au moins, mais pas la sonde à demeure !

Car le terrain le plus propice à l'infection, ce n'est pas la paroi vésicale elle-même, c'est l'urine accumulée dans la vessie entre deux sondages. C'est l'urine, stagnante dans le vase clos vésical, maintenue à une température optima, facilitant, par conséquent, au maximum le développement des germes venus de l'extérieur, qui constitue un véritable bouillon de culture à l'étuve, et favorise les infections de l'organe à la moindre erreur d'asepsie ; erreur d'ailleurs fatale.

Mais si l'on vide la vessie avec le maximum de vitesse tout en évitant le choc de détente (c'est-à-dire trente-six à quarante huit heures et si l'on maintient ensuite à demeure, rigoureusement surveillé, un cathéter sans fausset, de façon que l'organe soit constamment et entièrement vide, il n'y a plus de milieu de culture, et l'infection ne se produit plus, pas plus en tout cas par la sonde à béquille urétrale que par la sonde de Pezzer hypogastrique.

Ceci, le raisonnement permettait de le prévoir, et les faits le démontrent, ainsi que nous le verrons plus loin.

Mais il est essentiel, si l'on veut éviter de grosses complications septiques, et nous y insistons dès maintenant, que le cathéter demeure à son poste de façon définitive jusqu'à la cystostomie, qui se trouve simplement différée.

Du jour où l'on retirerait la sonde sans faire la taille, du jour où l'on laisserait une vessie, presque fatalement souillée, se remplir d'urine, on offrirait à nouveau un aliment aux microbes, et cela, en cavité close, condition idéale pour le développement des affections graves chez ces malades fragiles.

Les avantages du cathétérisme à demeure

A condition de laisser la sonde rigoureusement à demeure jusqu'à l'intervention, de surveiller étroitement son fonctionnement, de la changer périodiquement, on peut donc, sans risques attendre :

1) Que l'azotémie ait baissé ; 2 que l'état général du malade se soit remonté ; 3) que le rein se soit habitué à nouveau au fonctionnement sous une tension normale et, 4) l'opérer ensuite à peu près sans dangers.

1° *Par l'application d'une sonde à demeure, on peut faire baisser l'azotémie des sujets* ; nous n'en voulons comme preuve que les observations suivantes, choisies entre un grand nombre d'autres :

OBSERVATION I. — M. R. G..., 70 ans, entré le 19 février 1931. Vieux rétentionniste, vu pour phénomènes de cystite avec rétention. Toucher rectal : prostate volumineuse.

Le 19 février 1931, azotémie : 1,74. Le malade est mis à la sonde à demeure.
Le 28 février 1931, son azotémie est à 0,20.
Le 2 mars 1931, azotémie : 0,27.
Le 3 mars 1931, cystostomie.
Le 11 mars 1931, azotémie : 0,23.
Le 4 avril 1931, prostatectomie.
Le malade sort guéri le 20 mai 1931.

OBSERVATION II. — M. A. J..., 70 ans, est entré le 25 juin 1931. Rétention complète chez un vieux rétentionniste chronique distendu.

Le 26 juin 1931, azotémie : 1 gramme. Sonde à demeure.
Le 29 juin 1931, l'azotémie n'est plus que de 0,41.
Le 30 juin 1931, cystostomie.
Le 2 juillet 1931, azotémie, 0,41.
Le 15 juillet 1931, azotémie : 0,26.
Le 5 août 1931, prostatectomie.
Le malade sort guéri le 10 octobre 1931.

OBSERVATION III. — M. J. G..., 55 ans, entré le 15 octobre 1931. Néo-prostatique.

Le 31 octobre 1931, épinglage de la prostate avec dix aiguilles à 2 milligrammes R. E. chacune.
Le 27 novembre 1931, azotémie à 2 grammes. Sonde à demeure.
Le 7 décembre 1931, azotémie : 0,72.
Le malade sort le 17 décembre 1931.

OBSERVATION IV. — M. A. G..., 69 ans, entré le 17 novembre 1931. Vieux rétentionniste chronique, avec distension, urinant par regorgement, Examen : globe vésical dont les limites supérieures sont à deux doigts au-dessus de l'ombilic. Toucher : grosse prostate, du volume d'une mandarine, un peu dure.

Le 18 novembre 1931, azotémie, 1,50. Sonde à demeure.
Le 23 novembre 1931, azotémie : 0,15.
Le 27 novembre 1931, azotémie : 0,18,
Le 1er décembre 1931, prostatectomie en un temps.
Le malade sort guéri le 21 janvier 1932.

OBSERVATION V. — M. A. J..., 57 ans, entré le 29 décembre 1931. Rétentionniste chronique.

Examen : Prostate volumineuse, du volume d'une grosse prune.
Le 5 décembre 1931, azotémie : 1,12. Sonde à demeure.
Le 29 décembre 1931, azotémie : 0,62.
Le 31 décembre 1931, cystostomie.
Le 12 janvier 1932, azotémie : 0,80.

OBSERVATION VI. — M. R..., 81 ans, entré le 5 février 1932. Rétention complète d'urine, chez un vieux rétentionniste distendu. Toucher : bonne prostate, pas très grosse.

Le 5 février 1932, azotémie : 1,40. Sonde à demeure.
Le 10 février 1932, azotémie : 0,62,
Le 15 février 1932, azotémie : 0,20.
Le 22 février 1932, cystostomie.
Le 23 février 1932, azotémie : 0,30.
Le 8 mars 1932, azotémie : 0,35.
Le 23 mars 1932, azotémie : 0,30.
Le 26 mars 1932, prostatectomie.

OBSERVATION VII. — M. A..., 70 ans, entré le 21 avril 1932. Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste distendu.

Examen : Prostate volumineuse. Urines très sales.
Le 22 avril 1932, azotémie : 0,83. Sonde à demeure.
Le 26 avril 1932, azotémie : 0,32.
Le 29 avril 1932, azotémie : 0,30.
Le 30 avril 1932, cystostomie.
Le 3 mai 1932, azotémie : 0,80.
Le 10 mai 1932, azotémie : 0,26.
Le 26 mai 1932, protatectomie.

OBSERVATION VIII. — M. M..., 75 ans, entré le 28 avril 1932. Vieux rétentionniste distendu, urinant par regorgement.

Examen : Vessie à l'ombilic.
Le 28 avril 1932, azotémie : 2 grammes. Sonde à demeure.
Le 3 mai 1932, azotémie : 1 gramme.
Le 10 mai 1932, azotémie : 0,40.
Le 14 mai 1932, azotémie : 0,50.
Le 15 mai 1932, cystostomie.
Le 19 mai 1932, azotémie : 0,40.
Le 10 juin 1932, azotémie : 0,55.
Le 11 juin 1932, intervention endoscopique pour modelage cervical.

OBSERVATION IX. — M. C..., 69 ans, entré le 8 mai 1932. Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste distendu.

Malade en délire. Au toucher : prostate volumineuse et dure.
Le 10 mai 1932, azotémie : 0,90. Sonde à demeure.
Le 17 mai 1932, azotémie : 0,40.
Le 20 mai 1932, azotémie 0,30.
Le 24 1932, cystostomie.
Le 27 mai 1932, azotémie : 0,40.
Le 2 juin 1932, azotémie : 0,40.
Le 16 juillet 1932, prostatectomie.
Le malade sort guéri le 16 septembre 1932.

OBSERVATION X. — M. G.., 72 ans. Entré le 15 juin 1932. Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste distendu.

Toucher : Prostate du volume d'une grosse châtaigne, ferme et douloureuse.
Le 16 juin 1932, azotémie : 2 grammes. Sonde à demeure.
Le 27 juin 1932, azotémie : 1,25.
Le 28 juin 1932, cystostomie.
Le 30 juin 1932, azotémie : 1,45.
Le 5 juillet 1932, azotémie : 1,80.
Le 12 juillet 1932, azotémie : 1,20.
Le 9 août 1932, azotémie : 0,68.
Le 27 août 1932, azotémie : 1,15.

OBSERVATION XI. — M. B..., 69 ans, entré le 24 mai 1932. Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste distendu.

Toucher : Prostate volumineuse, souple, indolore.
Le 26 mai 1932, azotémie : 1,26. Sonde à demeure.
Le 1er juin 1932, azotémie : 0,36.
Le 10 juin 1932, azotémie : 0,35.
Le 11 juin 1932, cystostomie.
Le 13 juin 1932, azotémie : 0,50.
Le 17 juin 1932, azotémie : 0,25.
Le 2 juillet 1932, prostatectomie.
Le 14 août 1932, le malade sort.

OBSERVATION XII. — M. S..., entré le 6 décembre 1932, pour crise de rétention. Il y a dix-huit jours, crise de rétention nécessitant un sondage qui ramène un litre d'urines claires.

Auparavant, depuis deux ans, pollakiurie nocturne et diurne, dysurie. Phénomène allant en s'aggravant jusqu'à la crise de rétention Au toucher : prostate légèrement augmentée de volume, souple. Azotémie : 0,75.

Le malade est mis à la sonde à demeure pendant quinze jours.
L'azotémie est tombée à 0,57.
Le 7 novembre 1929, cystostomie.
Le 27 novembre 1929, azotémie : 0,42.
Le 31 décembre 1929, prostatectomie.
Le malade sort guéri le 11 mars 1930.

OBSERVATION XIII. — M. A. M..., 79 ans, entrée le 3 février 1930, pour rétention complète d'urine datant de six jours, avec mictions par regorgement depuis trois jours.

Ce malade présentait depuis six ans de la pollakiurie, surtout nocturne avec dysurie.

Examen : globe vésical remontant à l'ombilic. Grosse prostate molle et régulière.

Le 4 février 1930, azotémie : 2,28. Le malade est mis à la sonde à demeure.

Le 10 février 1930, son azotémie a baissé, elle est à 0,42. Cystostomie.

Le 24 février 1930, azotémie : 0,37.

Le 24 avril 1930, prostatectomie.

Le malade sort guéri le 8 juillet 1930.

Ces observations sont choisies, évidemment, comme nous l'avons dit, parmi nos plus démonstratives. La teneur du sang en urée ne baisse pas toujours aussi nettement, aussi brusquement par la mise en place d'un cathéter.

2° *Mais la sonde à demeure, même lorsqu'elle n'abaisse pas rapidement, et jusqu'à la normale, l'azotémie, relève l'état général du malade.*

Torturés par d'incessants besoins d'uriner, les distendus aussitôt leur vessie vidée, retrouvent le sommeil et le repos. Intoxiqués par les résorbsions urinaires de tous ordres, ces malades, qui se présentaient avec du délire, du hoquet, une langue sèche et râpeuse reviennent peu à peu à l'état normal. En quelques jours, leur système nerveux agité s'apaise, les somnolents sortent de leur torpeur, le hoquet se calme et disparaît la langue perd sa teinte rouge et son aspect vernissé, et l'appétit lui-même reparaît.

Il n'est pas jusqu'au cœur de ces malades qui ne soit favorablement influencé par la vidange vésicale. Nous avons vu, à plusieurs reprises, des sujets hyposystoliques, ou même franchement asystoliques, que la sonde à demeure nous a permis de traiter avant la cystostomie. Nous avons pu, grâce à elle, restaurer leur état cardiaque, et pratiquer, dans des conditions parfaites, une cystostomie retardée de quelques jours à peine.

3° Et pendant ces quelques jours d'application de la sonde à demeure, *le rein s'est remis à fonctionner sous un régime de pression normale*, à vessie vide. La cystostomie prolongeant simplement ce régime nouveau, préalablement établi, ne provoquera plus aucun choc de détente, et perdra de ce fait, une grosse part de gravité.

Car il est bon de le répéter une fois encore, la cystostomie, praticable sous anesthésie locale, est une intervention minime en soi, et qui ne comporterait, réduite à elle seule, aucune gravité. Son pronostic n'est aggravé que par deux facteurs essentiels : la détente vésicale brusque qu'elle entraîne, et sur les dangers de laquelle nous avons suffisamment insisté, et l'infection du tissu celluleux prévésical par l'urine vésicale, qui risque à la moindre erreur de technique d'inoculer gravement ce dernier.

La sonde à demeure mise en place pendant un temps suffisant avant la taille, peut éviter ces deux gros dangers : pour le premier, nous venons de le démontrer longuement.

Pour le second, il suffit de considérer que, seule, la sonde à demeure peut nous permettre d'évacuer entièrement la vessie irrégulière et atone des prostatiques distendus. Seule, elle nous donne la certitude d'opérer sur un réservoir absolument vide et d'éviter à coup sûr les innondations septiques de   prévésical

Pour ces diverses raisons, la sonde à demeure précédant de quelques jours la cystostomie, transforme absolument le pronostic de cette dernière. Meurtrière lorsqu'elle est pratiquée d'emblée, au point que sa mortalité peut s'élever suivant les statistiques, jusqu'à 17 %, elle est devenue dans le service de l'un de nous, depuis l'adoption de cette technique, à peu près inoffensive, et sa mortalité ne dépasse plus 2 à 3 %.

Huit années de pratique de l'antigène méthylique dans le traitement de la tuberculose humaine

Par le Docteur **DUMONT** (de Tournai)

J'emploie l'antigène méthylique depuis 1926 et je considère qu'il fait partie intégrante de l'armement antituberculeux. L'antigène méthylique a ses indications, et doit être réservé surtout aux formes initiales encore peu évolutives, aux formes ganglionnaires juxta-trachéales, aux formes fibreuses, aux tuberculoses pulmonairs ulcéro-fibreuses, sans réactions thermiques importantes, aux pleurésies séreuses, ainsi qu'à toutes les manifestations osseuses ou ganglionnaires fistulisées ou non. Mais cette cure doit être poursuivie pendant plusieurs mois sans interruption.

Au début, les réactions focales ne sont guère décelables, et l'influence de l'antigène sur l'état général est souvent très marquée. Au bout de quelques semaines de traitement, les malades accusent souvent une sensation assez pénible de constriction thoracique qui me paraît traduire la formation cicatricielle scléreuse.

L'auscultation révèle de la respiration soufflante à timbre élevé, murmure vésiculaire soumis au travers d'un tissu densifié. Les injections hypodermiques d'antigène provoquent une légère induration du tissu cellulaire sous-cutanée et de la peau, lorsqu'elles sont faites toujours au même point, aussi il est bon de varier l'endroit des injections.

Le traitement par l'antigène donne des résultats particulièrement intéressants chaque fois que l'on rencontre chez un malade un état général déficient à la suite d'une maladie aiguë ou d'un surmenage physique ou moral. Ces malades peuvent être considérés comme des tuberculeux au début, parce qu'ils présentent quelques signes pulmonaires avec de la toux, des douleurs scapulaires et une légère hyperthermie. Il donne aussi des résultats très favorables chez les enfants maigres et chétifs, ganglionnaires qu'on a désignés sous le nom mal défini de « prétuberculeux ».

Je sais qu'il est très difficile de faire chez ces derniers malades la part de ce qui revient à l'antigène méthylique et à la cure hygiéno-diététique. Un simple changement d'air suffit souvent à les transformer. Néanmoins, la fréquence des résultats, dans les formes évolutives lentes, avec prédominance de l'élément fibreux, permet, me semble-t-il, d'affirmer que l'antigène accroît nettement la propension naturelle de défense de l'organisme. On voit l'état général du malade se relever parfois de façon si rapide que cette réaction est presque toujours démonstrative.

Dans les pleurésies séreuses, je conseille de vider l'épanchement en totalité, ce qui est très possible sans le moindre incident, en faisant pénétrer de l'azote ou de l'oxygène, au fur et à mesure de l'évacuation liquidienne. La situation dynamique du poumon n'a guère varié, mais les synéchies pleurales sont devenues peu probables. Cette petite opération se termine par l'injection intrapleurale d'antigène méthylique, ce qui manifestement, dans la plupart des cas, empêche la reproduction du liquide. (Dans les réactions liquidiennes du pneumothorax artificiel, j'injecte également de l'antigène méthylique dans la cavité pleurale).

Le traitement par l'antigène est poursuivi pendant quelques mois. Dans les pleurésies, lorsqu'on a créé momentanément un pneumothorax artificiel, on peut espérer, dans le cas de lésions pulmonaires consécutives, pouvoir réaliser une nouvelle atélectasie.

Mon opinion sur l'antigène méthylique est basée sur huit années d'expériences de ce produit dont cinq ans dans un sanatorium.

Voici quelques observations de malades traités au moyen de ce produit par certains de mes confrères ou par moi.

Observation du Docteur Baecke, chirurgien à l'Hôpital militaire. — Un enfant de trois ans, qui a fait une entérite à l'âge de six mois, fait une chute sur l'épaule en juillet 1934.

Trois jours après se développe sur la ligne axillaire un gros ganglion thoracique assez douloureux, qui devient gros comme un œuf de poule. Ponction le 9 août. Ensuite œdème et traînée inflammatoire vers la région dorsale le long de la côte. Le 11 août : incision dorsale, le 16, incision de la paroi thoracique antérieure. Suppuration continuelle, fluide, de nature tuberculeuse.

La température vespérale oscille entre 39° et 40°. Rémissions matinales.

Telle est la situation lorsque le Docteur Baecke est appelé à soigner cet enfant. L'état général est très précaire. La température est de 39°8. Le ventre est ballonné et douloureux. Les fistules thoraciques suppurent abondamment. L'examen pulmonaire indique de la diminution de sonorité de la base gauche. Pas de râles, dyspnée. Le 19 septembre, matité nette à gauche, murmure vésiculaire affaibli, mais pas de souffle. Une ponction exploratrice ramène un liquide citrin, sans germes. Rivolta fortement positif. (Appelé à ce moment en consultation, je radiographie l'enfant, ce qui confirme l'existence d'un gros épanchement avec dextrocardie. Le 20 septembre, ponction évacuatrice et injection intra-pleurale de 1/2 c. c. d'antigène dilué. Le 22, la température descend à 38°, la dyspnée diminue. Le 23, nouvelle ponction et injection d'antigène (1/2 c. c.). Le liquide se résorbe rapidement. La fièvre tombe, les fistules donnent beaucoup moins. Le 25, dernière injection intrapleurale d'antigène. Plus de température, l'appétit revient, la suppuration est tarie. Le 28, épanchement complètement résorbé, les fistules sont fermées. L'état général s'améliore, l'appétit est excellent. Du côté pulmonaire persiste de la diminution de la sonorité à la base avec un murmure vésiculaire lointain. Depuis, les injections d'antigène sont poursuivies, sous-cutanées, à doses croissantes, et l'enfant jouit de la cure de repos en plein air. La guérison clinique est obtenue, et l'état général est particulièrement bon.

Observation du Docteur Descamps, chirurgien-chef de service de la clinique Saint-Georges, de Tournai. — Le Docteur Descamps utilise systématiquement, avec bons résultats, l'antigène méthylique dans tous les cas de tuberculose ganglionnaire et ostéo articulaire, rarement seul, le plus souvent en l'associant à d'autres méthodes thérapeutiques, ce qui enlève beaucoup à la valeur probante de la démonstration de ses effets. Il peut néanmoins citer deux cas assez démonstratifs où les autres thérapeutiques ont été réduites au minimum et qui ont un recul suffisant.

1° Fris... Lucien, 40 ans, ouvrier imprimeur, se présente en juin 1919 avec un volumineux lymphome tuberculeux de la partie droite du cou. Température entre 39° et 40°. Anorexie, amaigrissement, sérieuse atteinte de l'état général.

Traitement. — Repos relatif. Héliothérapie locale. Arsenic par la bouche et injections d'antigène méthylique. La tumeur grosse comme une mandarine diminue dès la fin du premier mois. La température baisse graduellement après les dix premiers jours.

Après deux mois la masse est résolue en quelques petits ganglions durs, mobiles, indolents. Après quatre mois, guérison clinique, qui reste stable depuis lors.

2° Fid... Gabrielle, 15 ans, ouvrière. Me consulte en octobre 1930 pour une arthrite tuberculeuse temporo-maxillaire gauche. La ponction ramène du pus séro-granuleux typique. Température aux environs de 38°. Anorexie, fatigue, mais néanmoins état général assez satisfaisant. Vu la localisation, aucune immobilisation n'est possible. Cure hélio-marine impossible, tant à cause de la situation sociale que de la saison inclémente.

Traitement. — Repos arsénicaux alternant avec des recalcifiants. Antigène méthylique pendant six mois. Une seule ponction évacuatrice, non suivie de lavage, a été nécessaire. Chute progressive de la température. Guérison clinique et radiographique complète, sans ankylose, se maintenant depuis plus de quatre ans. En été 1934 a fait une adénite cervicale droite suppurée ayant nécessité deux ponctions évacuatrices.

Observation du Docteur Rigot, médecin adjoint du sanatorium militaire de Marchin. — Mlle Mont..., 19 ans et demi, en 1931 fait une tuberculose pulmonaire bilatérale. Elle présente de l'infiltration des deux lobes supérieurs. L'expectoration contient des bacilles de Koch. La température varie de 37°2 à 37°8 le soir. La malade ne tolère pas les sels d'or. Elle est soumise au traitement par l'antigène, et n'accepte qu'un repos très relatif, refusant de s'astreindre à une cure hygiéno-diététique. Néanmoins la malade s'améliore progressivement au point qu'en 1933, l'examen aux rayons X montre que les poumons sont redevenus clairs. L'augmentation est de 15 kgr. Il n'y a plus ni toux, ni expectoration. La malade se plaint encore de dyspnée facile.

Observation du Docteur Dumont. — Milicien de 1933, entré au service militaire en février 1934. Sans jamais s'être aperçu qu'il était malade, après un refroidissement en septembre 1914, il fait une hémoptysie. Hémoptysie d'alarme qui impose le diagnostic de tuberculose pulmonaire et provoque l'évacuation d'emblée sur l'hôpital de Namur. Interrogé, il déclare que son père est décédé à 47 ans d'une affection cardiaque (?). Sa mère est morte à 37 ans d'une affection pulmonaire. Il a deux frères bien portants. L'examen clinique ne donne que peu de signes à l'auscultation. Pas de température. L'analyse bactériologique négative le 17 septembre est positive cinq jours plus tard.

La radiographie faite au début de septembre montre des traînées d'ombres un peu diffuses au niveau de la scissure interlobaire droite. Une petite caverne est en formation à la base du lobe supérieur droit. On voit aussi quelques traînées d'ombres dans le lobe supérieur gauche et des noyaux calcifiés au hile gauche.

Tout le médiastin est élargi. Evacué dans mon service, le 10 octobre, il présente à ce moment un état général très satisfaisant. Pour une taille de 1 m. 77, il pèse 83 kgr. 800. L'état de ses muscles est bon. Sa peau est saine. Le nombre des mouvements respiratoires est de 16 à la minute. L'examen pulmonaire décèle de la diminution de sonorité du lobe supérieur droit antérieur et postérieur. L'auscultation permet d'entendre au sommet droit de la rudesse franche de l'inspiration de l'expiration soufflante et prolongée, avec bronchophonie et de la pectoriloquie aphone.

Une nouvelle radio montre de l'accentuation des traînées d'ombres sous les deux clavicules. Le traitement par l'antigène est institué conjointement avec la cure hygiéno-diététique. Le malade augmente progressivement de 6 kgr. en deux mois. Au début de décembre, on entend un peu de grincement pleural du sommet droit. Pleurite fugace. Actuellement apparaissent quelques craquements sourds et lointains au sommet gauche. Malgré ces quelques phénomènes congestifs le malade ne tousse plus. Deux analyses bactériologiques sont négatives.

Il s'agit donc ici d'une forme de tuberculose pulmonaire bilatérale ulcéro-fibreuse, peu évolutive ; forme typique, me semble-t-il, justifiable de l'antigénothérapie.

L'état général du malade s'est rapidement amélioré. On peut noter un peu de réaction locale, mais un dernier cliché fait en janvier 1935 montre un éclaircissement manifeste des lésions. La caverne du lobe supérieur disparaît, ne laisse plus qu'un léger nuage flou.

Cette dernière observation permet de conclure à l'innocuité absolue de l'antigène, car jamais une injection n'a donné la moindre élévation de température. Jamais non plus, l'antigène n'a augmenté la vitesse de sédimentation globulaire. Il faudrait noter un grand nombre d'observations où l'antigène seul serait employé, et c'est là qu'est la difficulté, car en phtisiologie il faut s'armer de tous les moyens thérapeutiques, en tenant compte que chaque thérapeutique isolée est souvent insuffisante. Même le pneumothorax qui reste notre arme la plus sûre, est cependant insuffisant à lui seul et ne permet pas, avant longtemps au malade de reprendre son activité.

Je crois cependant pouvoir affirmer que l'antigène méthylique est un adjuvant remarquable qui stimule et accroît nos réactions défensives et même offensives contre le bacille.



CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les séquelles oculaires tardives de l'encéphalite épidémique [1]

Par M. le Professeur F. TERRIEN

Je voudrais vous parler aujourd'hui d'un malade du service, atteint de paralysie agitante et qui présente des troubles oculaires particulièrement curieux :

OBSERVATION. — Voici cette observation, bien prise par M. Sarrazin. Avant de venir à l'Hôtel-Dieu, le malade est resté pendant six mois à la Pitié, où l'on avait posé le diagnostic de maladie de Parkinson, ou paralysie agitante.

Ce matin, comme tous les jours du reste, le malade a reçu une injection de scopolamine, à la dose de cinq milligrammes. Cette injection le soulage et diminue ses tremblements, vous ne les verrez donc pas en leur complète intensité.

Le malade que voici est âgé de 21 ans ; il vient d'Algérie où il a vécu la plus grande partie de son existence.

Il est bien portant jusqu'en 1930. En été 1930, brusquement, il présente des secousses des deux globes oculaires, les yeux se révulsent en haut, cet état dure environ un quart d'heure. Les jours suivants de nouvelles crises surviennent, aussi intenses que la première.

Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle, ces véritables spasmes cloniques des muscles élévateurs se répètent sans rémission, régulièrement, s'aggravant même en fréquence et en durée.

Aujourd'hui ces crises durent plusieurs heures, l'obligent à se mettre au lit et à chercher le sommeil. A noter cependant l'heureux effet de la *scopolamine* qui arrête le spasme en 15 à 20 minutes.

En quatre ans, il ne consulta qu'une seule fois, peu après l'apparition de ces troubles oculo-moteurs. Ce fut à l'hôpital d'Oran où on le soigna pendant quinze jours ; on ne peut faire préciser comment.

Jusqu'en 1932, il s'accommoda assez bien de son état.

Mais dans le courant 1932 des tremblements involontaires apparurent au niveau des deux pouces.

Le malade ne vient consulter qu'en 1932, car à cette époque surviennent des tremblements aux extrémités. Il se voit obligé d'abandonner son métier de camionneur, car les crises de révulsion des globes oculaires et les tremblements deviennent trop gênants.

En août 1934 il entre à la Pitié, où le Professeur Loeper pose le diagnostic de syndrome parkinsonien post-encéphalitique. On pratique divers examens, on fait la réaction de Bordet-Wassermann, un examen du liquide céphalo-rachidien, et les résultats obtenus donnent peu de renseignements.

Deux mois plus tard, en octobre 1934, apparaissent des troubles de la parole. Celle-ci, comme vous pouvez vous en rendre compte, devient explosive, saccadée. Notre malade présente nettement de l'hypertonie musculaire, mais son facies n'est cependant pas caractéristique d'un parkinsonien.

Somme toute, voilà le résumé de son histoire. En 1930 apparaissent chez ce jeune homme des secousses des globes oculaires entraînant leur révulsion en haut. Ces crises sont si intenses qu'elles l'obligent à se coucher n'importe où, là où elles le prennent. Deux ans plus tard, surviennent les tremblements des membres et en 1934 des troubles de la parole.

On ne note rien de particulier dans les antécédents : on ne trouve aucune indication pouvant confirmer le diagnostic d'encéphalite épidémique dans le passé du malade. Cette affection a été bien étudiée d'abord par l'école de Bordeaux.

Bien souvent elle peut passer inaperçue, confondue avec une grippe ou une intoxication. Mais avant d'y insister, terminons l'histoire de notre malade.

[1] Leçon faite à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu, le 1er février 1935.

Il habitait l'Algérie et au moment où apparurent ces secousses convulsives ses parents se bornèrent à l'amener chez les marabouts du pays, sans résultat évidemment. Cet épisode choréique rétrocède de lui-même et l'enfant redevient d'apparence normale jusqu'à l'apparition des troubles oculaires en 1930.

Père et mère bien portants, quatre frères, deux sœurs idem.

On ne découvre pas de syphilis et surtout on ne possède aucune notion d'un épisode grippal fébrile ou encéphalitique. Le malade est catégorique à ce sujet.

Actuellement il présente, par moments, des secousses des globes oculaires : les deux globes se fixent alors en super-élévation, ses yeux se révulsent au plafond, suivant l'expression de Sainton. Au moment d'une telle crise, le malade ne voit pas, les yeux demeurant cachés sous les paupières.

En même temps, il y a des troubles de la statique de l'œil ; le sujet présente un peu de paralysie de la convergence, qui se traduit par de la diplopie ; à 25 cm, le malade voit double. Il présente de la diplopie croisée.

Notez que chez bien des sujets qui souffrent de céphalée, de fatigue rapide des yeux, il est prudent de rechercher l'existence d'une insuffisance possible de la convergence. Chez ces sujets, la diplopie n'apparaît pas souvent, mais les maux de tête disparaissent rapidement par le port de prismes à base interne.

Notre malade présente de la paralysie de la convergence, c'est un trouble des plus fréquents chez les parkinsoniens.

Nous constatons encore chez lui que sa fente palpébrale est évasée, semble agrandie.

A côté de tout ceci il y a des troubles très caractéristiques.

Les paupières sont normales dans la position ouverte.

Fermées, elles sont animées de secousses cloniques très rapides qui gênent beaucoup le malade et entraînent de l'insomnie, car il ne peut fermer les yeux que vaincu par la fatigue.

En ce qui concerne l'appareil intrinsèque :

L'accommodation se fatigue vite. Le sujet ne peut lire son journal distinctement plus de quinze minutes environ.

Les pupilles sont égales et régulières. Il semble exister un *signe d'Argyll inversé* : Réflexe à la lumière : normal. Pas de réflexe à l'accommodation ni à la convergence.

Examen neurologique :

Mouvements passifs : Normaux ; pas de phénomène de la roue dentée.

Mouvements actifs. — *Marche* normale.

Tremblements : ceux-ci disparaissent dans les actes volontaires, mouvements de préhension par exemple.

Reflexes. — *Tendineux* : vifs.

Posture : vifs lorsque le malade n'a pas eu de scopolamine.

Sensibilité : normale.

Ecriture : normale.

Examen général : rien à signaler.

Acuité visuelle : V.O.D. = 4/10 faible ; V.O.G. = 5/10 faible.

Le fond d'œil semble normal.

Champ visuel : Pas de scotome, ni achromatopsie.

Notre malade nous montre donc un syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique et il présente des troubles oculaires très particuliers, troubles caractéristiques des complications tardives de l'encéphalite épidémique. Car on distingue dans l'évolution de cette affection des troubles oculaires précoces et des troubles tardifs.

Mais tout d'abord une question se pose : notre malade a-t-il présenté à un moment donné de son existence une encéphalite épidémique ?

Il dit se rappeler, nous l'avons vu, qu'à l'âge de 4 ans, il aurait eu pendant un certain temps de la fièvre, des frissons, mais il ne peut nous donner aucune précision sur cette affection. A 12 ans, il aurait eu de la chorée, qui dura cinq à six mois environ. Ses parents n'eurent pas recours au médecin ; ce fut le marabout qui soigna leur fils et il semble bien que son traitement se soit ramené à zéro.

Je vous disais au début de cette leçon que bien souvent l'encéphalite épidémique passe inaperçue ; le malade présente simplement un peu de fièvre, de la somnolence, quelques troubles oculaires légers, tous attribués le plus souvent à de la grippe.

Il est intéressant d'étudier l'encéphalite épidémique, car un grand nombre de troubles oculaires observés chez les parkinsoniens sont dus, comme la maladie de Parkinson, elle-même à l'encéphalite épidémique.

Aspect clinique. — Quels sont les symptômes de l'encéphalite épidémique ou léthargique ?

L'encéphalite, je vous demande la permission de vous le rappeler, est une affection épidémique, fébrile, contagieuse, essentiellement caractérisée par la triade symptomatique suivante : de la somnolence (d'où le nom donné à l'affection), un état infectieux et des troubles oculo moteurs.

Le malade est somnolent; le plus souvent il se trouve dans un état de torpeur toute particulière, les paupières deviennent lourdes, elles s'abaissent, il y a un léger degré de ptosis.

On constate en même temps un état infectieux avec fièvre parfois élevée, pouvant atteindre 38°, 39°, voire même 40° avec nausées, vomissements. Cet état dure quelques jours. En même temps apparaissent des troubles oculaires moteurs, car les troubles sensoriels sont exceptionnels. Je vous signale cependant une thèse toute récente du Docteur Chassain, de Bordeaux, faite dans le service de mon ami le Professeur Teulières, consacrée à l'étude des troubles oculaires sensoriels dans l'encéphalite épidémique, sur lesquels Aubineau et moi-même avions autrefois insisté.

Mais ces faits sont rares, car les troubles oculaires observés habituellement dans l'encéphalite épidémique sont des troubles *moteurs* : seuls les muscles moteurs de l'œil sont atteints et le Professeur Teulières y a consacré un très important rapport à la Société d'Oto-neuro-oculistique de mai 1930.

Si notre malade a réellement présenté à un moment donné une encéphalite épidémique, comme les symptômes actuels permettent de le penser, tous les troubles oculaires constatés chez lui peuvent être rangés dans le groupe des troubles tardifs.

Car on distingue dans l'encéphalite épidémique deux groupes de phénomènes oculaires : ceux évoluant à la période aiguë, au cours de la période infectieuse, et ceux survenant tardivement à une période éloignée de l'infection. Dans ce dernier cas, on peut parler de séquelles oculaires tardives.

Nous avons donc à envisager les troubles moteurs de la période aiguë de l'encéphalite proprement dite, et ceux de la période tardive ou séquelles oculo-motrices.

Troubles oculo-moteurs de la période aiguë. — Lorsqu'on parle des manifestations oculaires de l'encéphalite épidémique, c'est aux troubles moteurs presque exclusivement que l'on doit s'arrêter, les troubles sensoriels étant, nous l'avons dit, exceptionnels.

Ce qu'on observe, ce sont des *paralysies oculaires* à caractères très particuliers. Ce sont des paralysies dissociées, parcellaires, fugaces ou migratrices, pouvant avoir des recrudescences, mais elles portent à peu près exclusivement sur les muscles extrinsèques.

Les trois paires de nerfs crâniens peuvent être atteintes : la IIIe, IVe et IVe paires, c'est-à-dire les nerfs moteurs du globe oculaire, innervant les muscles de l'œil. Seule, la musculature extrinsèque est généralement intéressée ; la musculature intrinsèque est plus rarement touchée.

Lorsqu'il s'agit de la paralysie de la IIIe paire, on peut observer la paralysie d'un seul muscle, ou d'un groupe de muscles, innervés par la troisième paire, voire aussi la paralysie de l'accommodation.

Le ptosis est fréquent. Il est uni ou bilatéral ; on le voit à tous les stades de la maladie, mais c'est surtout un symptôme du début et c'est lui qui attire l'attention du malade.

On voit aussi la paralysie, complète ou non, du muscle droit interne, qui entraîne l'apparition du strabisme externe. Ce strabisme peut être très marqué ou bien la déviation peut n'être qu'insignifiante ; alors la parésie du muscle droit interne ne peut être décelée que par la constatation de la diplopie. La paralysie de l'accommodation aussi peut facilement passer inaperçue si elle est de faible degré, réduite à l'état de simple parésie. Le sujet voit seulement un peu trouble de près, et le réflexe à la lumière est conservé. Ces malades se trouvent améliorés lorsqu'on leur prescrit le port de lentilles de 3 à 4 dioptries.

Cette paralysie rappelle celle provoquée par l'instillation d'atropine, mais tandis que celle-ci intéresse à la fois le muscle ciliaire et le sphincter de la pupille, l'encéphalite ne touche pas le sphincter de la pupille.

La paralysie de la VIIe paire peut exister en même temps car l'encéphalite léthargique porte surtout sur le mésencéphale, mais elle est plus rare.

Cette paralysie faciale est souvent bilatérale ; parfois même, avec l'extension des lésions on peut voir la paralysie des lèvres, de la langue, du voile du palais.

Tous ces troubles peuvent disparaître et tout peut rentrer dans l'ordre. Dans tous les cas ces paralysies étant dues à l'atteinte des filets des nerfs moteurs se présentent toujours sous forme de paralysies isolées, alors même que plusieurs nerfs sont intéressés.

Comme les autres manifestations de l'encéphalite, elles sont la conséquence des lésions de l'encéphalite léthargique, maladie contagieuse et épidémique, dont nous ignorons l'agent, mais maladie infectieuse au premier chef.

Où se localise dans l'organisme ce virus ?

L'examen histologique montre l'absence de lésions inflammatoires au niveau des méninges, ce n'est donc pas une méningite. L'examen du liquide céphalo-rachidien lui aussi ne donne aucune indication précise.

Par contre, on trouve des lésions très manifestes dans la substance grise du mésocéphale et en particulier du plancher du IVe ventricule ; on y trouve des altérations des vaisseaux : leurs parois sont infiltrées de leucocytes, les vaisseaux eux-mêmes sont parfois oblitérés. On observe aussi des piquetés hémorragiques en pleine substance grise.

Les altérations siègent donc au niveau du noyau lenticulaire, de la couche optique, des pédoncules cérébraux, de la protubérance et de la partie supérieure du bulbe.

La corticalité et la moelle sont intactes. On peut conclure que l'encéphalite a une affinité toute particulière pour le mésocéphale et ceci nous explique la fréquence des paralysies oculaires.

L'encéphalite est souvent mortelle, toujours polymorphe ; au début elle peut être prise pour une grippe, ou bien l'infection peut rester méconnue.

Revenons à notre malade, il ne se rappelle pas avoir présenté une affection grave, fébrile. S'il a eu une encéphalite, elle serait restée méconnue et il en présente aujourd'hui les séquelles oculaires tardives.

Séquelles oculaires tardives. — Au premier rang de ces séquelles tardives figurent les troubles de la maladie de Parkinson dont notre malade présente tous les caractères et sur lesquels je n'ai pas à insister ici.

Elle est caractérisée, vous le voyez, par une démarche particulière à petits pas, une attitude soudée, figée, par le masque impassible du visage, par des tremblements à petites oscillations survenant au repos et disparaissant avec les mouvements volontaires, ce qui les distingue des tremblements de la sclérose en plaques. Notre malade à ce point de vue, est tout à fait typique, comme vous pouvez le voir. Tandis qu'au repos vous voyez les mains agitées d'un petit tremblement continu très rapide, les pouces semblant vouloir faire le geste de rouler une cigarette sur l'index, ce tremblement disparaît à l'occasion d'un mouvement volontaire.

En même temps que le syndrome de Parkinson, on voit apparaître des troubles du côté de l'œil, des troubles moteurs, et ces troubles moteurs sont très différents de ceux observés au cours de la période aiguë. Ce ne sont plus ici des paralysies isolées mais des *paralysies de fonction*.

BIBLIOGRAPHIE

Erasme, par Th. Quoniam. 1 vol. in-8 écu de la collection « Temps et Visages », 266 p., 6 illustrations en hors-texte. Prix : 15 francs. Desclée de Brower, éd., 76 *bis*, rue des Saints-Pères, Paris.

Une âme d'humaniste et de chrétien.

Dans un an, en 1936, sera commémoré le 4e centenaire de la mort d'Erasme. Le moment semble donc bien choisi pour entreprendre une étude de l'homme qui a exercé une si prodigieuse influence sur son époque. Sans doute le sujet n'a jamais cessé d'être d'une brûlante actualité. Nombreux sont les écrivains qui ont déjà scruté la vie et les œuvres du grand humaniste. L'auteur ne se propose donc pas, une fois de plus, de remettre en lumière les épisodes variés qui ont marqué la carrière de son héros. Il n'ambitionne pas davantage de donner une analyse complète et détaillée de l'œuvre immense de l'érudit. Des ouvrages remarquables qu'indique une bibliographie étendue pourront être consultés avec fruit par ceux que passionne l'étude de l'humanisme.

M. Quoniam a limité son enquête à un aspect encore mal éclairci du problème érasmien. Il s'est attaché à examiner l'attitude religieuse d'Erasme ; quelle fut sa position dans l'Eglise à la veille de la Réforme et au cours des premières années du mouvement luthérien ?

La correspondance du maître de Rotterdam éditée récemment à Oxford, grâce à l'inlassable activité et à l'immense érudition du regretté M. Allen, mort à la tâche l'an dernier, méritait d'être interrogée. M. Quoniam n'a pas manqué d'y puiser une ample moisson de renseignements précieux dont il nous donne les prémices. Evidemment dans ce livre les gestes de l'âme dominent tout ; les incidents de la vie sont relégués au second plan et servent à marquer les étapes de l'évolution spirituelle d'Erasme. Avant tout nous voyons apparaître le grand humaniste tel qu'il fut vraiment : un conseiller scrupuleux, un chrétien nourri des textes sacrés, un ami du Beau et du Bien.

A chaque page de ce livre on sentira mieux à quel point Erasme a pu incarner la conscience religieuse de son siècle tenaillé par l'inquiétude en même temps qu'apaisé par la lumière. En replaçant le visage pacifié d'Erasme dans son temps si troublé, l'auteur a voulu faire acte de justice envers celui qu'on a pu comparer à Voltaire sans se rendre compte de la fragilité de cette analogie. Chrétien hardi et prudent, Erasme a voulu restaurer sans détruire. Il appartient donc à cette Eglise qui possède la source divine de la Vie toujours renaissante.

Ajoutons que le plus grand des humanistes actuels, M. Pierre de Nolhac, de l'Académie française, qui avait choisi lui-même l'auteur pour écrire ce livre, déclarait, après lecture du manuscrit : « Enfin nous avons une Erasme ».

Madrid, l'Escorial et les anciennes résidences royales, par Paul Guinard. Un vol. in-8° (19 × 26), illustré de 133 gravures. Broché 18 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

Il manquait à la collection des *Villes d'art célèbres*, un volume sur Madrid. M. Paul Guinard, directeur de l'Institut français de Madrid, nous le donne aujourd'hui.

Madrid avant Philippe II ; Madrid capitale des Habsbourgs ; Les églises des Habsbourgs et l'art Baroque Madrilène ; le nouveau Palais royal et les architectes des premiers Bourbons ; l'œuvre de Charles III, le néo-classicisme, Goya ; le Prado et l'Académie des Beaux-Arts ; la Ville moderne ; l'Escorial ; les anciennes résidences royales des environs de Madrid ; tels sont les différents titres des chapitres ; ils montrent l'ampleur et l'intérêt de l'ouvrage.

Madrid n'est pas seulement un centre d'excursion commode et un beau musée. Les monuments anciens de la capitale et les résidences royales qui l'environnent, forment un ensemble homogène, une province à part de l'art espagnol ; Madrid est aussi un lieu d'élection du baroque espagnol auquel l'art madrilène apporte une note robuste, un peu rude, sévère jusque dans la somptuosité. C'est tout cet ensemble que nous montre d'une façon magistrale M. Paul Guinard.

Annales historiques de la Révolution française, organe de la Société des Etudes Robespierristes, paraissant six fois par an. Abonnement : France, un an, 40 francs. Mellottée, éditeur, 46, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de janvier-février 1935 : A. Mathiez : Les Philosophes et le Pouvoir au milieu du XVIIIe siècle. — Colonel Herlaut : Les nominations du Général Beauharnais et du commissaire Alexandre au ministère de la Guerre. — W.-B. Kerr : Robespierre et le jeune Millingen. — *Documents* : Une fausse lettre de Danton (G. Lefebvre). — Robespierre vu par un officier suisse (Alfred Ruffer). — Trois lettres de Conventionnels (E. Vellay). — Encore un faux de d'Entraigues (L. de Cardenal).

Bibliographie. — Notices. — Revue de la Presse. — Chronique.

La foire aux girouettes. — Galtier-Boissière publie en numéro spécial de *Crapouillot* un très plaisant « Dictionnaire des Girouettes » où sont dénoncées avec humour les variations des politiciens et écrivains contemporains d'après leurs *propres* écrits ou professions de foi. (La livraison illustrée : 12 francs au *Crapouillot*, 3, place de la Sorbonne, Paris).

Paralysies de fonction. — Ces paralysies oculaires de fonction sont intéressantes au point de vue des localisations de l'encéphalite épidémique.

Vous savez que normalement les mouvements du globe oculaire sont des mouvements associés ; or, la paralysie oculaire de fonction se traduit par des troubles de ces mouvements associés.

Bien étudiées par Parinaud, ces paralysies sont tout à fait caractéristiques des troubles oculo-moteurs tardifs de l'encéphalite épidémique. Au cours de la période aiguë, ce qu'on observe, ce sont des paralysies isolées, parcellaires ou portant sur la totalité des muscles innervés par le nerf intéressé. Ici au contraire, les complications oculomotrices tardives sont des paralysies de fonction.

On peut distinguer des troubles des mouvements verticaux, horizontaux de latéralité ou des troubles de la convergence et de la divergence.

Si nous demandons à notre malade de suivre des yeux le doigt qu'on lui présente, on constate la limitation partielle ou complète de certains mouvements : Parinaud a décrit cette limitation sous le nom de paralysie des mouvements associés.

Ici les mouvements de latéralité sont quelque peu limités et surtout ils s'effectuent par saccades, suivant le phénomène désigné sous le terme de « roue dentée ». Mais notre sujet présente surtout en fait de paralysie de fonction une parésie de la convergence associée à des troubles de l'accommodation.

Ces troubles sont facilement reconnaissables : le malade ne peut plus lire de près et la lecture devient très facile après adjonction d'un verre convexe de + 3 dioptries.

Ces paralysies de l'accommodation coexistent souvent avec la conservation des réactions pupillaires, se rapprochant alors de celles qu'on observe après la diphtérie. Chez notre malade, en effet, les pupilles se contractent sous l'influence de la lumière mais elles ne se contractent pas lorsque le malade converge ou du moins essaie de converger ou d'accommoder et le signe d'Argyl-Robertson est inversé.

Et ceci se comprend : l'accommodation et la convergence étant parésiées, la contraction de la pupille, qui d'ordinaire marche de pair avec elles, ne s'effectue pas. Aussi, conséquence de cette paralysie de la convergence, notre malade voit double à 25 cm. ; il existe une diplopie croisée. Bien plus : lorsque nous éloignons le doigt, il continue à voir double encore un moment et la diplopie se maintient jusqu'à une certaine distance, dépassant de 19 à 20 centimètres celle à laquelle elle avait apparu.

Comme le fait remarquer J. Blum dans son excellente thèse sur ce sujet, faite ici à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, on peut interpréter ce fait comme un phénomène de *persévération*, de fixation d'attitude, analogue à celui observé sur les différents segments du corps au cours des syndromes post-encéphalitiques (1).

Paupières. — D'autre part du côté des paupières on observe chez notre malade une immobilité relative des paupières, caractérisée par la rareté du clignement, par de petits tremblements fibrillaires, enfin par une légère exagération de la hauteur de la fente palpébrale, souvent agrandie chez les parkinsoniens en raison de l'hypertonie du muscle releveur.

Nous retrouvons donc là à *l'état statique* les symptômes rencontrés chez ces malades : immobilité relative des paupières, exagération de la fente palpébrale et mouvements anormaux.

A *l'état cinétique*, on note souvent du *tremblement* des paupières en occlusion, une exagération du réflexe oculo-palpébral ; au lieu de la régression brusque et unique de l'état normal, les parkinsoniens réagissent par une vive trépidation des paupières rappelant les battements des ailes d'un oiseau, puis survient la *rigidité*.

(1) J. Blum. — Le syndrome oculo-moteur tardif de l'encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1928.

A toutes ces manifestations viennent s'ajouter des *crises paroxystiques palpébrales*, entraînant une lenteur des mouvements, si bien qu'il est difficile au sujet d'ouvrir et de fermer les paupières et il lui faut quelquefois s'aider des doigts pour vaincre le spasme de l'orbiculaire.

Nous retrouvons ces tremblements spasmodiques des paupières chez notre malade. Si nous lui demandons de fermer les yeux, nous voyons aussitôt les paupières animées d'une série de battements que le sujet n'est plus capable de maîtriser.

Rappelez-vous l'histoire de notre malade : en 1930 il présente des crises de révulsion des globes oculaires. Ces crises, qui depuis n'ont cessé de se reproduire, ont une durée d'environ dix à quinze minutes, et le soir, lorsqu'elles apparaissent, il ne peut s'endormir, en raison du tremblement excessif des paupières. Ces tremblements ne sont autre chose que des crises convulsives.

Notons encore les crises de blépharospasme, autrement dit, l'occlusion spasmodique des paupières, occlusion passagère due à la convulsion clonique des muscles observée chez nombre de sujets. On décrivait autrefois ces crises de blépharospasme sous le terme de blépharospasme hystérique. Or, bien souvent ces crises ne sont autre chose qu'un syndrome parkinsonien fruste, conséquence d'une encéphalite léthargique méconnue. Une de nos malades présentait des crises de blépharospasme presque à l'état subintrant ; celles-ci survenaient à tout moment, parfois même en plein milieu de la chaussée, l'obligeant à s'arrêter au milieu des voitures, persistant plusieurs minutes, la rendant incapable d'avancer ou de reculer et l'exposant ainsi aux plus grands dangers.

Ailleurs, en même temps que la paralysie de la convergence on constate une paralysie de l'accommodation, une anisocorie et une immobilité complète des deux pupilles, comme dans deux de nos observations (1).

Concluons de tout ceci que les complications oculaires sont fréquentes au cours de l'encéphalite léthargique, les unes, partie en quelque sorte intégrante de la symptomatologie de la période aiguë, ce sont les *paralysies oculaires* isolées ; les autres, séquelles tardives, ce sont des *paralysies de fonction*, souvent associées à d'autres symptômes de la maladie de Parkinson.

Somme toute, on observe des troubles de fonction, c'est-à-dire des troubles d'élévation, d'abaissement, de la convergence et puis encore des crises paroxystiques et au nombre de celles-ci le blépharospasme, lui aussi très fréquent.

Il y a donc dans l'encéphalite épidémique au début des paralysies motrices isolées, puis plus tardivement des paralysies de fonction.

Le pronostic de ces troubles oculaires est des plus réservé. Leur évolution est excessivement lente.

Traitement. — Que faut-il faire ? Les injections de scopolamine, ainsi qu'on le fait à notre malade, un demi-centigramme chaque jour, semblent recommandables, elles le soulagent beaucoup, diminuent l'intensité des tremblements dans une proportion considérable.

(1) F. Terrien et P. Veil. — Troubles de la convergence et de la matité pupillaire, séquelles d'encéphalite épidémique. *Archives d'ophtalmologie*, 1926, p. 709.

« Le concours a contribué à éliminer peu à peu des affaires publiques, des fonctions et des professions, dont il assure le recrutement, tout homme mal doué de psittacisme, toute intelligence digne, dédaigneuse du bavardage, tout esprit apte aux longues réflexions et aux déductions rigoureuses. Le concours n'a-t-il pas exagéré ce que Taine appelait « le mal français » et qu'il définissait une « intempérance idéologique, une détérioration de la pensée par abus du verbalisme ? » (L. Corpechot, Tout au Concours, *1935*, 31 janvier 1935.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

Une opinion bien établie fait contre-indiquer l'altitude aux hypertendus.

Si l'on étudie l'hypertension chez le montagnard habitant toute l'année et depuis sa naissance, des régions entre 1.000 et 1.500 mètres, on s'aperçoit que son évolution est tout à fait superposable à celle de l'habitant de la plaine.

Les dangers de l'altitude semblent également minimes pour le sujet transplanté et pour l'hypertendu de passage dans une station alpestre.

On n'a jamais constaté le moindre incident (ictus, œdème aigu) dans la foule des hypertendus qui empruntent chaque jour les téléfériques ; le danger devrait être grand puisque la dénivellation est de 1.000 mètres en 40 minutes pour le Montenvers et de 1.500 mètres en 20 minutes pour le Brévent.

Dans les ascensions la fatigue musculaire et le défaut d'entraînement entre en jeu, mais en téléférique seul le facteur pression atmosphérique intervient comme élément actif.

(De Chabanolle et Rivière, de Chamonix. Hypertension artérielle et altitude. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er janvier 1935).

Chirurgie

Le diagnostic de la hernie crurale étranglée n'est pas toujours facile chez la femme ; de deux observations se dégagent les conclusions suivantes :

Les renseignements, fournis par la malade et son entourage, n'ont qu'une valeur très relative ; ils peuvent même être dangereux, car ils sont susceptibles d'orienter le traitement dans une fausse direction.

Il ne faut pas oublier qu'il y a des hernies intermittentes, qui ont pu être méconnues dans le passé.

Les douleurs peuvent être sans caractères particuliers et sans localisation précise.

Un purgatif peut avoir fait vider le bout inférieur de l'intestin, ce qui donne le change au point de vue de l'arrêt des matières et des gaz.

(Pescher. Les difficultés du diagnostic de la hernie crurale étranglée, chez la femme. *Gazette médicale limousine et Limousin médical*, novembre 1934.)

Malgré une gastro-entérostomie un ulcère peut continuer à évoluer ; il ne s'agit pas d'un ulcère peptique, mais de l'ulcère primitif lui-même.

La simple gastro-entérostomie est fréquemment impuissante à guérir l'ulcère gastrique ; non seulement dans beaucoup de cas elle n'améliore pas le malade, mais parfois elle l'aggrave ; on peut dire que l'opéré est souvent un véritable infirme ; ces cas sont plus nombreux qu'on ne le croit, étant donné le nombre de gastro-entérostomies faites souvent pour peu de chose.

Dans des cas semblables il ne faut pas hésiter ; il faut réopérer ces malades et leur faire une gastrectomie large, c'est la seule façon de les guérir radicalement.

La gastrectomie après une gastro-entérostomie est une opération plus difficile et plus laborieuse, mais guère plus choquante qu'une gastrectomie ordinaire.

(J. Duval. Dans les ulcères gastro-duodénaux doit-on faire encore une gastro-entérostomie ? *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, janvier 1935).

Dans le traitement de l'artérite chronique des membres inférieurs et de la gangrène, qui en est souvent l'aboutissant, la sympathectomie péri-artérielle occupe une place importante ; comme elle est souvent difficile et parfois impossible, on lui a substitué la sympathectomie chimique avec une solution d'acide phénique à 5 %.

Le procédé est des plus simples. Le malade étant endormi ou sous anesthésie locale, on découvre l'artère et on la frotte avec un tampon imbibé de la solution d'acide phénique ; la phénolisation produit une contraction artérielle, à laquelle fait suite rapidement une vaso-dilatation intense.

C'est surtout au stade de gangrène que la sympathectomie chimique a été pratiquée ; elle amène la sédation des troubles douloureux, rétablit la circulation, limite la gangrène et permet une intervention secondaire plus économique.

(G. Masson. Artérite chronique et sympathectomie chimique. *Gazette médicale de Picardie*, novembre 1634).

Obstétrique

Les vomissements graves de la grossesse constituent une entité clinique, caractérisée par l'intolérance gastrique, l'intoxication profonde et l'évolution finale vers la mort.

Le pronostic est fondé sur l'accélération permanente du pouls, l'amaigrissement quotidien important, l'apparition progressive d'un subictère, l'acétonurie progressive, l'élévation du taux du coefficient de Maillard.

Un isolement rigoureux de la malade s'impose de façon absolue de manière à la soustraire à l'influence du milieu familial.

Dans cet isolement on fera un traitement symptomatique qui comportera : la psychothérapie, le traitement digestif, la réhydratation, la lutte contre l'acidose, les tentatives de réalimentation.

L'évolution sera soigneusement contrôlée par l'examen clinique rigoureux et la recherche systématique des signes urinaires.

Les résultats obtenus dicteront l'interruption ou la non interruption de la grossesse.

(A. Brochier. Les vomissements graves de la gestation. Considérations sur leur pronostic et leur traitement. *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1934.)

Psychiatrie

La confusion mentale et la psychose de Korsakoff sont des états psychopathiques qui se développent spécialement au cours ou à la suite des maladies infectieuses, toxiques et toxi-infectieuses.

Dans la confusion mentale les troubles de la perceptivité et de la reconnaissance portent sur les lieux, le temps, les personnes et les choses : désorientation dans l'espace, désorientation dans le temps, la non-reconnaissance des personnes et des objets, amnésie de fixation.

La psychose de Korsakoff est caractérisée par l'amnésie de fixation, la fabulation, les fausses reconnaissances, l'euphorie et, très souvent, la polynévrite ; elle est plus grave et plus rare que la confusion mentale.

(R. Benon. Confusion mentale et psychose de Korsakoff. Présentation clinique. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 janvier 1935.)

Médecine légale

La médecine légale devient une spécialité aussi nettement différenciée de la médecine que l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, etc.

Le médecin légiste doit avoir à sa disposition des laboratoires permettant l'application des techniques nouvelles.

Les deux exemples suivants illustrent bien ce qui précède :

La recherche de l'origine individuelle du sang a été facilitée par les résultats des biologistes ; on peut dire actuellement que chaque individu a une formule sanguine qui lui est propre. Le prélèvement du sang au moment de l'autopsie doit faire partie de la technique médico-légale, mais la conservation de ce sang ne peut être assurée que par des frigorifiques fonctionnant d'une façon constante et empêchant ainsi l'altération des liquides organiques ; on peut alors pratiquer les comparaisons des divers sangs soumis à l'expertise.

L'emploi d'un microscope spécial, l'*ultropack*, muni d'un objectif pour illumination des objets opaques, permet d'observer en quelques instants, au moment de l'autopsie, les modifications microscopiques des différents tissus ; on peut relever ainsi des ecchymoses profondes invisibles à l'œil, des déchirures vasculaires, des modifications des alvéoles pulmonaires.

Voici les conclusions de l'auteur :

C'est une erreur de croire que la collaboration médicale est assurée au service de la justice, parce que la loi oblige tout docteur en médecine à répondre aux réquisitions des magistrats. C'est également une erreur de

Action d'une Eau sur les Rénaux et les Colibacillaires

Dans une communication à l'Académie de médecine, le 27 février 1934, les Docteurs Charles FLANDIN des Hôpitaux de Paris, BARBAT de Vichy et NEPVEUX, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, ont mis en évidence l'action de l'Eau de Charrier sur les éliminations urinaires, sur l'*uricémie* et l'*uricurie*, sur l'*indolurie* et la *scatolurie*, sur la *chlorurie* et la *chlorémie* et chez les *colibacillaires* ; les auteurs terminent par les conclusions suivantes :

« De tous ces faits, il se dégage que l'Eau de Charrier permet « au *rein normal et pathologique* d'augmenter et d'améliorer son « travail de filtration, d'une façon progressive, sans à-coups, « débarrassant ainsi l'organisme de déchets comme le *chlore*, « l'*urée*, l'*acide urique*.

« Cette *action diurétique douce*, due à sa faible minéralisation, « s'oppose à celle des diurétiques puissants, quelquefois trop « brutale, susceptible d'irriter le rein. Cette eau a toujours été « **bien tolérée.** En aucun cas, nous n'avons observé de réactions « **aggravant** l'état des malades, même après usage prolongé ».

Dans une communication au Congrès national de la Colibacillose, tenu à Chatel-Guyon, en septembre 1934, les Docteurs P. DESGEORGES et H. DANY, de Vichy, ont rapporté « **les résultats** surprenants observés chez les urinaires dans le « *syndrome entéro-rénal* et le *syndrome entéro-hépatique* ainsi que « **dans tous les** *Cycles pathologiques où le colibacille intervient* ». Ils **attirent** l'attention « d'une façon toute particulière sur « **cette eau** qui mérite d'être **placée au premier plan de la « thérapeutique hydro-minérale de la colibacillose** ». Ils **pensent** que « son action est multiple : Action de *diurèse* donc « de *lavage*, action *anti-infectieuse* et *acidifiante* ».

Le Docteur Pierre FLANDRIN, de l'Hôpital St-Michel, qui a soumis au traitement de l'Eau de Charrier des sujets à système *urinaire normal*, opérés de lésions banales du testicule et de ses enveloppes, puis, 27 « urinaires » opérés et 5 malades infectés mais non justiciables d'une intervention sanglante, a mis en évidence l'action *diurétique* de l'eau, son action *anti-infectieuse* étonnante et son action légèrement *laxative*.

Enfin, de très nombreux médecins ont signalé les heureux effets de Charrier-Bonne Fontaine, chez les *colibacillaires*, les *rénaux*, les *rhumatisants* et en général chez tous les *intoxiqués*.

Les doses ingérées sont généralement de 5 à 600 cent. cubes par jour :

Matin : à jeun et couché	6 h.	100 grs.
	6 h. 30	100 »
	7 h.	100 »
L'Après-Midi	15 h.	100 »
	17 h.	100 »
	18 h.	100 »

L'Eau de Charrier à pH. très bas, est une eau froide, non gazeuse, très digestive et agréable à boire. Elle est caractérisée par sa très faible minéralisation, **23 milligrammes** seulement de résidu sec par litre, soit 20 fois moins que les eaux de diurèse les plus réputées ; — par sa teneur **en acide silicique libre** 9 milligrammes, soit 40 % de sa minéralisation totale ; — par **la présence de cuivre, un centième de milligramme ;** — et, enfin, par sa très forte **radio-activité**, 12, 5 **millimicrocuries** de radon par litre.

La Bonne Fontaine Charrier est située à 30 **kms. Sud** de Vichy, mais son eau n'a aucune parenté avec les **eaux de** ce bassin. Elle jaillit à 900 mètres d'altitude, en plein granit des Monts de la Madeleine. Elle est connue, depuis toujours, sous le nom de « Bouna Font » et jouit d'une vieille **réputation** légitimée par de nombreuses recherches cliniques.

Littérature et Echantillons à Charrier-Bonne Fontaine, à Laprugne (Allier), et à la **Société de Charrier**, 15, Place de la Madeleine, Paris.

la part des médecins traitants de ne pas se récuser comme ils en ont le droit, après avoir obéi à la réquisition de la justice, dans l'accomplissement de besognes qu'ils n'ont pas les moyens matériels d'accomplir. Enfin, n'est-ce pas une erreur de la part des législateurs de vouloir persévérer dans l'organisation de la médecine judiciaire, que nous venons de démontrer comme tout à fait inefficace, et dans un recrutement des médecins légistes basé sur leur temps de pratique médicale, alors qu'ils ont oublié les quelques connaissances médico-légales apprises dans les Facultés, la considération qu'ils ont pu acquérir comme médecins traitants, alors que le médecin légiste est tout à fait autre chose qu'un thérapeute ?

(E. Martin. Les nouvelles techniques de la médecine judiciaire. *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1934.)

Médecine coloniale

En Extrême-Orient la viande est beaucoup moins consommée que dans les pays occidentaux. Ceci tient à deux causes : la première c'est que le climat n'est pas propice à ce mode d'alimentation, la seconde c'est que la densité de la population ne permet pas de consacrer à l'elevage la superficie considérable des prairies nécessaires.

Le soja est riche en azote et en matières grasses ; il comble la déficience de ces éléments dans la ration alimentaire indigène, presque uniquement constituée par les hydrates de carbone du riz.

A moins d'une cuisson très prolongée, les graines de soja sont difficiles à digérer ; aussi prépare-t-on un fromage par précipitation de la caséine, une sauce par fermentation, une crème par ébullition.

(E. Monnier. Sur un dérivé mal connu du soja : le Dàu-Phu-Chuc ou crème de soja. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, août-septembre 1934.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Fièvres éruptives

Les rapports pathogéniques entre la varicelle et le zona ont donné naissance à deux écoles, l'uniciste qui admet l'identité des germes et la dualiste qui la conteste.

Une observation de P. Fonteyne concerne un enfant de 4 ans, n'ayant été en contact avec aucun autre enfant que son frère et faisant une éruption typique de varicelle, qui se déclare exactement seize jours après le début d'un zona chez ce frère âgé de 7 ans.

Les coïncidences zona-varicelle peuvent se résumer dans les données cliniques positives suivantes :

1° Cas de contagion, tout au moins apparente, de zona-varicelle et, plus rarement, de varicelle-zona, survenant après un délai d'une quinzaine de jours.

2° Existence simultanée, chez un même sujet, d'un zona et d'une varicelle.

3° Immunité spécifique constante du zona et récidive très rare de la varicelle.

Ces faits méritent de retenir toute notre attention.

(P. Fonteyne. Un cas de varicelle survenu après contact avec un zona. *Scalpel*, 29 septembre 1934).

Pédiatrie

Une étude sur les vomissements du nourrisson aboutit aux conclusions suivantes :

En face d'un nourrisson qui vomit, placez-le aussitôt dans une des trois classes de vomissements suivants : 1° bénins, 2° passagers, 3° habituels.

S'il appartient à l'un des deux premiers groupes, tout s'arrangera bien, ou, en tout cas, le traitement relèvera de la maladie causale. Mais s'il appartient au groupe de vomissements graves ou habituels, tâchez de savoir par l'interrogatoire et les épreuves thérapeutiques, si votre enfant est un hypoalimenté, un syphilitique, un nerveux ou un intolérant. Une fois établi, le classement de votre sujet vous donnera des idées directives qui vous feront établir un traitement rationnel.

Et puis, armez vous de patience : sachez attendre la guérison. On ne réussit pas toujours du premier coup. Le succès appartient au thérapeute qui sait persévérer. Et si votre enfant survit, il vous le devra ; car ces vomissements habituels, laissés à eux-mêmes sont graves et mortels.

(Albert Jobin. Des vomissements chez le nourrisson. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, octobre 1934).

Tuberculose

L'anémie observée dans la tuberculose, peut se manifester sous des formes très variées. L'anémie la plus habituelle, l'anémie secondaire simple, est le plus souvent modérée et ne joue d'habitude qu'un rôle insignifiant dans le tableau clinique ; parfois elle peut prendre une forme plus accusée, plus particulièrement quand il y a des complications intestinales de caractère ulcéreux ou des lésions pulmonaires fortement exsudatives ; dans certains cas exceptionnels elle peut même simuler l'anémie pernicieuse.

Dans ce dernier cas l'anémie est grave, le nombre des érythrocytes descend parfois au-dessous de 500.000 ; souvent la valeur de l'hémoglobine ne subit pas une chute aussi profonde et l'index devient alors supérieur à 1. Les globules rouges présentent de l'aniso — et de la poikilocytose, de la polychromatophilie et des granulations basophiles ; on trouve des normoblastes dans la plupart des cas, exceptionnellement des mégaloblastes. Les rapports des leucocytes varient ; on rencontre aussi bien une légère leucocytose que de la leucopémie.

On observe naturellement les symptômes habituels à toute anémie : vertiges, etc. ; l'évolution est généralement rapide.

Les opinions diffèrent sur la pathogénie des anémies d'aspect pernicieux. D'une manière générale on admet qu'il s'agit d'une action hémolytique provoquée par des toxines.

Ces anémies graves n'apparaissent que chez les individus dont l'appareil hématopoiétique est, pour ainsi dire, de qualité inférieure.

(Eric Jonsson. Des anémies qui, dans la tuberculose, rappellent l'anémie pernicieuse. *Acta medica scandinavica*, 17 octobre 1934).

Chirurgie

La mortalité est élevée dans l'appendicite aiguë et les facteurs principaux sont : la prescription d'une purgation, le retard d'intervention et l'erreur de technique opératoire.

Trois observations d'appendicite aiguë (dont une gangréneuse et une suppurée) viennent à l'appui de cette proposition, qu'on a trop tendance à oublier.

(J. Soares Hungria. Consideraçoes sobre 3 casos de appendicite aguda, sendo 1 gangrenosa, 1 supurada e 1 aguda. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, août 1934.)

Petite chirurgie

Une observation d'embolie consécutive à une injection phlébosclérosante, est en contradiction avec les dogmes jusqu'ici intangibles qui confèrent à la méthode sa remarquable sécurité, à savoir l'impossibilité d'embolies centripètes et l'absence de tout danger de complication phlébitique ultérieure.

Le 5 novembre 1932 se présentait à ma consultation M. G..., 63 ans, menuisier de son état...

... On pouvait constater deux dilatations circoïdes sur la face antéro-interne de la jambe, au tiers supérieur, chacune comme une demi-noix, et quelques dilatations flexueuses sur la crête antérieure du tibia, à mi-jambe. En résumé, état variqueux peu accentué, n'atteignant que quelques branches de la saphène interne gauche.

Mon patient n'étant ni pléthorique, ni hypertendu (pression artérielle : 8,14 au Vaquez), ni insuffisant cardiaque, l'examen des urines ne décelant aucun élément pathologique, l'âge du malade ne paraissant pas constituer une contre-indication, le traitement de ses varices par la méthode sclérosante pouvait être envisagé, semblait-il, en toute tranquillité.

J'injectai donc dans le noyau variqueux supérieur de la face antéro-interne de la jambe un centimètre cube de la solution de quinine-uréthane (chlorhydrate de quinine 0.40, uréthane 0,10, eau distillée 3 c.c.) et conseillai au malade un repos de 36 heures.

Trois jours après l'injection, on me demanda d'urgence auprès du malade qui était en proie à un violent point de côté, accompagné de dyspnée et de toux : à ces signes subjectifs ne correspondait qu'une légère submatité de la base gauche, un peu de faiblesse respiratoire en cet en

droit, quelques râles sous-crépitants fins et une température axillaire de 38°. A aucun moment les crachats ne furent hémoptoïques ou hématiques, mais, malgré l'absence de ce symptôme, le diagnostic d'*embolie pulmonaire* ne faisait pas l'ombre d'un doute.

A la jambe, le noyau injecté était rouge, induré, douloureux à la pression et une traînée rouge remontait le long de la saphène interne. Cette dernière se présentait sous le doigt comme un cordon induré qu'on pouvait suivre jusqu'à la racine de la cuisse. C'était là le tableau de la veinite ascendante... Dans notre cas, il ne pouvait s'agir d'une véritable thrombo-phlébite, car la résolution du processus inflammatoire ne demanda que quelques jours et l'absence d'œdème prononcé témoignait de l'intégrité du système veineux profond, toujours atteint dans la phlébite infectieuse.

Mon malade se remit assez vite de son infarctus pulmonaire et se levait trois semaines plus tard lorsque, le 28 novembre, son membre inférieur gauche devient à nouveau douloureux et présenta bientôt un gros œdème, accompagné de fièvre. Cette fois-ci, il s'agissait d'une véritable thrombophlébite qui venait compliquer tardivement la veinite ascendante. Je passe sur les détails de son évolution qui se fit en cinq semaines, non sans se compliquer d'une bronchite diffuse bilatérale, d'une congestion active de la base gauche et d'une insuffisance aiguë du myocarde qui prolongèrent beaucoup la convalescence. Le malade ne reprit son activité qu'au printemps 1933, après cinq mois d'incapacité de travail.

(Maurice Ehinger. Accidents consécutifs à une injection phlébosclerosante. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 octobre 1934).

Thérapeutique

La sanocrysine est efficace dans l'asthme tuberculeux. L'auteur suit la méthode de Dudan : de 0,01 grammes à 0,05 grammes dilués dans de l'eau bi-distillée et stérilisée, en injections intraveineuses, espacées de quatre à sept jours au début, puis de huit à quinze jours, enfin de trois mois.

Sur seize cas traités, trois ont été perdus de vue, un stationnaire, un légèrement amélioré et onze fortement améliorés.

(Julio A. Cruciani. La sanocrisina en el tratamiento del asma tuberculosa. *Semana medica*. 18 octobre 1934).

Le bismuth a la réputation d'être efficace dans le traitement de la syphilis. Si l'on peut chiffrer les valeurs relatives, on évalue l'arsenic à 10, le bismuth à 7 et le mercure à 4 ; cependant quelques auteurs mettent ces deux derniers sur le même rang. Le bismuth passe pour être moins nocif que l'arsenic dans les cas de maladies organiques et de tuberculose pulmonaire ; il est mieux toléré que le mercure dans les néphrites et dans les cas d'ictère arsenical ou de dermatite arsenicale.

D'autre part, la majorité des syphiligraphes n'estime pas désirable la substitution du bismuth à l'arsenic.

Le bismuth peut être employé tantôt seul à certains stades de la maladie, tantôt associé à l'arsenic. Dans la syphilis primaire ou secondaire l'association bismuth-arsenic est particulièrement efficace.

Dans les cas qui résistent au mercure ou à l'arsenic ou qui les tolèrent mal, le bismuth a fait preuve d'une valeur inestimable. On a cité des cas de bismutho-résistance mais ils sont extrêmement rares.

(Helen Harrington. Bismuth in the treatment of syphilis. *American Journal of syphilis and neurology*, octobre 1934).

Les injections intraveineuses d'alcool exercent une action favorable sur certains symptômes de la tuberculose pulmonaire.

On a utilisé l'alcool à 33 % en solution glucosée à 5 % et pratiqué des injections de 20 c.c. tous les deux jours dans les veines du coude et de l'avant-bras, aussi lentement que possible.

Ces injections produisent de la sclérose des veines ; si l'on veut poursuivre le traitement pendant une période assez longue, il est nécessaire d'employer une solution plus faible, à 10 % par exemple.

L'alcool aurait une action bactéricide, tout au moins *in vitro*.

(G. Usuelli. L'alcoolterapia endovenosa nella cura della tubercolosi pulmonare. *Rinascenza medica*, 31 août 1934.)

Varia

C'est le microorganisme qui signe l'appendicite (Ch. Cornioley, de Genève).

On trouve plus de cancer aujourd'hui parce qu'on le cherche mieux (M. Herman, de Mons). J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1935

L'allergie syphilitique expérimentale. Les chancres hypertrophiques de réinoculation. — *MM. Charles Richet* fils, *Jean Dublineau* et Mme *Michel*, ont observé un assez grand nombre de chancres hypertrophiques, dans les conditions suivantes.

Il s'agissait de lapins ayant reçu du virus syphilitique (le plus souvent d'origine P. G. ou du virus murin). Quand, trois mois après, on les réinocule avec du virus Truffi lapin, ils vont douze fois sur 18 cas réagir par un chancre hypertrophique, alors que 1 seul lapin témoin sur 10 présentera une forme analogue. L'incubation du chancre n'est pas modifiée. Le chancre aboutit à la nécrose. L'évolution clinique est prolongée, environ six mois, les accidents secondaires fréquents, la Meinicke paraît avoir ses caractères habituels. Aucune remarque bactériologique n'est à faire, sauf celle-ci. Le virus paraît avoir sa virulence normale quand on le réinocule à un lapin neuf. Il semble que le caractère hypertrophique du chancre soit bien dû à la modification du terrain provoqué par l'injection antérieure, et non à une modification du virus.

La comparaison de ce phénomène de Koch dans la tuberculose est assez lointaine. Il s'apparente davantage avec les modifications que l'infection syphilitique humaine ancienne apporte à la réaction tissulaire.

L'allergie syphilitique conférée par une infection discrète antérieure, peut donc se manifester non seulement dans le sens d'une atténuation des symptômes, mais encore dans le sens opposé et aboutir ainsi à des réactions hypertrophiques anormales.

Les paradoxes du béribéri. — *M. Léon Normet*. — Les épidémies de béribéri sont liées à la présence dans la ration alimentaire d'un riz privé de son péricarpe depuis un temps assez long.

L'affection débutant chez des individus dont la ration journalière contient une quantité suffisante de vitamine B^1 aboutit cependant à une carence de cette vitamine par spoliation, destruction ou neutralisation et se produisant au cours de la digestion ou de l'assimilation.

Au point de vue pratique on doit retenir :

1° Que la mesure radicale pour enrayer une épidémie de béribéri consiste à remplacer la ration de riz décortiqué par une ration équivalente de pain, de semoule de blé, de riz rouge de l'année, ou de riz blanc décortiqué au jour le jour, etc.

2° Que toute atteinte grave de béribéri doit être immédiatement traitée par la vitamine B^1 administrée en injections sous-cutanées ;

3° Que les béribériques étant exposés à des récidives, doivent être maintenus pendant plusieurs semaines à un régime ne comportant pas de riz décortiqué.

L'exploration radiographique de l'urètre et de la prostate. — *MM. Maurice Chevassu et François Moret*. — Dans un très grand nombre de cas, l'urétrographie fournit des renseignements beaucoup plus précis que tous ceux dont nous pouvions disposer jusqu'à elle. Précisant les lésions urétrales, elle permet d'adapter beaucoup mieux leur thérapeutique à son but.

La suette miliaire dans le Montmorillonnais. Considérations générales. Quelques caractéristiques de l'épidémie en 1926. — *M. Léopold Rousseau*, de l'Isle-Jourdain (Vienne).

Considérations cliniques et thérapeutiques sur le bégaiement. — *M. Marcel Renet*. — Par une étude du mécanisme de la parole chez le bègue, montre que la crise de bagaiement n'est pas un fait accidentel, mais qu'elle est la conséquence d'un trouble général : le dérèglement de l'automatisme de la parole. Ce dérèglement est lui-même sous la

dépendance d'une sympathocotonie, avec déséquilibre de certaines fonctions endocriniennes.

Pour traiter cette hypertonie de l'ortho-sympathique, l'auteur a réalisé un composé synergique de sédatifs, à l'action duquel le bègue est soumis, d'une façon continue, pendant plusieurs mois, et à des doses progressivement décroissantes.

Les résultats obtenus par l'auteur sont extrêmement encourageants : 17 % de guérisons complètes, 75 % d'améliorations considérables, 8 % d'échecs.

Election d'un membre titulaire dans la 1re Section (médecine). — *Classement des candidats* : En première ligne : M. Crouzon.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Clerc, Laignel-Lavastine, Milian, Ribadeau-Dumas et Villaret.

Adjoints à la liste : MM. Babonneix, Noël Fiessinger, Charles Flandin et Pagniez.

M. Crouzon est élu par 48 voix.

Obtiennent : M. Villaret, 20 voix ; M. Clerc, 2 voix ; M. Noël Fiessinger, 2 voix ; M. Ribadeau-Dumas, 2 voix ; M. Laignel-Lavastine, 1 voix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 février 1935

Abcès du poumon chez un homme porteur d'un diverticule œsophagien de pulsion de Zenker. — ***MM. P. Pruvost*** et ***M. Leblanc*** rapportent l'observation d'un homme de 48 ans atteint d'un abcès fétide du lobe supérieur droit qui guérit spontanément après une vomique.

Ils insistent sur quelques détails intéressants :

1° Sur l'image radiographique presque homogène qui put être prise avant l'apparition de la fétidité et de la vomique.

2° Sur l'existence d'un diverticule de la partie supérieure de l'œsophage qui fut révélé par l'examen lipiodolé, une partie de l'huile opaque ayant été déglutie, et qui par sa situation fut la cause de l'abcès.

3° Sur la pathogénie de ces abcès qui semblent bien rentrer dans le groupe des abcès de déglutition, par aspiration bronchique, et qui se différencient des abcès du poumon provoqués par un diverticule de traction de la partie moyenne de l'œsophage.

4° Sur la possibilité d'intervenir chirurgicalement et de mettre ainsi le malade à l'abri des récidives.

Sur les modifications des images radiologiques pulmonaires à la suite de la chrysothérapie. — ***M. Edhem*** (Istanboul).

Sur un cas de guérison de méningite tuberculeuse. — ***MM. Plazy*** et ***Mondon*** (Toulon) rapportent un cas typique de méningite tuberculeuse avec forte lymphocytose rachidienne et présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo rachidien.

La guérison fut obtenue à l'aide de l'allergine appliquée suivant la technique de Jousset. Elle se maintenait huit mois après, la maladie n'ayant laissé que des séquelles nerveuses très légères. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs une lacune dans leur observation, l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien n'ayant pas été pratiquée pendant la période où il se montrait bacillifère, de sorte qu'ils ne peuvent affirmer le degré de virulence du germe.

Maladie d'Addison avec tension artérielle normale et rétention de potassium. — ***MM. C.-I. Urechia***, ***C. Dragomir*** et ***Mme Retezeanu*** (Cluj).

Un nouveau cas de polynévrite tuberculeuse à forte dominance motrice, au cours du pneumothorax artificiel. — ***M. Edhem*** (Istamboul).

Métastases néoplasiques simulant un myélome multiple des os. — ***MM. Georges Marchal***, ***Mallet***, ***P. Soulié*** et ***Guy Albot*** rapportent l'observation d'un cancer du sein dont les nombreuses métastases ostéo-médullaires ont simulé un myélome multiple des os. Il s'agissait d'un épithélioma atypique, à variété pseudo-acineuse, forme rare de cancer du sein.

L'aspect de myélome multiple des os était réalisé par d'innombrables lésions squelettiques, décelées par les radiographies et aboutissant à des fractures spontanées. Les troubles sanguins consistaient en une anémie sévère avec réaction myéloïde (hématies nucléées en proportion modérée et myélocytes).

Les auteurs insistent sur l'intégrité clinique de la rate et du foie, et sur le caractère global osseux et médullaire de cette généralisation cancéreuse frappant électivement la totalité du squelette.

M. Cathala a observé autrefois un cas analogue. Il s'agissait d'une malade opérée quelques années auparavant d'un cancer du sein et qui présenta des fractures spontanées à répétition. Tout le squelette était criblé de noyaux néoplasiques et l'on retrouva des embolies cancéreuses au niveau des parenchymes de tous les viscères.

Néphrite mercurielle aiguë. Remarques thérapeutiques. Etudes sur le métabolisme de l'eau. — ***MM. J. Lévy-Valensi***, ***L. Justin-Bezançon***, ***Mlle A. Abadi*** et ***M. F. Kayser*** présentent l'observation d'un médecin qui absorba par erreur de l'oxycyanure de mercure. L'anurie dura six jours, avec poussée hypertensive, grand syndrome azotémique, acidose, hypothermie, amaigrissement rapide, anémie. La néphrite guérit rapidement.

Le traitement, dans la première heure qui suit l'absorption hydrargyrique, serait capital, si l'on pouvait administrer dès ce moment l'antidote des sels mercuriels (méthylène sulfoxylate de sodium).

A la phase d'urémie, la rechloruration, maniée avec prudence, s'est montrée utile. L'administration intraveineuse de bicarbonate de soude a jugulé l'acidose. La vaccinothérapie intra-vésicale, contre l'infection urinaire secondaire, a semblé efficace.

Le point intéressant de l'observation réside dans la constitution d'un véritable diabète insipide, d'origine rénale, succédant à l'anurie. En quinze jours, le rein du malade, incapable de concentrer l'urée et les chlorures à plus de 5 grammes par litre d'urine, a cependant réussi à ramener l'azotémie de 3 gr. 58 à la normale, uniquement grâce à la polyurie qui a atteint jusqu'à six litres.

Pendant cette phase de polyurie, l'épreuve de la soif (suppression de liquide pendant huit heures) entraînait un malaise sévère, avec chute du poids (2 kgr.) et hyperthermie, sans arriver à abaisser la diurèse ni à élever la concentration uréique. La restriction globale des liquides, pendant quarante-huit heures, fit tomber la température à 39°3, fièvre qui céda instantanément à la réhydratation.

Volumineux kyste gazeux du poumon chez une enfant de douze ans. — ***MM. Etienne Bernard***, ***Triboulet***, ***Thorel*** et ***Mlle Mahieu*** présentent une fillette de 12 ans chez qui un examen systématique de prophylaxie fit découvrir dans le poumon droit une volumineuse poche gazeuse dans les deux tiers supérieurs de l'hémithorax. Cette vaste poche d'air aurait pu en imposer pour un pneumothorax spontané, mais l'absence d'un début bruyant, une latence parfaite, l'inexistence de tuberculose (en particulier cuti-réactions négatives, font éliminer ce diagnostic. Il s'agit d'un cas de kyste gazeux comparable par son volume aux cas récemment publiés et dont on sait la nature congénitale. A ce sujet, il faut relever dans cette observation ce fait que l'enfant a été opérée à l'âge de 4 ans pour un kyste dermoïde de la région cervicale. Les auteurs insistent sur la latence complète en dépit de son volume de ce kyste gazeux, alors que dans d'autres observations similaires cette malformation congénitale s'est révélée par un début bruyant et a évolué avec des troubles fonctionnels importants.

Un cas d'ostéopœcilie. — ***MM. Ch. Gandy***, ***Ch. Guilbert*** et ***Mme Crasneanschi*** relatent l'observation d'un homme de 23 ans chez lequel l'exploration radiologique systématique du squelette permit de mettre en évidence la présence de multiples nodules donnant aux zones osseuses qu'ils occupent l'aspect moucheté caractéristique de l'ostéopœcilie (Ledoux-Lebard), forme d'ostéite condensante généralisée bénigne.

Ces nodules se traduisent sur les films par des mouchetures de dimensions d'une tête d'épingle, d'un grain de plomb, d'un pois, se retrouvent uniquement aux membres, empiétant un peu sur leur ceinture d'attache pelvienne ou scapulaire ; sur les membres, ils prédominent surtout aux extrémités, siégeant principalement dans les petits os du massif du carpe et du tarse, occupant par ailleurs exclusivement les parties

juxta-articulaires épiphysaires des os longs, alors que leur diaphyse est indemne. Il est rare que les vertèbres soient atteintes. Sternum, côtes, massif facial restent indemnes, de même que le crâne (sauf dans le cas un peu particulier de Erbsen). La symétrie de ce semis micronodulaire par rapport à l'axe médian du corps est tout à fait typique.

L'étude de la structure de ces îlots montre qu'ils sont constitués, non par du tissu compact, mais par du tissu de structure lamellaire à travées très épaissies et tassées.

Certains faits prouvent que ce processus d'ostéopœcilie évolue dès l'âge le plus précoce et conduisent à admettre son origine congenitale, dès la période fœtale, sans que la topographie speciale des îlots de condensation semble se relier à la succession d'apparition des divers points d'ossification.

Il s'agit là d'une anomalie dystrophique du système osseux dont on a vainement jusqu'ici tenté d'établir l'étiologie. Si, dans le cas presenté, l'exiguïté de taille l'axiphoïdie, la reduction de volume et l'insensibilité des testicules, etc.., orientent dans le sens d'une origine hérédo spécifique possible, aucune donnée suffisante n'a permis de trancher cette question qui, dans l'ensemble, reste à résoudre.

Présentation d'ouvrage. — *M. André Jacquelin* présente à la Société son livre: «*Directives en pratique médicale*», préfacé par le Professeur Bezançon et dans lequel il étudie, en fonction des principaux terrains constitués par les types humains, (types morphologiques, endocriniens, neuro-vegétatifs, psychiques et humoraux, les grandes tendances morbides à des fins pratiques de diagnostic et de thérapeutique.

L'examen médical des étudiants en médecine. — *M. B. Weill-Hallé*, à propos du procès-verbal, rappelle une conference faite par lui en 1929 aux etudiants du P. C. N., en vue de les encourager à un examen médical, à une épreuve tuberculinique, éventuellement à une vaccination au B. C. G.

Il pense que, selon les observations recueillies par lui à l'École de Puériculture de la Faculté, c'est avant tout contact avec l'hôpital que l'examen doit être pratiqué, l'année du P. C. N. offrant d'ailleurs à cet égard une période particulièrement favorable, étant donné le grand nombre d'examens à faire.

M. Armand-Delille pense qu'il faudrait exiger l'examen médical renouvelé périodiquement, du personnel infirmier des hôpitaux.

M. Rist et *M. Sergent* sont d'avis qu'il serait nécessaire de surveiller avec une particulière attention les sujets dont la cuti reaction à la tuberculine est négative et qui sont, plus que les autres, susceptibles de contracter la tuberculose, aussi bien d'ailleurs dans des services non spécialisés que dans ceux réservés aux tuberculeux pulmonaires.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Varicelles apparues après contact avec un malade atteint de zona

M. R. Dubois (*S. cl. des hôp. de Bruxelles*, 9 juin 1934) relate l'observation d'une petite fille de 6 ans dont le père a présenté un zona classique. Quinze jours après, sans qu'on puisse mettre en évidence aucune source de contagion, l'enfant développe une varicelle.

Une autre petite fille de dix mois, enfant unique, vivant isolée à la campagne, a été atteinte de varicelle, quinze jours après l'existence d'un zona chez le père.

Un cas de varicelle survenu après contact avec un zona

M. P. Fonteyne (*S. cl. des hôp. de Bruxelles*, 9 juin 1934), relate l'observation d'une varicelle survenue chez un enfant de 4 ans dont le frère, âgé de 7 ans, avait fait, seize jours plus tôt, un zona thoracique inférieur. Rien ne permet de soupçonner l'existence d'une contagion d'origine extérieure. Sans prendre position vis- à-vis du problème de l'unicité des deux infections, on peut cependant admettre qu'il soit prudent de prendre des mesures d'isolement pour certains cas de zona.

Le traitement du lupus érythémateux par les injections bismuthiques

MM. Sézary, Paul Lefèvre et Horowitz (*Ve Cong. des Derm. et syph. de langue fr.*, Lyon, 19-21 juillet 1934) rappellent d'abord que le traitement systématique du lupus érythémateux par les injections bismuthiques a été préconisé par l'un deux en 1928 pour la première fois et ils se félicitent de voir aujourd'hui la méthode entrée dans la pratique.

Les résultats qu'ils ont obtenus depuis, chez trente-cinq malades, ne font que confirmer les conclusions émises en 1928.

MM. Sézary, Lefèvre et Horowitz commencent toujours le traitement de l'affection par une série d'injections bismuthiques. Si la guérison est acquise à la fin de la première série, ils la consolident par plusieurs séries analogues, de plus en plus espacées. S'ils n'obtiennent qu'une amélioration, ils font une seconde série d'injections et si alors le résultat n'est pas parfait, ils utilisent la cryothérapie, tout en revenant plus tard au bismuth. C'est seulement dans les cas rebelles, d'ailleurs exceptionnels, qu'ils recourent aux sels d'or, dont ils redoutent trop les dangers.

Un des écueils de la méthode, qui ne lui est cependant pas exclusif, est l'assez grande fréquence des récidives. Mais celles-ci sont justiciables du même traitement.

L'action curative du bismuth n'est sûrement pas le fait de son pouvoir antisyphilitique, car elle est la même chez les sujets syphilitiques ou non syphilitiques (un des rares échecs observés concernant un syphilitique). Les auteurs l'attribuent à un choc biologique, de nature indéterminée, également efficace dans l'érythème centrifuge, l'érythème perstans.

Inoffensive, guérissant ou améliorant presque toujours les malades, la bismuthothérapie est le traitement qu'il convient d'employer en premier lieu dant tous les cas de lupus érythémateux.

Sur les accidents du traitement Finikoff

M. Christou (Berck) (*Soc. de Path. comparée*, 9 oct. 1934.) a essayé le traitement Finikoff chez soixante-dix malades environ atteints de différentes formes de tuberculose osseuse, dite chirurgicale.

Il a dû l'abandonner à cause des accidents mortels et graves qu'il a observés, et il estime indispensable de les porter à la connaissance des praticiens.

Il divise ces accidents en trois catégories :

1° *Accident mortel* par œdème suraigu du poumon et mort rapide.

2° *Accident grave* dû à des congestions pulmonaires.

3° *Accident sérieux* dû à une douleur très vive à l'injection, toux quinteuse, congestion de la face, suffocations qui durent quelques heures et même vingt-quatre heures.

Comparant le traitement Finikoff à l'allergine de Jousset qu'il emploie depuis bientôt quatre ans, il constate que cette dernière n'a jamais provoqué d'incident sérieux d'aucune sorte, et encore moins d'accident mortel ; que le traitement Finikoff, malgré son apparence inoffensive, n'est pas sans danger.

Le salicylate de soude dans les syndromes hépatiques

Le Docteur Moreigne (*Le Médecin chez lui*, novembre 1934) a étudié l'élimination urinaire de l'acide salicylique parallèlement au métabolisme azoté ainsi qu'aux pigments et chromogènes et en a tiré des conclusions fort intéressantes : chez un sujet normal, le traitement salicylé amène une diminution de la diurée (7 %), une augmentation du taux des chromogènes, de l'acide urinaire, de l'acide urique (59 %) l'intensification des phénomènes d'oxydation et de sécrétion biliaire totale.

Il en résulte que le salicylate de soude est un excellent cholagogue propriété ajoutée à son action antiseptique vis-à-vis du colibacille (qu'il détruit) ; méthode de M. le Professeur Roche (épreuve au salicylate de soude dans le fonctionnement hépatique ; traitement des migraines rebelles par S. Routhier ; dermatologie, traitement des impetigos de l'enfat et de l'acné continu.

Un cas d'intolérance au sulfarsénol

M. HUBER (*S. de péd.*, 4 déc. 1934), au nom de MM. OGLIASTRI et SIDI rapporte l'observation d'un enfant hérédo-syphilitique de 18 mois qui, à la suite d'une injection intramusculaire, de 3 centigr. de sulfarsénol, présenta une réaction dramatique, offrant tous les caractères de la crise nitritoïde. Ces accidents, qui rétrocèdent raapidement, après une injection sous-cutanée d'adrénaline, ne sont pas l'apanage exclusif des injections intraveineuses.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par çy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en celtuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le style médical. — *Tel est le titre d'un article de M. Charles. Fiessinger dans le* JOURNAL DES PRATICIENS :

Le style médical, écrit M. Charles Fiessinger, pèche plus souvent par l'aridité que par l'épanouissement dans le désordre. Cette aridité offre le tort de se faire passer pour scientifique. La science n'a rien à voir vace cet assemblage de mots ternes et de verbes à l'échine molles qui soutiennent mal la charge de la pensée. En matière de langue technique, il faut une phrase sobre, claire, précise, bien musclée, qui se présente simplement se garde de l'emphase autant que des clichés tout faits et de la vulgarité. Chaque terme y sera pesé et repris s'il ne correspond pas tout à fait à l'expression bien arrêtée de ce qui doit être dit.

M. Charles Fiessinger évoque la mémoire du « plus détestable écrivain » médical, feu le doyen Landouzy :

Jadis, la Faculté de médecine de Paris possédait un doyen qui pouvait bien être considéré comme le maître du plus mauvais français qui ait jamais été couché par écrit. Les inversions grotesques, les périodes oratoires, les métaphores pompeuses, les néologismes, l'emphase du ton, la boursouflure suffisante et majestueuse, jamais, ce semble, depuis que les doyens se son succédé à la Faculté de médecine, c'est-à-dire depuis le XIII[e] siècle, on n'a connu à Paris, de plus fâcheux et de plus détestable écrivain que le Professeur Landouzy. « C'est un très honnête homme », nous disait cet esprit délicat et ce fin lettré qu'était le Professeur Chauffard. Un honnête homme, soit, et c'est sans doute à ce titre que ses collègues l'avaient placé à leur tête. Mais cet honnête homme, aussitôt qu'il prenait la plume, devenait l'être le plus ridicule qu'on pût concevoir. A deux siècles et demi de distance, le Professeur Landouzy s'exprimait dans les mêmes termes, avec la même redondance ampoulée et déclamatoire que le magnifique et docte Docteur Diafoirus. Un jour dans un de ses discours, un mauvais plaisant s'était avisé de glisser un membre de phrase emprunté au *Malade Imaginaire*. Le style était le même, la pensée perdue sous un luxe de comparaisons fastueuses et burlesques. Nul et même pas l'auteur ne s'avisa de la supercherie. Par l'adjonction de celle-ci, l'unité du discours était conservée et l'harmonie en était maintenue dans la concordance et les accents du goût le plus extravagant et le plus affreux.

Notre enseignement secondaire actuel est faussé parce qu'il est devenu utilitaire. — *Dans la Revue Hebdomadaire* (19 janvier 1935) *un article de M. Louis Chevallier, intitulé :* LA CRISE DES INTELLECTUELS ET L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE. *En voici quelques extraits :*

..... On a beaucoup critiqué la surabondance des programmes et on a pas suffisamment observé qu'en définitive tout se réduit à des rudiments et que, du point de vue de la formation intellectuelle et morale, il ne reste à peu près rien. Est-ce un exercice vraiment propre à former un caractère que de résoudre quelques problèmes de physique et de chimie, assaisonnés d'expériences et de manipulations qui relèvent plus d'un enseignement d'Arts et Métiers que de véritable culture ?

Est-ce vraiment propre à former un esprit que de consacrer huit heures par semaine sur vingt-trois à l'enseignement de *deux* langues vivantes avec la prétention que les élèves *parlent* ces deux langues à l'issue de leurs études, ce qui en pratique, sauf exceptions très rares et dues à des circonstances spéciales, est manifestement irréalisable ? Nos élèves parleraient-ils ces langues où serait l'avantage culturel ? S'il s'agissait seulement d'étudier des textes de grands auteurs et les rapports du génie de ces langues, de leurs littératures, avec le génie de la langue, de la littérature française, dans leurs origines, et leur dévelop-

pement historique, il y aurait là des éléments de formation intellectuelle et morale intéressants ; mais il s'agit surtout d'apprendre aux adolescents à résumer tant bien que mal en langues étrangères un article de revue, à faire une conversation banale sur la visite d'une ville ou sur la façon de prendre son billet à la gare. Il n'est certes pas nécessaire d'être appelé à de grandes destinées pour obtenir le diplôme de bachelier dans de pareilles conditions.

Telle est la conception introduite dans l'enseignement secondaire sous prétexte de le moderniser en réalité pour le rendre accessible aux intelligences qui répugnent aux vieilles disciplines classiques.

. . . .

Un des maux les plus graves dont souffre notre enseignement officiel est que l'on a trop souvent perdu de vue cette vérité fondamentale que *l'instruction* est inséparable de *l'éducation* et de la *formation morale*. On n'est vraiment dans la vie un homme supérieur que si l'on joint à une culture générale, à des connaissances professionnelles approfondies, un sens très sûr de la dignité et des valeurs morales. Les déplorables événements dont nous sommes depuis plusieurs mois les témoins en sont une preuve évidente : l'intelligence dépourvue de probité est une arme bien dangereuse. Instruction, éducation, moralité qui se confondent dans le terme de « culture » sont les fondements de l'élite, gardienne de la civilisation.

. . . .

Notre enseignement secondaire actuel est faussé parce qu'il est devenu utilitaire. Il n'est pour s'en rendre compte que d'observer avec quel soin les élèves d'aujourd'hui font la discrimination de ce qui est « du programme » et de ce qui n'y est pas nettement formulé : le professeur, pris par son sujet, fait-il une digression pour découvrir à ses auditeurs un aperçu original, mettre en lumière une perspective nouvelle, aussitôt ceux-ci, ne pouvant rattacher l'exposé du maître à une rubrique définie du plan d'études, cessent d'écrire. C'est une indication grave en ce qu'elle montre à quel point la génération actuelle a perdu le sens de ce qui est la vraie culture et de ce qu'on ne saurait la limiter à des phrases sèches de règlement ministériel. Notre enseignement secondaire est en péril de mort si l'on ne se décide à réagir contre une telle conception et si l'on ne rend pas à notre enseignement secondaire le caractère d'études désintéressées qui ont de tout temps fait « l'honnête homme ».

. . . .

Depuis la guerre le programme du baccalauréat a été sans cesse remanié, ce qui indique le désarroi où l'on se trouve en haut lieu. C'est en définitive une des formes du « laisser aller », de l'anarchie que nous retrouvons dans toutes les branches de notre activité nationale ; c'est la conséquence d'un régime de la facilité, d'une absence d'autorité et de responsabilité : chacun vante les mérites de sa discipline, on veut faire plaisir à tout le monde, on ajoute ceci, on retranche là et personne n'est satisfait.

Les scientifiques gémissent sur les amputations qu'on a fait subir à leurs programmes ; les littéraires se désolent à voir réduites leurs heures d'enseignement. Tout est mêlé, chaotique, parce qu'on a perdu de vue la notion indispensable d'un enseignement fondamental et de disciplines auxiliaires. Si nous voulions pousser plus loin notre analyse, il ne nous serait pas difficile d'établir qu'il s'agit en définitive de la lutte implacable qui divise le monde, entre le matérialisme et la spiritualité. . . . .

Le médecin devant la douleur et devant la mort.

*Dans l'*Archer *de janvier 1935, un article de M. le Professeur Martin, de Toulouse, consacré au livre de M. le Docteur Paul Voivenel :* Le médecin devant la douleur et devant la mort. *En voici quelques extraits :*

. . . . .Je ne saurais trop en conseiller la lecture à nos jeunes générations, qui trouveront là, à côté de précieuses leçons scientifiques, de hautes leçons de moralité et de probité professionnelles.

Résumer tout ce qu'il y a dans l'œuvre de Voivenel ne serait que la diminuer et l'obscurcir. Je n'aurai pas la fatuité de l'entreprendre.

Ce qui, à mon sens, en fait l'originalité et le charme, ce sont les « observations », parfois les auto-observations, où le savant et l'homme se livrent tout entier.

Le livre est dédié à Duhamel. Cette dédicace n'est pas fortuite. Et il apparaît tout de suite au lecteur que « la promenade dans le cimetière », c'est ainsi que Voivenel désigne la chemise où il range les dossiers des morts, est une nouvelle « Vie des Martyrs ».

Il y a des ressemblances évidentes entre les deux auteurs. D'abord, le style clair, précis, sobre, vigoureux . . ., style d'auteur « à la vieille marque » la meilleure. Ensuite, la sympathie et l'humaine pitié, qui donnent la vie aux deux ouvrages.

Par elles, malade et médecin sont étroitement unis et comme aux temps de Cos, le médecin redevient en quelque sorte un prêtre.

Il y a aussi des différences.

Duhamel est bien un médecin, il fut même un chirurgien pendant la guerre, mais il est avant tout un homme de lettres. C'est pourquoi, il choisit d'abord parmi ses blessés ceux dont le cas lui paraît le plus émouvant et ensuite romance l'observation. Il vise à l'effet, avec un art consommé, qui fait un chef-d'œuvre dramatique de chacune de ses observations, mais qui l'éloigne de la vérité pure. En écrivant cela, je ne cherche en rien à diminuer une œuvre pour laquelle j'ai la plus profonde admiration, et je ne crois pas offenser l'auteur en ajoutant qu'avec son livre, on n'écrirait pas une chirurgie de la Grande Guerre. Cela est si vrai que la chirurgie aux armées, telle que nous l'avons faite, nous chirurgiens civils, parce qu'il fallait la faire ainsi pour le plus grand bien des blessés, chirurgie impersonnelle où l'âme de l'opérateur et de l'opéré n'ont pas le temps de communier, n'intéresse plus Duhamel.

Voivenel, au contraire, nous donne des tableaux où pas un trait n'est forcé.

C'est la vérité toute nue, et cependant quelle puissance ! On comprend en les lisant, que le vrai peut être parfois plus dramatique que la fiction.

Pierre Mille, dans un article de *La Dépêche* de Toulouse, qui paraît au moment où j'écris ces lignes, rappelle justement à ce propos la définition de Longus : « Le sublime est une chose grande, écrite avec les mots les plus simples », et il donne un exemple en rapportant tout au long l'observation de la marchande de journaux, p. 115, que les lecteurs de l'*Archer* connaissent déjà.

(1) Librairie des Champs-Elysées, éditeur, 23, rue Marbeuf, Paris Prix : 20 francs.

. . . .

Nous donnons à nos malades, le meilleur de nous-mêmes. Il est tout à fait juste de dire que nous souffrons avec eux (nous sympathisons, dans la plénitude du sens étymologique de ce verbe).

Voivenel, après avoir cité en entier la belle page où Duhamel met parfaitement en évidence « le caractère indéfinissable, ou pour mieux dire ineffable du sentiment de sympathie dans notre métier », analyse les diverses manifestations de cette sympathie, les dangers de son excès, sa diminution avec la disparition regrettable du médecin de famille. Il est fort à craindre, au surplus, que ce sentiment, si doux au médecin et au malade, disparaisse lui-même tout à fait dans la médecine future — peut-être prochaine, médecine sociale, administrative, « de caisse », dont le public est menacé.

La sympathie fait parfois un devoir au médecin de défendre le malade contre soi-même, en lui célant une vérité trop pénible.

Je suis heureux de lire sous la plume de Voivenel : « Le médecin qui dit à son malade « tu m'appelles trop tard » ou « tu es foutu » ou « tu sens le sapin », celui qui devant une mère, un fils, un conjoint décrète un verdict de mort avec une impassibilité d'avocat *commettent une mauvaise action*. . . . ».

Cette belle profession de foi vient singulièrement à son heure, au moment où une campagne, que d'aucuns trouvent tapageuse, cherche à attirer dans des caravansérails, sur la porte desquels, il faudrait graver : *Lasciate ogni speranza*. . ., de pauvres malades timorés qui, pour seule raison de vivre, auraient l'ignorance du mal implacable dont ils sont atteints et pour seul espoir une erreur de diagnostic, heureusement fréquente.

Qui dira les pauvres loques humaines que nous voyons dans nos cabinets après une conférence « de vulgarisation » ou après la lecture d'un article *ad usum communi*, paru dans la Grande Presse ? Toute la confiance que nos malades ont en nous ne suffit pas toujours à réparer le mal !

. . . .

Notre ami Voivenel aime à philosopher sur la place choisie à Capoulet, où il dormira son dernier sommeil, et nous annonce qu'il croit cette heure prochaine. Nous souhaitons tous que, pour cette fois, son pronostic soit en défaut. Quand j'arrivai à Toulouse, tout le monde connaissait un chirurgien, vieux garçon et fort original, qui avait son cercueil dans sa chambre et y couchait de temps en temps. On ne l'y coucha qu'à 75 ans bien sonnés. . . Ainsi soit-il pour Voivenel.

« Il faut que les médecins deviennent des fonctionnaires », déclarait dernièrement dans une conversation particulière, un ancien président du Conseil. »

« En grâce aujourd'hui, quand il est encore temps, qu'ils acceptent de renforcer la puissance des syndicats en se faisant accueillir à titre d'adhérents. Dans certains départements, comme la Seine, la moitié des médecins seulement sont inscrits. Cette abstention qui hier encore s'appelait nonchalance, demain prendrait un autre nom. Elle deviendrait un véritable suicide ». (L'adhésion au syndicalisme. — *Journal des Praticiens*, 26 janvier 1935.)

P. L. M.

Places de lits-salons et de couchettes à moitié prix

Il vous arrive de voyager fréquemment la nuit pour vos affaires ou, par exemple, en fin de semaine à l'occasion des sports d'hiver. Mais vos déplacements vous paraissent longs et fatigants. Que n'utilisez-vous des places couchées dans les grands trains ? Elles vous sont offertes sur le P. L. M. à moitié prix.

Ce réseau tient à votre disposition des cartes d'abonnement valables six mois ou un an donnant droit à la délivrance de suppléments à demi tarif pour l'occupation de places de lits-salons, couchettes et couchettes-toilette.

Le prix des cartes est de 439 fr. 05 pour six mois et de 707 francs 85 pour un an.

BIBLIOGRAPHIE

Longue vie sans maladie, par le Docteur PESCHER. Un vol., 172 pages, 1 figures, 10 fr. Maloine, édit., 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Avec tous les médecins qui se sont occupés de ces questions, l'auteur démontre par des faits d'observation nombreux et indiscutables, que la plupart des maladies (neuf sur dix), seraient évitées et la vie grandement prolongée, si les règles de l'hygiène et de la prophylaxie, aujourd'hui bien précisées, étaient mieux connues et mieux suivies.

En huit chapitres très condensés, Pescher passe en revue l'ensemble de ces règles et indique la manière de les appliquer à tous les âges et en toutes circonstances.

Ce livre, essentiellement pratique, tout d'évidence et de clarté, rendra les plus grands services en mettant sous les yeux de tous ce qu'il faut faire, soit pour récupérer, soit pour conserver, le plus longtemps possible, le bien le plus précieux, *la santé*.

Les Noëls de France, par Maurice VLOBERG. 226 pages, hors-texte et couverture : enluminures de Robert LANZ. 164 héliogravures. B. Arthaud, éditeur, Grenoble, 1934, collection « *Art et Paysages* ».

« *Tant crie-t-on Noël, qu'à la fin il arrive* ! » Le dicton est fort à propos, car voici enfin un ouvrage que beaucoup désiraient et qui répondra sans doute à leur attente.

Si surprenante que la chose paraisse, il n'existe pas de travail d'ensemble sur les *Noëls de France*, étudiés, comme ici, dans l'histoire, la liturgie dramatique, les Mystères, la légende, la chanson, la tradition et l'art populaires. Il y avait beaucoup à dire : l'auteur a relevé ce qui était d'importance, de chaque point de vue de son sujet.

L'illustration, abondante à souhait, est d'un prix très neuf, riche en documents rares tirés des manuscrits, sans exclure d'autres pièces d'une imagerie simplement émouvante. Elle parlera aux petits, et non moins aux enfants que nous redevenons tous, quand les carillons de minuit sonnent l'avènement du Roi de la Crèche.

L'éditeur n'a rien négligé pour que le livre fût digne de la sympathie générale. Remercions-le de l'hommage ainsi rendu à la vieille foi des générations qui, en des patois et avec des usages divers, mais toutes du même cœur, ont aimé, chanté, fêté le divin Noël sur sa litière de foin.

Fondé en 1873. — N° 10 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 MARS 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-Ve
C. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 27 février. (Thèses vétérinaires.) — M. Forterre : Embryologie et extraction chez les grandes femelles domestiques.

28 février. (Thèse vétérinaire.) — M. Le Bigot : La race Maine-Anjou dans le Maine-et-Loire.

6 mars. — M. Guillot. De la valeur des signes généraux dans les ruptures utérines complètes au cours du travail. M. Barthès. Note sur l'arthroplastie de l'articulation de la hanche avec transposition du grand trochanter.

7 mars. — M. Briel. Induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical ou cytostéatonécrose sous-cutanée, traumatisme des nouveau-nés. — M. Colas. De la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon. — M. Pauchard. Cancers suppurés du poumon.

9 mars. — M. Fischmann. La tuberculose pulmonaire chez les Juifs. — M. Fleurance. Etude du traitement des hémoptysies tuberculeuses par les injections sous-cutanées d'oxygène. — M. Gorovit. La forme cavitaire de la dilatation des bronches. — M. Kransé. L'état de mal asthmatique. — M. Sifflet. Les formes abortives de la tuberculose pulmonaire. — M. Rosen. Etude de l'atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale. — M. Selzer. Système neuro-végétatif et épilepsie. — M. Rinchenback. Les tuberculides polymorphes.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 3 mai 1935, à 8 h. 30, à l'Administration centrale 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 11 à 17 heures, du lundi 1er avril au mercredi 10 avril 1935 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le samedi 1er juin 1935, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, du mercredi 1er au samedi 11 mai 1935 inclusivement, de 11 à 17 heures, (dimanches et fêtes exceptés).

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le samedi 15 juin 1935, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 11 à 17 heures, du lundi 20 au mercredi 29 mai 1935 inclusivement, (dimanches et fêtes exceptés).

Concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes à la date du 15 avril 1935. — 1° A l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) : 2° Au sanatorium de la Ville de Paris à Champrosay (Seine-et-Oise) : 3° Au sanatorium de la Ville de Paris, à Champcueil (Seine-et-Oise).

Ce concours sera ouvert le mercredi 27 mars 1935, à 9 heures, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du vendredi 1er jusqu'au samedi 9 mars 1935 inclusivement, de 11 à 17 heures, (dimanches et fêtes exceptés).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 11 mars 1935, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — I. Résections et sutures du tube digestif : anastomoses termino-terminales ; latéro-latérales, latéro-terminales ; anastomose au bouton. — II. Les gastrostomies : procédé de Fontan ; procédé de Witzel. — III. Gastro-entérostomie. — IV. Résection annulaire de l'estomac. — V. Gastrectomies. — VI. La duodéno-jéjunostomie. — VIII. Chirurgie du côlon droit : appendicectomie ; colopexie en équerre. — VIII. L'hémicolectomie droite ; l'iléo-sigmoïdostomie. — IX. Chirurgie du côlon gauche : décollement colopariétal, anus iliaque gauche. — X. L'amputation abdomino-périnéale du rectum.

M. H.-R. WILLIAMS, résidant aux Etats-Unis d'Amérique, titulaire du brevet français 692 563 du 22 mars 1930 pour **« Tampon absorbant et procédé et appareil pour sa fabrication »**, *serait désireux de traiter pour la vente de ce brevet ou pour la concession de licences d'exploitation.*

Pour renseignements techniques, s'adresser à MM. LAVOIX, GEHET & GIRARDOT, Ingénieurs-Conseils, 2, rue Blanche, à Paris.

Congrès d'oto neuro ophtalmologie. — En vue de permettre aux médecins, participant au Congrès d'oto neuro ophtalmologie qui se tiendra à Nice, du 15 au 18 avril 1935, de visiter le Maroc, un voyage-croisière sera organisé au départ de Marseille avec le concours de la Compagnie de navigation Paquet dont les luxueux paquebots seront empruntés à l'aller comme au retour.

Ce voyage est également ouvert aux participants du Congrès de la tuberculose qui se tient à Marseille aux mêmes dates, ainsi qu'à tout le Corps médical français et étranger.

La direction de l'hygiène à Rabat recevra officiellement les participants au voyage.

Départ de Marseille : le 20 avril 1935 à 10 heures.

L'Office central des Congrès, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1er) (Tél. Opéra 56-12) enverra aux personnes qui le lui demanderont tous les renseignements concernant ce voyage-croisière.

VIIe Congrès de l'Association internationale de thalassothérapie. (Saint-Sébastien, Espagne, les 27, 28, 29, 30 juillet 1935.) — La séance d'inauguration du 27 juillet aura lieu sous la présidence effective du Président de la République espagnole.

Le Comité organisateur a définitivement arrêté un programme de visites aux établissements médicaux, une grande course de taureaux, une excursion à travers la province de Guipuzcoa, des réceptions de gala, etc...

Les sujets faisant l'objet de rapports spéciaux sont : 1° Traitements des adénites cervicales ; 2° Indications et contre-indications des bains de soleil.

Deux conférences médicales sont prévues.

Les réseaux de chemins de fer français ont accordé 50 % de réduction sur les trajets en territoire français, valable du 22 juillet au 4 août 1935.

Les adhésions ou demandes de renseignements devront être envoyées : au Docteur Emiliano Eizaguirre, président, Paseo de Colon, 2, Saint-Sébastien (Espagne) ; ou au Comité organisateur, 20, place du Bon-Pasteur, Saint-Sébastien (Espagne) ; ou au Docteur G. Leo, secrétaire général du Comité permanent, 50, avenue du Président-Wilson, Paris (XVIe).

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires. Il sera procédé

également à la nomination de huit internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 21 mars 1935, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

L'épreuve écrite comprendra trois questions : 1° sur l'anatomie ; 2° sur la pathologie médicale; 3° sur la pathologie chirurgicale. L'épreuve orale comprendra également trois questions : 1° sur la pathologie médicale; 2° sur l'accouchement ; 3° sur un cas quelconque d'urgence. Le maximum des points est de 60 pour l'épreuve écrite et de 30 pour l'épreuve orale.

Les candidats devront être de nationalité fançaise et ne pas être âgés de plus de 30 ans. Cette limite d'âge est augmentée d'une durée légale à celle du service légal.

Les candidats devront se faire inscrite au Bureau de la direction de l'hôpital huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

Dispensaire antituberculeux de Poitiers. — Un concours sur titres pour un poste de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux sera ouvert à Poitiers vers le 25 mars. Les candidats devront adresser leurs pièces pour le 20 mars 1935 à l'Association départementale de lutte contre la tuberculose, siège social : Préfecture, Poitiers (Vienne).

Les appointements de début de ce médecin sont fixés à 38.000 francs par an.

Le service de ce médecin commencera au 1er mai 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité natonal de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Société française de prophylaxie sanitaire et morale. — L'assemblée générale de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, aura lieu le jeudi 14 mars 1935, à 17 heures, à l'Institut Alfred-Fournier.

ORDRE DU JOUR. — Assemblée générale : 1° Rapport du secrétaire général : Docteur SICARD DE PLAUZOLES ; 2° Eloge de M. le Professeur Adolphe Pinard, par M. le Docteur WEILL-HALLÉ, directeur de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine ; 3° Rapport du Comité d'éducation féminine : dix années de propagande, par Mme la Doctoresse MONTREUIL-STRAUS ; 4° Rapport du trésorier : M. JAPHET ; 5° élections ; 6° Film sonorisé : « Conte de la mille et deuxième nuit ».

Nécrologie. — Docteur Jean APROUS, ancien maire de Prades, décédé à Perpignan. — Docteur Albert CAZIN, de Corcieux (Vosges). — Docteur Emile CHOQUET, d'Armentières (Nord). — Docteur Elie DENOIS, de Narbonne (Aude). — Docteur Henri FEUILLADE père, de Lyon, décédé dans sa 61e année. — Docteur Edmond FORT, de Cerisiers (Yonne). — Docteur GARRAUD, de Limoges. — Docteur Louis GUILLERMIN, de Grenoble. — Docteur HALGAND, de Paris, 161, boulevard Haussmann (VIIIe), oto-rhino-laryngologiste. — Docteur Louis JEAN, de Bordeaux. — Docteur Henri LASCOLS, de Toulon. — Docteur Alfred MANTRAVIALLE, de Montauban (Tarn-et-Garonne). — Docteur Jules PAGÈS, de Paris, 28, boulevard Voltaire (XIe), médecin honoraire de la Compagnie des wagons-lits. — Docteur Alexandre PITOIS, de Paris, 6, rue Vavin (VIe). — Docteur Adrien PROBY, d'Oullins (Rhône). — Docteur Fernand RIOLLET, maire de Dun-le-Palleteau (Creuse), décédé dans sa 61e année. — Docteur Léonard TARRADE, de Chateauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne). — Docteur Félix VANDAELE, de Fécamp (Seine-Inférieure). — M. François SUSPLUGAS, étudiant à la Faculté de médecine de Toulouse. — M. ANWARLOUKA BOUTROS, étudiant à la Faculté de médecine de Toulouse. — Docteur Carlos GORIS, chef du service de laryngologie de l'Institut chirurgical de Bruxelles, décédé à l'âge de 46 ans. — Docteur James MUSGROVE, professeur d'anatomie à l'Université de Saint-Andrew (Grande-Bretagne), décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur Achille DE FABIT, chirurgien des hôpitaux de Londres. — Docteur Vincenzo SCALESI, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Naples.

L'amour et le mariage. *Contribution nouvelle à la solution des difficultés sexuelles*, par le Docteur C. M. STOPES. Un volume in-8, avec 2 diagrammes dans le texte, broché, 12 francs. Editions Victor Attinger, 4, rue Legoff, Paris, Ve.

Ce livre a été accueilli avec une faveur toute particulière par les milieux médicaux qui ont à plus d'une reprise signalé la haute portée morale de l'œuvre, et sa valeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hérédo-tuberculose-Santé et lois de MM. Lumière-Vignes et de Mendel

Par le Docteur **M. AMELINE**

Médecin en chef des Asiles (Seine).
Licencié ès Sciences.

Dans les N°s 35 et 43 du *Progrès Médical* de 1934 la question de l'hérédo-tuberculose est l'objet de deux articles. Dans le premier un savant italien, M. Carbognin, essaie de combattre, au nom de la contagion, la propagation de la tuberculose par hérédité que soutient à nouveau, dans le second, M. Lumière.

Ce dernier, avec le Docteur Vignes a découvert un fait extrêmement important : celui-ci, qu'à Lyon, les décès survenus après la 20e année et attribués à la tuberculose, se sont maintenus dans une proportion sensiblement constante pendant 20 ans, cette proportion étant du 1/5 de l'ensemble des décès, soit 20 % de ceux-ci ; c'est là une constatation dont on ne saurait exagérer la portée car les recherches sur la fréquence de l'infection tuberculeuse supposée détectée par la réaction à la tuberculine ont montré qu'à l'état adulte (vers 20 ou 25 ans), la proportion des réactions qui a cru constamment depuis la naissance dépasse 90 % environ (*Presse méd.*, août 1911) (1).

Il est donc remarquable que ce chiffre de 90 % tombe, au delà de la 20e année, à 20 % seulement. Il faut, ou bien que les supposés tuberculeux aient guéri ultérieurement (cas de Lamartine), ou bien que l'épreuve de la tuberculine n'ait point la signification que lui attribua d'abord la pure doctrine pastorienne. En tout cas, puisque les tuberculoses qui deviennent ouvertes devraient produire par contagion des infections en nombre croissant, cette contagion se trouve forcément mise en question, et l'on est conduit à examiner et à adopter la propagation de la tuberculose par transmission héréditaire. M. Lumière, avec raison, n'hésite pas à opter pour cette dernière car, depuis longtemps, il a insisté sur l'extrême rareté de la tuberculose chez les conjoints, fait qui plaide très fortement contre la contagion directe de la bacillose (cas de George Sand, avec Chopin et Musset). En somme, l'on possède, grâce en majeure partie aux recherches de M. Lumière deux arguments dont l'un vérifie l'autre en faveur de l'hérédité de la tuberculose comme cause principale, sinon normalement unique, de la propagation de la maladie.

Toutefois, au lieu de faire simplement état de ses découvertes statistiques si capitales le savant français nous parle de calculs, d'équations, de formules, de probabilités, d'extractions de boules noires ou blanches, etc., et, ironie, d'une approbation donnée par son contradicteur italien à ces calculs. Or, tous ces embarras sont hors de saison ici, il n'y a pas besoin de parler calcul des probabilités à propos de deux règles de trois et d'un partage tout simple (2) surtout pour terminer par une solennelle diatribe contre les mathématiques. Il fallait seulement dire que trop de médecins, de biologistes, de chimistes, de physiciens, d'ingénieurs, pèchent comme au hasard dans un traité de mathématiques une formule, résultant d'un calcul, sans s'occuper des conditions ayant commandé les calculs et leurs conclusions, conditions qui ne s'accordent point avec la nature du problème traité. Il y a des inhabiles qui s'écrasent les doigts avec un marteau et qui redoutent de reconnaître leur erreur et leur inhabileté : le marteau n'est pas plus en faute que les mathématiques capables de tromper. Très exceptionnellement d'ailleurs, des mathématiciens peuvent avoir négligé des détails essentiels du processus biologique dont ils s'occupaient. Les mathématiques sont là encore, bien innocentes, si l'on peut parler de la culpabilité d'un calcul faussé par l'inobservation des règles correctes de ce calcul.... C'est là que gît justement le lièvre : au rebours, et aussi sûrement qu'il est possible, ce n'est pas parce que les mathématiques comportent fréquemment des facteurs insuffisamment définis, introduits dans leurs formules, que leur application peut conduire aux plus grandes erreurs. La vérité vraie est que les facteurs mathématiques sont toujours très strictement et très précisément définis et que les applications en sont parfois faites à des notions ou facteurs biologiques, chimiques, etc.... insuffisamment définis, d'où les erreurs grossières en effet commises par ceux qui ont négligé ou oublié la précision extrême de la définition des facteurs avec lesquels les mathématiques calculent méticuleusement les formules. On ne contestera pas par exemple que les notions d'hérédité, de contagion, de tuberculose ne peuvent pas être définies avec une précision égale ou supérieure à celle de n'importe quel objet des mathématiques (1).

---

(1) Au-delà des Alpes les auteurs ont tendance à citer de préférence les noms de savants germano-orientaux : nous croyons nécessaire de rappeler les noms des Français vraiment « inventeurs » originaux : Calmette, Grysez et Letulle.

(2) Suivons le conseil d'un grand mathématicien : Simplifier la solution d'un problème, même difficile, de façon à pouvoir l'exposer à un passant dans la rue, car rien ne nuit plus à la compréhension des mathématiques que la pompe et la solennité introduites d'ordinaire dans leur présentation.

Supposons donc, par exemple, deux lots de gâteaux : l'un de 80, aux mirabelles (nuance claire), l'autre de 20, aux cerises (nuance foncée), à répartir entre deux pensionnats : l'un vêtu de clair (80 élèves), l'autre vêtu de foncé (20 élèves). Les enfants ne peuvent s'entendre : alors on décide (arbitrairement) que le groupe clair (80 élèves) aura 80 % des gâteaux clairs et 80 % des 20 foncés, tandis que le groupe foncé (20 élèves), aura 20 % des gâteaux de chaque nuance. Le partage donne donc 80 % de 80 ou 64, où la nuance claire des gâteaux s'accorde avec la nuance claire des vêtements. Puis 80 % de 20 ou 16, où la nuance sombre des gâteaux est associée avec la nuance claire des vêtements. Ensuite, 20 % de 80 ou 16, où la nuance claire des gâteaux est associée avec la nuance sombre des vêtements : Enfin, 20 % de 20 ou 4, où la nuance foncée des gâteaux s'accorde avec la nuance foncée des vêtements. On aura donc 64 fois clair-clair, 16 fois clair foncé et 16 fois foncé-clair, enfin 4 fois foncé-foncé. Soit, en remplaçant clair par non tuberculeux et foncé par tuberculeux, 64 fois non-tub. avec non-tub., 32 fois non-tub. avec tub. ou tub. avec non-tub., et 4 fois tub. avec tub. : c'est le partage adopté par M. Lumière, et tout aussi arbitraire que celui qu'il a choisi en évoquant bien inutilement des équatioùns, des formules, le calcul des probabilités, incompréhensibles pour tout médecin praticien non préparé. Immédiatement l'arbitraire apparaît : peut-on équitablement traiter de la même façon des gâteaux et des personnes malades ou non, assimiler une distribution de gâteaux à des mariages ? A qui fera-t-on croire que les unions entre humains soient l'œuvre du pur hasard ? Il n'en est déjà pas ainsi chez la plupart des animaux en liberté. Rien que la très grande parité d'âge entre les époux qui préside aux mariages limite sûrement le prétendu abandon au hasard et affirme un choix. Nous reviendrons plus loin sur la question du choix.

(1) Laissons de côté certaines soi-disant formules dites « empiriques » dont on enseigne l'absurdité aux enfants de huit ans et au-dessous : par exemple celles employées en médecine militaire et qui dérivent de la « rencontre » de chiffres entre la hauteur de la stature et des kilogrammes ajoutés à un mètre, du même type que celle qui tire l'âge du capitaine de la hauteur du grand mât ; par exemple aussi la pseudo-formule d'Ambard si illusoire parce qu'analogue aux précédentes, etc. Ce ne sont que de gros moyens mnémotechniques fallacieux sans signification scientifique réelle et qui ne semblent mathématiques à des yeux inexperts que parce qu'elles comportent des chiffres.

Il y a plus sérieux. Pour des raisons que la raison ne saisit guère, il arrive que l'on tente de donner une traduction d'allure mathématique de certains processus biologiques, au reste toujours imparfaitement déterminés. Alors les conclusions erronées abondent dont on abuse pour dauber sur les mathématiques et les accuser de causer les désillusions éprouvées. Expliquons-nous.

Il faut distinguer entre les équations « numériques », vraiment mathématiques, et les équations « symboliques », conventionnelles, artificielles, et arbitraires, véritables métaphores imagées, qui n'ont de mathématique que l'aspect.

Ainsi les chimistes écrivent couramment 2,0 ou 0^2 pour représenter deux parties en poids d'oxygène ; or, l'équation $2,0 = 0^2$ n'est que symbolique et pas du tout numérique ; puisque 0 vaut 16, 2,0 vaudraient 32 et 0^2 vaudrait 16 au carré ou 256, ce qui montre l'impossibilité d'une relation autre que symbolique entre 2,0 et 0^2.

En outre, en chimie encore, le mélange de deux corps (fer et soufre, par exemple) s'écrit Fe + S, tandis que la combinaison s'écrit Fe × S

Les prétendus « faits » d'expérience et d'observation sont en général *menteurs* (rareté, insuffisance, inexactitude des observations...) au rebours de ceux dont se servent uniquement les mathématiques sans lesquelles il n'y aurait *rien*, pas même le plus mince des résultats statistiques qui sont utilisés dans la discussion sur l'hérédo-tuberculose et sur la contagion directe de la bacillose.

On peut aussi demander pourquoi on tient à réduire le calcul des probabilités à *une seule* des lois du hasard, d'autant que la loi choisie, arbitrairement, ne peut certainemnt pas s'appliquer correctement en la circonstance.

En effet, la particulière loi du hasard choisie suppose que la boule d'un « marié » ou d'une « mariée » (de la main droite ou gauche) au lieu d'être retirée de la circulation puisse être remise dans l'urne, de sorte que la « boule » d'un déjà marié pourra être « remariée » une seconde fois et d'autres resteront dans l'urne sans devoir être l'objet d'un mariage.... Alors, ayant tiré une boule d'une urne contenant 100 boules (80 blanches et 20 noires), la première boule tirée avait 1 % de chances de sortir ; si avant de tirer une seconde boule, on *remet* la première dans l'urne, la deuxième aura encore 1 % de chances de sortir, alors que cette seconde, puisque la première est déjà « mariée » ne devait avoir que 1/99 chances de sortir ; et ainsi de suite, jusqu'à épuisement (1/98, 1/97.... et enfin 1/2, 1/1, sans remettre *jamais* dans l'urne une boule déjà extraite ou mariée (1).

De même pour le tirage, l'appareillage, des « mariées », en nombre égal à celui des « mariés » puisque la statistique démographique nous enseigne que le nombre des gens mariés est à peu près le même dans les deux sexes. La loi spéciale de probabilité choisie *arbitrairement* (insistons) par le savant français n'est donc pas applicable, d'où l'inexactitude foncière de ses calculs, malgré toutes les affirmations contraires et l'approbation venue d'Italie (2).

En outre, et c'est un point qui n'est pas négligeable, il faut tenir compte que, dans les mariages, quels qu'ils soient, il y a « choix » et non laisser-aller complet au hasard : la santé bonne du futur conjoint est en principe toujours préférée, particulièrement dans les unions légitimes où l'hérédité de la tuberculose est l'objet de préoccupations indéniables quoique relatives, préoccupations qui sont celles de M. Lumière, de sorte que l'on ne peut supposer raisonnablement que ces mariages ont lieu mathématiquement « au hasard ». Si l'on veut absolument comparer la propagation de la tuberculose à un jeu de hasard, il est nécessaire de prendre un jeu de hasard où l'*habileté* du joueur intervient (baccara, écarté, par exemple) et non avec pile ou face ou la roulette totalement *indépendants* de l'habileté des joueurs, malgré le funeste préjugé de ces derniers. Dans les mariages, comme dans les jeux de hasard où l'adresse ou l'habileté du joueur intervient avec le hasard, le problème psychologique est le problème principal car il est ou peut être plus important que le problème sur les combinaisons (1).

On peut remarquer que par le jeu de la lutte pour la vie et de la survivance des plus aptes, les mariages entre non tuberculeux avérés ont toujours plus de chances de se produire et d'être féconds que ceux entre sains et tuberculeux. Les proportions des unions légitimes, c'est-à-dire après réflexion, et des illégitimes, c'est-à-dire par impulsion irréfléchie, devraient donc entrer dans les calculs précis, sans parler des décédés véritables célibataires, dont le compte apportera aux résultats des modifications comparables aux modifications considérables, quoique négligées par les joueurs peu capables de faire un calcul rigoureux, qu'introduit dans le jeu de pile ou face la présence du Zéro qui différencie radicalement la roulette d'avec pile ou face (v. AMELINE. La roulette et son zéro). La négligence voulue des cas « célibataires », et aussi des « douteux », dans l'étude des unions entre tuberculeux et non-tuberculeux et souligne l'*arbitraire* du choix par M. Lumière d'une loi relevant du pur hasard (2).

* * *

Arrêtons nous dans ces critiques : en règle, même justifiées, on peut les accuser d'être improductives puisque, en biologie, on marche à tâtons. Ayant taillé, il faut recoudre : il nous faut reconstruire.

La Loi ou Règle de MM. Lumière et Vignes est, redisons-le, de la plus haute importance. D'abord elle confirme que « tout le monde n'est pas devenu tuberculeux » depuis qu'il existe des tuberculeux, depuis des millénaires et des millénaires.

Ensuite elle enseigne que la proportion constante des décès attribuables médicalement à la tuberculose n'est que le cinquième (à peu près) du nombre des décès..... Retenons en outre, la naturelle tendance, certaine, de cette affection vers la guérison. Il faudra également offrir une explication de la proportion énorme de réagissants à la tuberculose démontrée par Calmette-Grysez-Letulle.

Puisque la maladie tend vers la guérison naturellement, l'état pathologique est « dominé » par l'état de santé qui est « dominant ». On est dès lors conduit à faire état, au moins comme hypothèse de travail, des lois concernant les hybrides chez lesquels les descendants sont « porteurs » d'un caractère biologique » dominant » et d'un autre « dominé », ce dernier habituellement *latent*, c'est-à-dire effacé mais non pas indécelable ; car parmi les descendants d'un porteur « latent » certains seront porteurs effectifs du caractère latent, caché, dans leurs parents immédiats mais effectifs aussi chez l'un des grands-parents. On reconnait là la loi biologique dite « de Mendel ».

A cette loi est jointe une règle statistique théorique (3).

---

ou simplement, selon l'usage : FeS ; le signe + indique le mélange, le signe × indique la combinaison.

Or, ne tenant pas compte de ces différences essentielles de signification des signes, les naturalistes ont pris l'habitude d'exprimer la constitution des hybrides, et ce, dans la même formule purement symbolique aussi bien par D + d que par Dd (*D* signifiant le caractère dominant et *d* le caractère dominé), ce qui est contradictoire puisqu'il s'agit du même hybride. Ils arrivent alors à une formule purement symbolique qui est confondue fautivement avec une formule numérique que l'on rencontre dans le jeu de pile ou face. De cette erreur totale et complète certains naturalistes croient de bonne foi qu'ils appliquent le calcul des probabilités aux hybrides et les mathématiques à la biologie ! N'insistons pas car Chesterton rappelle que « seul le plus extrême et le plus rude courage peut se tenir devant 10.000 personnes et leur dire que 2 et 2 font quatre ! » Si un hybride pouvait être défini (D + d) mélange de deux caractères, le même hybride ne peut pas être défini en même temps (D × d) combinaison de ces caractères. Il faut choisir l'une ou l'autre définition et s'y tenir, sans quoi ce que l'on en tirera ne peut être qu'incohérence et erreur dont les Mathématiques ne seront point du tout la cause.

(1) De sorte que la probabilité moyenne (géométrique par exemple et pour plus de commodité) de sortie pour l'une des 100 boules ne doit pas être prise égale à 1/100 comme on le suppose par les tirages de MM. Lumière et Carbognin : elle est 1/37,992 soit presque 1/38 (37.992 est la racine centième du produit des 100 premiers nombres, calculée au moyen de : Tables for Statist. and Biométricians de Karl Pearson et d'une table de logarithmes). Ceci montre comme à la loupe toute la grande différence qui existe entre la bonne et la mauvaise méthode.

(2) Dans ses calculs, autant que nous pouvons les analyser du moins, M. Carbognin marie tous les enfants de moins de 20 ans. M. Lumière a soin d'éviter ce faux-pas.

(1) Au baccara, par exemple, il s'agit de deviner juste d'après la connaissance que l'on peut avoir des habitudes, des dispositions de l'adversaire s'il tirera ou non à cinq. V. BOREL. Elém. de la théo. des prob., notes III et IV.

(2) On peut d'ailleurs *toujours* trouver une loi du hasard conduisant à des résultats *globaux*, en moyenne équivalents à des résultats *non dus* au hasard. Ainsi, dans les procès, il y a en règle autant de parties gagnantes que de parties perdantes : le résultat global moyen est donc le même que si l'on avait décidé de chaque procès à pile ou face (c'est la vieille plaisanterie des juges jouant aux dés la décision) ce qui donnerait en moyenne autant de face ou gagnant que de pile ou perdant. Seulement cela n'empêche que chaque procès ait été décidé équitablement par des arguments justes et bien pesés, et donc non au hasard. L'accord d'un résultat statistique avec une conséquence numérique tirée d'une combinaison de hasard choisie parce qu'elle concorde avec la statistique ne prouve rien, et n'augmente ni le poids, ni la valeur d'une argumentation : c'est une complication logiquement inutile et qui risque d'amener des erreurs d'interprétation et de conclusion.

(3) Sur la loi statistique de Mendel, voir DARMOIS, Statistique et applications, chap. V (1931).

La possibilité de latence des caractères « dominés », fait encore appeler ceux-ci « recessifs ». De la latence possible de la tuberculose, caractère dominé par la santé, caractère dominant, il résulte que de parents sains en apparence, mais hybrides, peuvent naître des enfants tuberculeux avérés. D'autre part, de générations successives de parents


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

La théorie mendélienne suppose *quatre* cas également possibles. (SS, St, tS, tt). Alors les descendants d'un hybride de *sain* et de *tuberculeux*, devront donner en moyenne lorsque l'on opérera sur d'assez grands nombres 75 % (SS, St, tS) qui apparaissent sains, et 25 % de tuberculeux évidents. Par leurs descendants les 75 % d'apparence saine montrent que les 2/3 d'entre eux (50 % du total des descendants) seraient porteurs *latents* du caractère dominé et l'autre 1/3 (25 % des descendants) seraient porteurs du caractère dominant seul. Les 2/3 seraient donc hybrides eux-mêmes, mais sains en toute apparence et le 1/3 des normaux totalement sains. (On a écrit en majuscule le caractère dominant et en minuscule le caractère dominé, pour plus de clarté : DD, dD, dd.)

Par conséquent une population de descendants de mariages entre sains et tuberculeux, montrera 75 % de décédés non tuberculeux vrais ou de tuberculeux latents, plus 25 % de décédés tuberculeux avérés. Mais la statistique de MM. Lumière et Vignes ne donne que 20 % de ceux-ci contre 80 % de ceux-là ; l'explication en est simple dès le premier abord, puisque la statistique ne compte que les décès au-dessus de 20 ans, négligeant les décédés par tuberculose moins âgés, tandis que les non tuberculeux doivent augmenter la proportion de décédés non tuberculeux au-delà de cet âge. La proportion des décédés après 20 ans doit donc être de moins de 25 % pour les tuberculeux avérés et de plus de 75 % pour les non tuberculeux vrais ou latents. Une autre raison qui modifie la statistique dans le même sens est l'existence certaine de descendants sains de couples sains. Donc, en tout état de cause, on ne peut nier que, pratiquement, la statistique lyonnaise paraît s'accorder en chiffres avec la supposition que la tuberculose se conduit comme un caractère non dominé, vis-à-vis de la santé, caractère dominant selon les lois de descendants d'hybrides, selon les lois de Mendel.

Quoique l'on puisse penser de la légitimité générale des lois de Mendel (1), il faut en retenir l'attention que ces lois ont attirée sur l'existence des processus biologiques *dominants* se transmettant par hérédité. Il peut paraître extraordinaire, et pourtant c'est vrai ! que les médecins n'aient jamais accordé l'attention que mérite l'hérédité de la SANTÉ à quoi l'humanité doit son existence persistante malgré les maladies. La santé se présente donc comme un caractère biologique dominant sur tous les autres caractères biologiques, mais pathologiques et « dominés ». Il est aussi sûr qu'il existe encore des hommes sains de corps et d'esprit que la nocivité des maladies s'évanouit vite au cours des générations (selon la loi de Galton). On a comparé à la mithridatisation cette adaptation progressive aux agents nocifs qui procède avec des hauts et des bas, par une marche oscillante avec amortissement des oscillations, jusqu'à zéro. Aussi est-on extrêmement surpris de lire la conclusion de M. Carbognin que si la tuberculose était héréditaire tout le monde finirait par être tuberculeux. Nous ne parvenons pas à comprendre un calcul (faux dès son principe du reste, nous l'avons montré) qui, mettant en présence quatre individus ou couples sains, et un seul couple ou individu malade, conclut à la mise en déroute des gens sains battus par le malade ! Il y a nécessairement erreur d'interprétation du résultat du calcul, et erreur dans le principe du calcul ; mais l'erreur principale est certainement celle de tous (ou presque) les médecins qui oublient la prédominance héréditaire de l'état sain : donnée tout à fait positive et non concept métaphysique.

Il est clair qu'il n'est pas seulement logiquement nécessaire, mais qu'il est également utile en pratique de considérer la Santé comme un caractère biologique héréditaire auquel on peut appliquer la loi des hybrides. D'autre part, la Robustesse somatique ne suffit pas pour lutter contre la tuberculose toujours et sans quelque adjuvant. On sait, en effet, par exemple, que la Faiblesse mentale est à l'origine de l'incapacité, de l'insouciance, de l'inertie qui mènent tant à la misère qu'à l'ivrognerie, à l'alcoolisme, et agissent contre la robustesse du corps. Or, l'alcoolisme, de même qu'il crée une prédisposition aux maladies mentales dont les manifestations héréditaires resteraient sans lui latentes, crée à la longue, une prédisposition certaine à l'éclosion de la tuberculose : à côté de la Robustesse somatique, il faut donc penser au Capital cérébral et à la déficience de celui-ci.

Considérons donc la *Robustesse R* dominant la *tuberculose t* et le *Capital cérébral C* dominant la *débilité mentale d*. Les hybrides entre un porteur de R et de *t* et un porteur de C et de *d* auront des descendants. L'expérience sur les croisements des caractères *allélomorphes* (auxquels nous assimilons *R*, *t*, *C*, *d*) a montré (Bateson, Morgan, etc.), que l'on obtient les proportions et les variétés d'hybrides suivantes.

A la première génération, il n'y a que des porteurs des caractères dominants *B* et *C*, les dominés-récessifs *t* et *d* restant latents et invisibles. Mais à la seconde génération, les dominés reparaissent (disjonctions) chez certains descendants, de sorte que l'on pourra pratiquement distinguer approximativement ceci :

D'abord, on trouve 25 % d'exempts de toute tare tuberculeuse même latente ; puis 50 % où la tuberculose est latente, mais dominée par la robustesse, comme dans le cas simple de Mendel. Mais, parmi les 25 % qui restent ou 4/16 du total, il y a 3/16 ou 19 % où *t* est dominé par *C* seulement et enfin 1/16 ou 6 % où *t* et *d* sont associés sans compensation, formant des cas pour ainsi dire désespérés et qui disparaissent en majeure partie avant 20 ans.

Il en résulte que les unions entre deux tuberculeux décédant après 20 ans proviennent vraisemblablement presque exclusivement des 19 % de *C-t* dont il ne survit après la vingtième année que moins des 2/3 qui est le chiffre normal pour l'ensemble des naissances, soit 12 % environ. On remarquera que c'est à peu près ce chiffre qui indique la proportion des décédés après 20 ans ayant été à la fois tuberculeux, mariés ou

---

tous deux imprégnés de tuberculose mais latente, à cause de l'hybridité tuberculose-santé, il naîtra des enfants parfaitement sains, sans aucune imprégnation de tuberculose.

(1) Les lois de Mendel, tirées de l'étude des végétaux, sont à nos yeux un peu trop grossières, car elles ne tiennent pas compte « du choix » et ne concernent que des fécondations résultant du pur hasard. Il y a aussi la question des perturbations qui modifient la règle statistique.

Il existe en effet des cas où la loi de Mendel paraît s'imposer mais où la statistique théorique ne se vérifie plus. Ainsi, le sexe a paru comparable à un caractère mendélien transmis par croisement de mâle et de femelle. Or, quoique la loi de Mendel ait été tirée d'études sur les descendants essentiellement jumeaux d'hybrides on ne la retrouve pas pour les jumeaux humains. Au lieu de compter 1/4 de doubles garçons, 1/4 de doubles filles et 1/2 d'accouchements mixtes ou allosexués, on trouve 33 % du premier cas, 31 % du second, et 36 % du dernier (Stat. gén., 1905), soit 33 %, à peu près, pour chacun des trois cas observés.

De sorte que si l'on tient à conserver l'hypothèse mendélienne qui voudrait 50 % de jumeaux « allosexués », on est obligé de supposer (comme le propose M. Borel, *loc. cit.* XI) l'existence d'une cause hypothétique contrariante ayant agi environ 50 — 36 = 14 fois sur 50 ou 28 fois sur 100 pour faire compter trop de jumeaux « dittosexués » aux dépens des « allosexués » ou mixtes. L'objection est que, médicalement, il est certain que des cas dittosexués probables (monstres à membres surnuméraires, kystes dermoïdes....) n'entrent pas dans les statistiques des naissances gémellaires, non plus que les cas d'avortements si fréquents pendant ces grossesses. Il n'y a, donc pas de raison valable pour supposer que l'on compte trop de jumeaux de même sexe (dittosexués) et pas assez de jumeaux mixtes (allosexués) : du reste la cause de la gémellité n'est pas l'accouchement proprement dit, mais, outre les influences héréditaires indéniables, la fécondation-conception et la gestation commençante puisque le sexe des fœtus est visible de bonne heure. Le principe de Mendel n'étant pas général, il peut être modifié plus ou moins dans ses chiffres.

Ainsi, si le sexe était un pur caractère mendélien, il devrait naître autant de jumeaux ditto-sexués filles que de garçons, alors qu'il en naît moins : comme il arrive très souvent, la transmission qui l'emporte est père fils sur mère fille : en effet, on observe 33 et 31 % de jumeaux dittosexués, garçons et filles, respectivement

Passons au cas des jumeaux allosexués. On sait que les grossesses gémellaires sont soit UNI soit BI-vitelline, et que les premières ont lieu dans le 1/4 *environ* des cas. En supposant que la loi de Mendel ne s'applique qu'aux bi vitellines on retrouve *en gros* les résultats de la statistique. En effet, 25 % d'uni-vitellines laisse 75 % de bivitellines dont la moitié ou 38 % de jumeaux mixtes ou allosexués. Les dittosexusés se composeront de la moitié des univitellines 13 % de G. G. et 12 % de FF. et de la moitié des bi vitellines (38 %) soit 19 % de G. G. et 19 % de FF ; d'où, en tout 19 + 13 = 32 % de G. G. et 19 + 12 = 31 % de F. F. approximativement tout cela bien entendu.

La cause perturbatrice principale serait donc probablement l'existence des grossesses gémellaires uni-vitellines, celles indépendantes des lois de Mendel ; celles-ci ne sont donc point générales.

unis (la proportion contrôlée est de 10 à 11 %). Si la coïncidence n'est pas forfuite, comme il paraît bien, elle souligne combien souvent on constate que les individus cultivés, littérateurs, artistes et autres « intellectuels », mais plus simplement exaltés et fébriles, associent leurs natures maladives et s'adonnent aux excitants, à l'alcool principalement, qui détruisent la latence de leur tuberculose, et affaiblissent la valeur de leur capital cérébral, en même temps : de sorte que le 1/16 de *t. d.* qui disparaît probablement en entier dans les vingt premières années se trouve remplacé et même au delà par les alcoolisés cérébralement affaiblis. De plus, si l'on n'oublie pas la part de la syphilis dans la production de la faiblesse mentale, on comprendra la nécessité de combattre celle-ci pour atteindre également la tuberculose avant la naissance. L'importance de la prédisposition dans l'éclosion de la tuberculose apparait ainsi comme dépassant énormément l'action du bacille, tellement que l'on est conduit inévitablement à parler d'hérédité plutôt que de contagion ; à noter que la « métaphysique » mendélienne est infiniment plus simple et plus directe que la métaphysique pastorienne qui semble tentée de concurrencer la trop ingénieuse complication de celle des gnostiques valentiniens et autres.

Reste la question de la tuberculine. Les caractères dominés sont latents, mais cela ne veut pas dire que l'on ne peut arriver à les déceler par quelque moyen approprié. Ainsi, un couple sain, mais dont un générateur est tuberculeux latent démontre, « exhibe » cette latence lorsque la maladie revient peu à peu évidente chez certains de ses descendants ; car il est en effet de constatation banale que les processus héréditaires se manifestent seulement bien après la naissance, de préférence lors de l'adolescence, après donc une période de latence, une véritable incubation de 12 à 15 ans : ainsi la fécondité n'apparait qu'avec la puberté, par exemple, l'épilepsie également, etc. On est obligé, alors, en tenant compte de la statistique lyonnaise, de se demander si la tuberculine ne décèle pas principalement cette latence de la tuberculose, et même d'adopter au moins provisoirement cette opinion ; la réaction pouvant correspondre aux états (qui nous paraissent plus métaphysiques que positifs) de sensibilisation, d'indices d'immunité, de virus filtrants, etc.

Telles seront provisoiremnt nos conclusions en utilisant particulièrement, à titre d'hypothèse du travail seulement, les lois numériques concernant les hybrides à qui les lois numériques de Mendel sont applicables. On comprend donc pourquoi la recherche statistique de MM. Lumière et Vignes nous paraît avoir une importance incomparable et aussi pourquoi la transmission de la tuberculose par hérédité nous semble de bien plus haute probabilité que la contagion directe : les lois de l'hérédité, que ce soit à cause de Galton ou à cause de Mendel, limitent la propagation de la nocivté au cours des générations successives, tandis que la « tache d'huile » semble le mode habituel de propagation par contagion.... (1).

(1) Sans doute la tache d'huile n'est-elle pas tout à fait sans limite. Mais il ne faudrait pas qu'elle atteigne des points de facile développement et de reproduction favorable pour les germes ou contages, ce qui remet tout en question pour la propagation, et qui fait que la tendance à l'extinction du foyer « sur place » laquelle va de soi dans le cas d'hérédité, ne peut survenir que par des mesures « exogènes » (quarantaines, etc.). Voir K. Pearson et Blakeman, Biometrie Séries III : Théorie math. de la migration au hasard.

« Qui donc ferme les yeux sur l'installation de docteurs d'Université ? Qui permet leur exercice ? Messieurs les étudiants, allez en banlieue, allez en province et instruisez-vous. C'est là que la tolérance, souvent malheureusement politique, viole la loi. Mieux vaut dans certains milieux ouvriers une protection d'un maire ou d'un député socialiste ou communiste que la possession de beaux diplômes d'État. Est-ce nous qui sommes responsables ?

« Il y a abus. C'est entendu. Mais dévoilez-le où il est, au lieu de crier là où l'on ne peut rien ! Nos syndicats sont là pour nous défendre, qu'ils agissent et nous avons la loi, faisons-la respecter. » (Professeur Noël FIESSINGER. — Un magistral chahut à l'Ecole. *Journal des Praticiens*, 9 février 1935.)

Le traitement des uréthrites par la dilatation gazeuse

(Méthode de Maisler)

Par le Médecin Lieutenant-Colonel VOIZARD

Médecin des Hôpitaux militaires

La méthode de Maisler a été longuement exposée à maintes reprises depuis 1927, dans de nombreux périodiques (1). Qu'il nous suffise de rappeler qu'elle consiste à faire pénétrer dans les cryptes et culs-de-sac glandulaires de l'urètre un antiseptique conduit par un dilatateur.

L'antiseptique est une solution de protéinate d'argent au 350e. L'oxydant a la formule suivante ;

Péroxyde d'hydrogène..........	0 gr. 09
Acide benzoïque...............	0 gr. 006
Eau légèrement acidulée...... ..	30 gr.

Cette dernière préparation est décomposée par simple contact avec la solution argentique, sans qu'il y ait fixation de l'oxygène mis en liberté. L'application consiste ;

1° A verser dans l'urètre, par le corps de pompe d'une seringue de 2 c.c. fixée au pavillon d'un instillateur (Guyon n° 15), 1 à 2 c. c. de la solution oxydante. Cette première injection se fait à canal ouvert.

2° A injecter immédiatement après dans l'urètre par le même instillateur qui a été laissé en place 1 c.c. de solution de protéinate d'argent. Cette deuxième injection est faite avec la même seringue de 2 c.c. mais cette fois munie de son piston. Elle est pratiquée à canal fermé, le malade devant lui-même comprimer son gland autour de l'instillateur.

Pendant ce deuxième temps, les auteurs recommandent de faire quelques va-et-vient avec le piston jusqu'à ce que la mousse du produit se dégage par le méat malgré la pression du malade sur le gland (2).

Les séances sont bi-hebdomadaires. Le traitement est indolore. L'instrumentation est des plus simples.

Soucieux, comme tous les médecins, de rechercher un traitement simplifié qui rende à mes malades, le plus tôt possible, la totalité de leur activité, j'ai traité un nombre important d'urétrites par cette méthode, avec l'aide du Docteur Maisler lui-même. Voici les observations résumées que nous avons recueillies :

OBS. 1 (9-3-34) (*Abortive*). — Li... Blennorragie suraiguë datant de vingt-quatre heures. Ecoulement très abondant, urines troubles et filamenteuses. Nombreux gonocoques intracellulaires. A la sonde n° 14 sensation d'un bouchon muqueux très douloureux. Traitement quotidien à la seringue au niveau de l'infiltration. Absence de gonocoques à la cinquième séance.

OBS. 2 (5-1-34) (*Abortive*). — Ber... Blennorragie chronique d'emblée, suintement urétral indolore, urines troubles, gonocoques intra leucocytaires. Légère infiltration à 5 cm. du méat. Traité par une dilatation gazeuse de la totalité du canal. Guérison en quatre séances.

OBS. 3 (2-12-33((*Abortive*). — Lab... Goutte et suintement urétral datant de vingt-quatre heures. Soigné à la seringue puis

(1) Voir *Courrier médical*, n° 16, 1931.

(2) Diagnostic et traitement de la blennorragie, J.-Janet, p. 493 (Masson et Cie, éditeurs 1930).

à la sonde, au niveau de l'infiltration (8 cm. du méat). Guérison en trois séances.

Obs. 4 (12-12-33) (*Abortive*). — Com... Blennorragie aiguë datant de vingt-quatre heures. Urines filamenteuses. Infiltration à 4 cm. du méat. Gonocoques intracellulaires. Traité à la sonde et à la seringue (totalité du canal). Guérison en quatre séances.

Obs. 5 (29-11-33) (*Abortive*). — Sed... Blennorragie aiguë de vingt-quatre heures (réinfection), gonocoques intra-leucocytaires. Traitement bi-quotidien à la sonde et à la seringue. Guérison clinique et bactériologique après quatre séances.

Obs. 6 (5-12-33) (*Abortive*). — Esk... a fait une blennorragie récente, dont il a été parfaitement guéri. Deux jours après un nouveau rapport, brulûres à la miction, méat tuméfié, écoulement abondant, gonocoques intra-cellulaires nombreux. Traitement quotidien à la seringue Maisler. Guérison en qutre applications.

Obs. 7 (13-11-33) (*Suraiguë*) — Chev... écoulement abondant, douleur datant de treize jours, Balanite en jabot, méat punctiforme, Traitement bi-quotidien à la seringue Maisler. Les urines s'éclaircissent et l'écoulement devient insignifiant en quatre séances. Guerison après six applications.

Obs. 8 (23-1-34) (*Suraiguë*). — Ren... Blennorragie suraiguë datant de quatre jours. Balano-posthite en battant de cloche. Papillomes intra-urétraux. Ecoulement abondant, urines troubles, nombreux gonocoques intra et extra-leucocytaires. Traitement quotidien à la seringue d'abord, puis à la sonde. Les urines s'éclaircissent, l'écoulement s'apaise en sept séances. Etat stationnaire pendant neuf jours, l'examen bactériologique révèle la présence d'une flore variée sans gonocoques. Une infiltration molle est constatée à 6 cm. du meat ; traitement à ce niveau, guéri après la vingt-quatrième application.

Obs. 9 (1-12-33) (*Suraiguë*). — Cas... consultant pour écoulement abondant, douleur à la miction ayant débuté il y a trois jours. Gonocoques intra-leucocytaires, urines filamenteuses. Traitement quotidien à la seringue et à la sonde, douze séances.

Obs. 10 (21-11-33) (*Suraiguë*). — Dar... Blennorragie suraiguë datant de sept jours. Filaments et troubles des urines, gonocoques intra-leucocytaires. Zone d'infiltration à l'angle pénien. Traitement bi-quotidien puis quotidien à la seringue puis à la sonde. Guérison en douze séances. (Le malade s'était traité lui-même au début au moyen d'injections urétrales.)

Obs. 11 (20-2-34) (*Suraiguë*). — Par... soigne sa blennorragie pendant trois semaines en absorbant des pilules. A l'examen, écoulement minime, urines troubles, pus gonococcique. Traitement quotidien à la seringue. Amélioration nette à la quatrième application. L'examen bactériologique pratiqué au huitième jour, montre une flore abondante variée avec rares gonocoques. Traitement à la sonde de l'urètre antérieur. Guérison en vingt séances.

Obs. 12 (8-11-33) (*Aiguë*). — Oli... Blennorragie aiguë datant de huit jours. Urines troubles colorées de bleu de méthylène. Gonocoques intra-leucocytaires en amas. Traitement à la seringue matin et soir pendant cinq jours. Guérison.

Obs. 13 (25-9-33) (*Aiguë*). — Des... Ecoulement datant de quinze jours, traité aux antiseptiques urinaires. Traitement quotidien à la seringue. Guérison après huit applications.

Obs. 14 (2-3-34) (*Aiguë*). — Der... Blennorragie aiguë datant de huit jours. Traitement quotidien à la seringue, puis à la sonde de l'urètre antérieur : au neuvième jour, les gonocoques persistant, on procède à une dilatation gazeuse vésico-prostato-urétrale. Goutte matinale imperceptible, disparition des gonocoques. Guérison après deux applications supplémentaires (en tout, dix séances et quinze jours d'indisponibilité.)

Obs. 15 (18-10-33) (*Aiguë*). — Roul... Méat punctiforme, écoulement datant de sept jours, urines à filaments, gonocoques intra-leucocétaires. A pris des pilules. Traité à la seringue avec compresses chaudes locales et vaccin. Au bout de dix jours, un léger suintement persistant, on fait exploration à la sonde. Une infiltration molle à 6 cm. du méat est constatée. Guéri en dix-sept séances trihebdomadaires.

Obs. 16 (13-1-34) (*Aiguë*). — Rea... Ecoulement douloureux datant de cinq jours. Gonocoques. Grosse amélioration à la deuxième séance. L'examen microscopique du pus montre flore variée, pas de gonocoques. Guérison en vingt applications.

Obs. 17 (13-10-33) (*Aiguë*). — Tas... Traitement ambulatoire depuis trente jours. Ecoulement abondant. Gonocoques. Infiltration semi-lunaire droite à 5 cm. du méat, et de la région prostatique. En cinq séances, rétrocession des infiltrations, puis disparition des gonocoques. Seize séances au total sont nécessaires.

Obs. 18 (6-3-34) (*Aiguë*). — Jul... Blennorragie aiguë de quarante-huit heures. Ecoulement urétral douloureux. Gonocoques. Traitement quotidien à la sonde et à la seringue. Forme rebelle. On adjoint à la Maislériase des lavages au MnO^4K. Vingt-cinq applications nécessaires.

Obs. 19 (21-1-34) (*Aiguë*). — Pag... Ecoulement de trois jours, urines troubles, gonocoques intra-cellulaires. Quatre traitements à la seringue et à la sonde (total). Un suintement minime persiste. L'exploration de l'urètre révèle successivement une infiltration à 4 cm. du méat et une autre à 7 cm. Dilatation gazeuse au niveau des infiltrations. Auto-vaccin la dernière semaine. Guérison en vingt-deux séances.

Obs. 20 (8-11-33) (*Aiguë*). — Bour... Ecoulement datant de quatre jours. Filaments. Gonocoques. Traitement à la sonde et à la seringue. Disparition rapide des gonocoques. Une infiltration persiste à 7 cm. du méat, qui est traitée. Douze séances nécessaires.

Obs. 21 (16-1-34) (*Aiguë*). — Cob... Blennorragie aiguë de quatre jours. Vives douleurs. Urines très troubles. Gonocoques. Traitement quotidien à la seringue. Après la sixième séance, peu d'amélioration. Forme à allure rebelle. Une infiltration à 4 cm. du méat. Des applications locales et sur la totalité du canal amènent une amélioration notable. Une goutte minime persiste cependant. Une infiltration à 7 cm. du méat est constatée. Flore variée dans le pus. Cette lésion est traitée. Vingt-cinq séances nécessaires.

Obs. 22 (2-2-34) (*Aiguë*). — Baur... Ecoulement de deux jours. Filaments. Gonocoques. Amélioration rapide, mais suintement persistant dû à une infiltration molle à 7 cm. du méat. On joint auto-vaccin. Vingt-trois séances.

Obs. 23 (5-3-34) (*Aiguë*). — Gue... Méat punctiforme. Ecoulement abondant. Douleurs vives. Filaments très nombreux et gonocoques. Amélioration importante après la quatrième séance à la seringue, mais persistance des gonocoques. Littrite probable non perceptible à l'exploration. Trente-deux applications sont pratiquées et une instillation vésico-prostato-urétrale de 2 cm. 3 (Azo^3 Ag à 1/150e), suivies d'une guérison parfaite.

Obs. 24. (2-2-34) (*Aiguë*). — Lia... Ecoulement abondant avec balanite. Filaments. Gonocoques. Deux séances à la seringue et quatre à la sonde amènent une amélioration, mais qui ne dure pas. Les premières urines sont troubles. On traite l'urètre antérieur à la sonde. A la treizième séance, goutte matinale, qui persiste longtemps. Vingt séances nécessaires.

Obs. 25 (14-4-34) (*Aiguë*). — Hou.... a depuis cinq jours un écoulement abondant. Trouble des urines. Gonocoques. Traitement à la seringue, puis à la sonde. A la deuxième séance il subsiste un suintement. Premières urines très troubles. Au microscope un seul polype bourré de gonocoques. Naviculite. On traite l'urètre antérieur à la sonde puis à la seringue. Auto-vaccin joint. Treize séances nécessaires.

Obs. 26 (14-4-34) (*Aiguë*). — Beu... Ecoulement de quarante-huit heures. Urines claires. Quelques filaments. Gonocoques. Trajet périurétrale de la partie antéro-interne supérieure de la lèvre droite du méat. Vingt-trois séances nécessaires avec auto vaccin.

Obs. 27 (24-3-34) (*Aiguë*). — Lec... Ecoulement douloureux de quatre jours. Filaments et trouble des urines. Gonocoques. En six séances, l'écoulement se réduit à un suintement minime. La guérison clinique et bactériologique est obtenue après douze séances. Quelques jours après, le malade signale un suintement à l'expression profonde. A l'examen microscopique, pas de germes, quelques cellules polyédriques. Après épreuve au No^3 Ag, pseudo gonocoques extra-leucocytaires. Guérison spontanée quelques jours après.

◆◆

OBS. 28 (25-3-34) (*Aiguë*). — Arc... Ecoulement de quatre jours, urines troubles, gonocoques, cinq méats accessoires. Les méats accessoires traités à la seringue deux fois par jour, par le malade lui-même, s'assèchent en huit jours. Le canal principal traité à la sonde trois fois par semaine guérit en neuf séances.

OBS. 29 (25-3-34) (*Aiguë*). — Lev... Blennorragie aiguë sans gonocoques chez un ancien blennorragique guéri quatre ans auparavant. Infiltration et bouchon muqueux à 3 cm. du méat. Guérison en cinq séances quotidiennes à la seringue.

OBS. 30 (13-11-33) (*Subaiguë*). — Lam... Ecoulement datant de dix jours. Premières urines troubles. Gonocoques extra-leucocytaires. Traitement tri-hebdomadaire à la seringue. Guérison en cinq séances.

OBS. 31 (27-1-34) (*Subaiguë*). — Lec... Suintement urétral, filaments depuis trois semaines. Gonocoques extra-cellulaires. Guérison microbiologique après six séances. Goutte matinale persistante (ce malade écrase à tous moments son urètre pour y chercher une goutte). Dix-huit séances sont nécessaires.

OBS. 32 (10-1-34) (*Aiguë greffée sur chronique*). — Pol... Ecoulement urétral abondant. Miction très douloureuse. Gonocoques. Une zone d'infiltration à 5 cm. du méat, une autre à l'angle pénien sont constatées à l'exploration à la sonde. Traitement quotidien à la seringue et à la sonde. Auto-vaccin. Vingt et une séances nécessaires.

OBS. 33 (10-3-34) (*Aiguë greffée sur chronique*). — Vav... Ecoulement abondant datant depuis quatre jours. Filaments, nombreux gonocoques intra-leucocytaires. A la sixième séance, amélioration notable, l'écoulement réduit en suintement. On constate alors une infiltration à l'angle pénien, et de la gêne prostatique. On pratique quelques dilatations vésico-prostato-urétrales, des injections d'auto-vaccin, une instillation au NO^3 Ag à 1/150°. Vingt et une séances nécessaires.

OBS. 34 (19-4-34) (*Aiguë greffée sur chronique*). — Pet... Blennorragie subaiguë datant de un mois. Ecoulement peu abondant, filaments, gonocoques. Infiltration de 8 cm. du méat et gêne prostatique totale. Après douze séances les gonocoques disparaissent. Une partie imperceptible persiste. Traitement quotidien à la sonde, puis à la seringue, instillation finale au NO^3 Ag à 1/150°. Auto-vaccin. Guérison après dix-huit séances.

OBS. 35 (8-1-34). (*Aiguë greffée sur chronique*). — Dur... Ecoulement datant de dix jours. Gonocoques. A l'exploration, infiltration à 9 cm. du méat, à l'angle pénien, au niveau de la prostate. Traitement à la sonde au niveau des infiltrations. Après cinq séances, il reste quelques gonocoques extra-leucocytaires. Deux dilatations gazeuses vésico-prostato-urétrales amènent la guérison. En tout, seize séances.

OBS. 36 (5-4-34) (*Aiguë greffée sur chronique*). — Lad... Ecoulement peu abondant ayant débuté dix jours auparavant. Urines claires avec filaments. Gonocoques. Une blennorragie précédente datant d'un an aurait laissé une goutte matinale. On constate de l'infiltration à 9 cm. du méat, à l'angle pénien, au niveau de l'urètre prostatique. Chaque infiltration traitée successivement cède après une seule dilatation. Guérison en sept séances.

OBS. 37 (2-12-33) (*Aiguë greffée sur chronique*). — Lec... Ecoulement indolore datant de six jours. Filaments. Gonocoques. L'exploration révèle des zones d'infiltration dans l'urètre antérieur. Après trois séances à la sonde, les gonocoques peu nombreux sont extra-cellulaires. Il reste un suintement urétral. On traite la région vésico-prostatique, puis la navicule. On pratique des injections d'auto-vaccin. Guérison après vingt-neuf séances.

OBS. 38 (7-3-34) (*Aiguë greffée sur chronique*). — Bie... Ecoulement abondant de trente six heures. Blennorragie il y a un an qui laisse une goutte militaire. Gonocoques nombreux. Les lèvres du méat sont fortement tuméfiées. Après deux séances à la seringue, grosse amélioration, on ne trouve pas de gonocoques. Mais les phénomènes aigus réapparaissent trois jours après cette guérison apparente. Traitement bi-quotidien à la sonde, à la seringue. Dans l'intervalle, lavages de Janet et instillations au NO^3 Ag. Dix-huit séances nécessaires.

OBS. 39 (15-11-33) (*Chronique d'emblée*). — Se... Ecoulement indolore de cinq jours. Urines très troubles et filamenteuses. Gonocoques. Après quatre séances, suintement matinal. Les gonocoques disparaissent. Guérison en sept séances.

OBS. 40 (30-10-33) (*Chronique d'emblée*). — P... Ecoulement indolore de six jours. Urines troubles avec filaments. Gonocoques. Trois traitements par semaines. Guérisons en huit séances.

OBS. 41 (2-12-33). (*Chronique d'emblée*). — Ret... Suintement urétral datant de trois jours. Filaments. Gonocoques. Traitement à la seringue, puis dilatation vésico-prostatique. Quatre séances seulement sont nécessaires.

OBS. 42 (2-12-33) (*Chronique d'emblée*. — Deh... Suintement indolore de huit jours. Filaments dans les premières urines. Gonocoques. Infiltration à 8 cm. du méat. Une blennorragie traitée il y a deux ans n'a pas laissé de traces apparentes. Traitement quotidien à la seringue. Trois dilatations vésico-prostatiques. Guérison en cinq jours.

OBS. 43 (30-12-33) (*Chronique d'emblée*). — Cou... Suintement indolore de dix jours. Pas d'antécédents. Les urines contiennent quelques filaments. Gonocoques. Traitement quotidien au niveau de l'infiltration. Guérison en douze séances.

OBS. 44 (25-10-33) (*Chronique gonococcique*. — Bou... Blennorragie datant de quatre mois, soignée par vaccins et grands lavages, laissant un suintement matinal se transformant quelquefois en écoulement. Premières urines troubles et filamenteuses. Ganocoques nombreux. Traitement quotidien pendant cinq jours à la seringue. Guérison.

OBS. 45 (3-2-34) (*Chronique gonococcique*). — Bau... Goutte matinale intermittente depuis douze mois. Filaments. Gonocoques extra-cellulaires. Infiltration à 8 cm. du méat. Deux dilatations gazeuses à ce niveau assèchent provisoirement le canal. Quatre jours après, nouveau suintement. Traitement à la sonde de l'urètre antérieur. Au total sept séances.

OBS. 46 (2-12-33) (*Chronique gonococcique*). — Re... Goutte matinale datant de deux mois, séquelle d'une blennorragie non traitée. Urines claires, virgules prostatiques. Nombreux gonocoques intra-cellulaires. Infiltration à 4 cm. du méat, à l'angle pénien, au niveau de la prostate. Traitement à la sonde au niveau de chaque localisation. Guérison en dix séances.

OBS. 47 (2-12-33) (*Chronique non gonococcique*). — Mou... Blennorragie il y a deux ans. Actuellement goutte matinale. Filaments dans les urines. On ne trouve pas de gonocoques. Infiltration à 8 cm. du méat. Guérison en trois séances.

OBS. 48 (12-12-33) (*Chronique non gonococcique*). — Lec... Ancien blennorragique usant de différentes spécialités recommandées par les journaux. Filaments dans les urines, pas de gonocoques. Infiltration profonde de l'urètre antérieur. Assèchement du canal en trois séances.

OBS. 49 (21-11-33) (*Chronique non gonococcique*. — Cha... Suintement post-blennorragique datant de plusieurs mois. Filaments dans les urines. Pas de gonocoques. Infiltration à 7 cm. du méat et au niveau de la prostate. Assèchement du canal après trois dilatations gazeuses vésico-prostato-urétrales.

OBS. 50 (6-2-34) (*Chronique non gonococcique*). — Jea... Goutte intermittente depuis un an. Urines filamenteuses. Pas de gonocoques. Gêne prostatique. Guérison en trois séances.

OBS. 51 (19-2-33) (*Chronique non gonococcique*.) — Rob... Blennorragie chronique datant de deux ans, soignée sans succès. Premières urines troubles avec filaments. Pas de gonocoques, mais flore variée abondante. Infiltration de l'urètre antérieur. Traitement à la sonde trois fois par semaines. Cinq séances nécessaires.

OBS. 52 (7-3-34) (*Chronique prostatite subaiguë*). — Poi... Goutte matinale datant de plus de trois ans. Filaments et virgules prostatiques dans les urines. Infiltration à 6 cm. du méat et gêne prostatique. Flore microbienne variée sans gonocoques. Traitement bi-hebdomadaire. Guérison en cinq séances.

OBS. 53 (28-10-33) (*Chronique prostatite subaiguë*). — Met... Grosse goutte matinale datant de treize mois et brûlures à la miction. Lourdeur périnéale. Traité par les vaccins, les grands lavages, les massages sans résultats appréciables. Urines claires


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

avec filaments et virgules. Pas de gonocoques. (La blennorragie s'est compliquée d'une orchiépididymite droite). A l'exploration on constate de l'infiltration à 5 cm. et 8 cm. du méat à l'angle pénien. Gêne prostatique. Traitement tri-hebdomadaire. Guérison en treize séances.

OBS. 54 (26-1-34) (*Chronique prostatite subaiguë*). — Duv... Suintement urétral datant de trois semaines, séquelles d'une blennorragie ancienne. Filaments et virgules. Dans le pus, nombreux germes, pas de gonocoques. Guérison après huit traitements.

OBS. 55 (18-10-33) (*Chronique, prostatite chronique, hématuries*). — Hal... Blennorragie il y a vingt ans. Depuis suintement urétral se transformant quelquefois en écoulement de peu de durée. Depuis huit mois, hématurie terminale intermittente. Urines troubles, filamenteuses. Pas de gonocoques. Infiltration à 6 cm. et 9 cm. du méat à l'angle pénien, gêne prostatique. Les lobes prostatiques sont nettement dessinés, mais il existe une dépression linéaire au niveau du lobe gauche. Dilatation gazeuse vésico-prostato-urétrale tous les deux jours. Les hématuries cessent au bout de trois séances. Les infiltrations disparaissent une à une, le canal apparaît normal après quatorze traitements. Il persiste néanmoins une goutte matinale souvent minime, sans gonocoques.

OBS. 56 (14-11-33) (*Prostatite aiguë*). — Ber... Blennorragie datant d'un mois avec prostatite aiguë ; au toucher prostate grosse, très douloureuse. Infiltration à 6 cm. du méat et gêne prostatique à l'exploration. On traite par lavements huileux à garder et dilatations vésico-prostatiques. Amélioration notable à la cinquième séance. Le canal est asséché après la onzième séance.

Je livre ces observations au lecteur sans commentaires. La méthode de Maisler m'a permis chez une longue série de malades d'obtenir une guérison assurée dans des délais plus courts qu'avec les procédés classiques, et c'est quelque chose. Sans doute elle a ses insuccès, mais comme tout traitement s'adressant aux voies génito-urinaires, elle oblige à la connaissance parfaite des gîtes microbiens et dans son application nécessite de la part de l'opérateur un certain doigté, l'usage de cent finesses, résultats d'une expérience prolongée. Ceci n'empêche point que la méthode de Maisler, employée seule, ou associée aux procédés déjà connus, mérite d'être répandue.

Ethnographie. — Un Hindou. La race hindoue. Autant de termes simplistes que nous employons pour désigner les autochtones de pays immense et mystérieux dont la capitale est Delhi. Et, pourtant, comme le remarque A. GERMANO S. CORREIA, la péninsule de l'Hindoustan est une vraie mosaïque de races. Dans un très intéressant mémoire, cet éminent anthropologiste, professeur à l'Ecole de Nova-Goa étudie le peuple mahratte et en donne une monographie et passionnante au point de vue anatomique, ethnographique, historique, religieux, psychologique. Une belle illustration en augmente encore l'intérêt. (ALBERTO C. GERMANO S. CORREIA. Les Mahrattes de l'Inde portugaise. *Arquivos da Escola Medico cirurgica de Nova-Goa*, 1934, p. 1440-1784). — Henri VIGNES.

« Etudiant en médecine, puis professeur, j'ai toujours eu le souci d'étendre mon instruction. J'ai approché les maîtres les plus éminents des divers pays, d'aucun je n'ai pu apprendre quel est le milieu de culture de l'être humain. J'ai appris à cultiver le colibacille, le bacille de Koch et quantité de bestioles de même ordre, on m'a enseigné quels sont les milieux si divers nécessaires à l'évolution de parasites de l'homme, j'ai assisté à des cours remarquables sur le cycle évolutif du tænia ou de divers hématozoaires, je n'ai jamais pu savoir comment et où l'on doit cultiver l'homme. » (Professeur J.-L. PECH. — Alimentation, climatologie et hygiène. *Le Mouvement sanitaire*, nov. 1934.)

FAITS CLINIQUES

Psychose et cancer

Par Henri DAMAYE,

Médecin des Asiles

Chez le malade de cette observation, il s'agit d'une psychoneurasthénie avec hypocondrie ; idées mélancoliques et de persécution et léger appoint schizophrène. Cette psychose s'est installée et développée pendant l'évolution d'une carcinose, chez un jeune homme de vingt-trois ans. La jeunesse du sujet, la généralisation du cancer et la simultanéité des troubles mentaux sont les raisons qui nous engagent à faire connaître ce cas. Les rapports des cancers avec les troubles mentaux forment une question qui mériterait des études approfondies. Déjà, il y a quelques années nous avons abordé ici-même cette intéressante question (1). La prédisposition au cancer et celle à des troubles mentaux plus ou moins accentués nous ont paru exister simultanément dans bien des cas. Il ne s'agit pas toujours d'aliénés ; il s'agit très souvent d'anomalies mentales compatibles avec la vie libre et une profession. Le cancer n'est pas plus fréquent dans les Asiles d'aliénés que dans l'existence libre. Mais il nous fut souvent donné de remarquer que dans les familles de cancéreux existaient en même temps des psychopathies et névropathies ne nécessitant pas toujours, il s'en faut, l'internement. Le cancer semble faire partie, avec les névropathies, les psychopathies, les maladies de la nutrition, du groupe polymorphe des grosses tares observées dans les familles éprouvées depuis plusieurs générations par les infections aiguës et chroniques graves.

Jacquemart et Pfeiffer (2) ont mis en évidence le rôle de la syphilis ancienne, de l'hérédo-syphilis et des syphilis des ancêtres, dans la préparation du terrain cancérigène. Ce très intéressant ouvrage montre, en ses observations, chez les ascendants et collatéraux des cancéreux, des névropathies, des malformations physiques et des anomalies mentales. La syphilis paraît être un très important élément de préparation du terrain ; mais est-elle le seul ? outre la syphilis prédisposante et les agents microbiens présumés du cancer, nous nous demandons s'il n'existerait pas aussi un état spécial du système nerveux prédisposant certains sujets à la carcinose. En notre carrière psychiatrique, nous avons observé un certain nombre de grands névropathes qui ont fini par des cancers évoluant et se généralisant avec une remarquable rapidité. Existe-t-il une prédisposition, un déséquilibre neuro-vago-sympathique permettant ou favorisant le déséquilibre, l'anarchie histologique qu'est le cancer ? Car le cancer n'est pas, comme l'inflammation, un simple champs de bataille histologique. Il est, pourrions-nous dire avec image, une sorte de folie, d'excitation maniaque logorrhéique des tissus.

Chez les très rares cancéreux de notre service actuel, les réactions d'hémolyse et de floculation, effectuées par le docteur Duvic, ont toujours été négatives. Ce fait est plus favorable aux syphilis ancestrales qu'aux personnelles.

(1) DEMAYE. — Cancer et mentalité. *Progrès Médical*. 18 janvier 1930. Questions modernes de neuro-psychiatrie, 1931. Maloine, édit.

(2) JACQUEMART et PFEIFFER. — Tréponème et néoplasme. Maloine, édit.

C... Henri, cultivateur, entre à l'Asile en août 1929, à l'âge de 23 ans. Père âgé de 67 ans, sans maladie nous dit-on. Mère fut mélancolique anxieuse pendant très longtemps. Sept frères et sœurs, sur lesquels on ne peut nous donner de renseignements biologiques. Le malade est né à terme. En son enfance il n'aurait pas eu de maladies graves, d'après ce qu'on nous dit. Apprit facilement à l'école, si bien que l'instituteur aurait voulu le pousser vers l'école normale. Donna toute satisfaction à ses parents pour le travail agricole. Caractère calme, doux et affectueux. Fit un an de service militaire dans l'infanterie. Au retour, accès de psychasthénie avec mélancolie et instabilité. Ne voulait plus travailler avec les autres. Gagé chez un fermier il quitte brusquement la ferme et revient chez ses parents. Son caractère était devenu difficile. Il ne travailla plus que par intermittences. Périodes de sitiophobie. Dépression physique et intellectuelle. Cet état mental persista environ deux mois. Puis, C... s'améliora très considérablement, mais en restant physiquement affaibli. Quelques mois plus tard, les troubles mentaux reparurent. Idées de persécution et mélancoliques, mutisme. Anxiété. Au cours d'un battage de blé, C... frappa violemment un des ouvriers, au point de lui fracturer la jambe.

Interné à l'Asile, il présenta les mêmes idées délirantes avec un état psychoneurasthénique. Disait ne pouvoir manger beaucoup parce qu'il digérait mal. Ajoutait que « ça lui tirait dans les parties ». Souvent quelques rires subits sans motif apparent. Pupilles égales, mais mydriase accentuée. Dermographisme rouge. Réflexe patellaire fort. Légères zones névropathiques ovariennes et mammaires. Tachycardie ; un peu d'hypertension artérielle. C... s'améliore considérablement et quitta l'Asile en novembre 1929.

Il revint en juillet 1930, après avoir fait plusieurs fugues hors de chez ses parents et s'être montré maintes fois violent envers sa mère. Même état à peu près qu'à la première entrée. Psychoneurasthénie. Hypochondrie. Mydriase énorme. Resta assez calme, mais sans jamais s'occuper à un travail. En janvier 1931, il s'évada, à la façon d'un schizophrène : est retrouvé et ramené à l'Asile. Rien d'autre n'attira sur lui l'attention. Il ne causait guère et ne s'occupait point. Décédé le 13 septembre 1934, après s'être amaigri, mais sans s'être jamais plaint de souffrances ou de malaises.

Nécropsie. — Très amaigri. Pas d'escarres ; pas d'œdèmes des membres. Teinte à peine jaune-paille. Quelques ganglions à la région inguinale gauche. Quelques noyaux cancéreux pleuraux restent très adhérents à la partie supérieure du sternum. Pas d'épanchement pleural, mais plèvres épaissies. Pas de tuberculose pulmonaire. Légère congestion œdémateuse des poumons. Nombreux noyaux squirrheux, blanchâtres comme du marron cru, dans les deux poumons. Péricarde épaissi, sans épanchement. Myocarde brunâtre, passablement dégénéré. Un noyau cancéreux blanc, squirrheux, dans le myocarde. Pas d'athérome de l'aorte. Quelques points épaissis à la mitrale et plus encore à la tricuspide. Le pancréas est entièrement cancéreux, dur, augmenté de volume ; ganglions comme des billes, blanchâtres, dans le mésentère et le médiastin. Pas le moindre épanchement dans l'abdomen. Foie très volumineux formant une masse énorme. Contient d'immenses noyaux blanchâtres cancéreux du volume de billes, de pêches et même de pommes. Le peu de tissu hépatique restant présente un aspect dégénératif modéré. Pas de lithiase. La vésicule, épaissie, contient des noyaux cancéreux. Rate augmentée de volume, bosselée, comme bourrée de noisettes. Son parenchyme, encore lie de vin et sans trabécules conjonctifs développés, contient beaucoup de noyaux cancéreux durs et du même aspect que ceux des autres organes. Reins semblablement augmentés de volume et comme bourrés de noisettes. Capsule épaissie, adhérente au cortex. Dégénérescence pas très avancée du parenchyme. Pas de surcharge graisseuse. Nombreux noyaux cancéreux de même aspect et de même consistance que ceux des autres organes. Dans la boîte cranienne, 50 c.c. environ de liquide clair. Pie-mère épaissie en sa totalité et sur toutes les parties de l'encéphale, mais particulièrement à la convexité du cerveau ; n'adhère pas au cortex, ventricules à peine amplifiés. Pas d'asthénie des artères encéphaliques.

L'examen histologique du cerveau montre la méningo-encéphalite banale des psychoses avec chromatolyse, neuronophagie. Lésions peu avancée, sans particularités. Un très grand nombre de noyaux cellulaires sont intensément colorés dans un protoplasme à chromatophile très faible. Parois vasculaires peu altérées. De quelle nature cette méningo-encéphalite ? Est-elle due à des germes filtrants tuberculeux ? ou à des germes filtrants d'espèces encore inconnues ?

Le cancer à si nombreuses embolies de ce malade est un épithélioma à point de départ pancréatique. Chez un jeune homme de cet âge, il fallait un terrain bien favorable, particulièrement prédisposé. Ce cancer, développé selon toute apparence sitôt le service militaire, aurait-il été déclenché par un traumatisme ? Nous ne le savons. Mais quand même, la question du terrain resterait ici d'une remarquable évidence. Et l'apparition des troubles mentaux, leur développement ont été parallèles à ceux de la carcinose. Cette psychose n'est pas consécutive au cancer : elle en est contemporaine, s'est développée en même temps que lui.

Nous donnons cette observation comme un document pouvant servir à l'étude des rapports du cancer avec les névroses, les psychoses et le déséquilibre vago-sympathique.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Chirurgie

Le traitement des fractures par l'ostéosynthèse a peut-être à son actif des résultats brillants mais il compte aussi des échecs retentissants. Pendant douze ans, M. Muller a été appelé comme expert à examiner vingt-huit ostéosynthèses. Parmi celles-ci dix-huit ont donné des résultats défavorables.

La durée de l'incapacité temporaire a été augmentée. L'ostéosynthèse a retardé la formation du cal. Dans presque tous les cas le matériel de synthèse a dû être enlevé secondairement. Toutes les complications sont venues des phénomènes d'ostéite secondaire. Quand sur un avant-bras ou une jambe la synthèse n'a intéressé qu'un seul os, l'autre s'est consolidé très vite et n'a présenté aucun phénomène de raréfaction osseuse, tandis que l'os opéré se décalcifiait. Les résultats les plus défavorables ont été observés dans l'ostéosynthèse du fémur, les taux d'incapacité permanente ayant atteint jusqu'à 60, 80, 85 p. 100. Quant aux frais, à la charge des tiers, ils ont été, pendant la période d'incapacité temporaire, élevés — 47.000 francs dans un cas, 80.800 francs dans un autre cas.

Il apparait donc, d'une manière générale, qu'une intervention chirurgicale sur un foyer de fracture fermée, et l'introduction de corps étrangers : vis métalliques, plaques, cercles comprimant l'os, fils divers, doive de toute façon fortement troubler et la circulation et les mutations calciques locales. C'est ce qui amène certainement les retards de consolidation toujours observés. Même bien faite, l'ostéosynthèse est un procédé dangereux qui expose les plus entraînés à des fautes d'asepsie et à de redoutables complications. L'ostéosynthèse ne doit pas être systématique pour un chirurgien, comme nous le voyons constamment. Elle a des indications précises. Elle doit rester une méthode d'exception.

D'autre part, on peut être un excellent chirurgien, et ne pas



BIBLIOGRAPHIE

Histoire du Costume du Médecin militaire d'autrefois. Vient de paraître le 1er fascicule. Édition Artistique, 26, rue Pétrelle, Paris (9e).

Plaute. Tome III : *Cistellaria, Curculio, Epidicus.* Texte traduit par A. Ernout, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris. 30 francs. Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Les Belles-Lettres, 95, boul. Raspail, Paris.

Parasites, vieillards débauchés, esclaves rusés et perfides, courtisanes sentimentales ou perverses, tous les personnages de la comédie latine se retrouvent dans ces trois pièces de Plaute mises en valeur par la traduction nouvelle de M. Ernout.

Gœthe et l'Art de vivre, par Robert d'Harcourt, docteur ès lettres, professeur à l'Institut catholique de Paris. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 15 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir étudié la formation de la sensibilité de Gœthe dans un volume paru en 1931 et intitulé : *L'Education sentimentale de Gœthe*, Robert d'Harcourt publie aujourd'hui un nouvel ouvrage sur le Maître de Weimar : *Gœthe et l'Art de vivre* (un volume in-8 de la Bibliothèque Historique), dans lequel il s'attache à éclairer le caractère humain de l'existence de Gœthe, et, en première ligne, l'admirable ténacité apportée à l'édification du moi. Peu de vies nous apparaissent plus délibérément constructives que celles de Gœthe et nous offrent une plus magnifique leçon de volonté. Peu de carrières d'écrivains opposent un plus réconfortant démenti à cette loi d'usure et de mélancolique défaite que le temps inflige à tant de résolutions humaines. Non que cette victoire ait été acquise sans opiniâtre effort. L'étiquette-cliché d'olympien que l'on donne fréquemment et si légèrement à Gœthe fausse le caractère essentiel de lutte qui domine cette longue carrière. Ce qui trompe le regard, c'est la lumière dans laquelle baigne cette vie. Jean-Paul appelait Gœthe « l'homme le plus clair d'Europe », et il est vrai que la lumière fut pour lui la grande alliée dans le combat mené contre nos adversaires obscurs du dedans. La partie fut jouée et gagnée dans la clarté, mais non dans la facilité. « J'ai été un homme, ce qui veut dire que j'ai lutté », disait-il de lui-même.

On l'a souvent appelé en Allemagne : *der Lebenskünstler* (artiste en l'art de vivre) et le titre lui revient en toute équité. De toutes ces œuvres, celle à laquelle il travailla avec le plus d'inlassable constance et qui dégage le plus de rayonnement, la plus belle en somme, est sa vie.

Cléopâtre, la reine des rois, par Oscar de Wertheimer. Traduit de l'allemand par Adrien F. Vochelle. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 3 croquis. 20 fr. Payot, 106, Bd St-Germain, Paris.

« Cléopâtre — dit M. Adrien F. Vochelle — la femme la plus géniale de l'histoire universelle, n'a jamais cessé, à travers les siècles, d'occuper et d'émouvoir l'imagination des hommes, mais les images que nous en ont léguées les écrivains anciens et modernes, des sobres narrations de Plutarque au portrait fantasque de Shaw, sont aussi variées que les couleurs du voile d'Isis dont la reine d'Égypte se paraît pour se montrer à son peuple.

« Aucun écrivain ne semble encore avoir tenté la synthèse de cette nature scintillante, aux multiples facettes, les uns ne voyant en Cléopâtre que l'ardente amoureuse ou la froide chasseresse poursuivant l'homme comme une proie, d'autres la souveraine ambitieuse et cruelle, n'usant du sentiment que pour ses fins politiques. L'originalité de l'ouvrage d'Oscar de Wertheimer, qui paraît dans la *Bibliothèque Historique*, réside tout entière dans l'essai d'explication qu'il nous offre de ce jeu changeant et divers de la politique, de l'amour et de la mort, frémissante expression d'une époque près de s'éteindre et qui jette ses derniers feux au moment où une nouvelle étoile va se lever sur le monde, époque étrange où se mêlent encore les hommes et les dieux à la veille de se séparer pour jamais, et dont l'auteur a jugé l'intelligence nécessaire à la compréhension d'une déesse-reine qui en est restée, aux yeux des modernes, la vivante incarnation, raison profonde de sa survivance dans la mémoire des hommes. »

Histoire de la Poésie française de la Renaissance au Romantisme, par Emile Faguet. Tome VIII : les poètes secondaires du XVIIIe siècle (1700-1750). 1 vol. Prix : 15 francs. Boivin et Cie, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Louis Racine. — Piron. — Gentil. — Bernard. — Vadé. — Collardeau. — Dorat. — Grécourt. — Desforges. — Maillard. — Barthe et Thomas. — Rulhière, tels sont les poètes secondaires du XVIIIe étudiés dans ce volume.

Revue des Cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abon. France, un an : 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du nº du 28 février : Henri Hauvette : L'antiquité dans l'œuvre de Dante (I). Introduction. — F. Simiand : La psychologie sociale des crises et fluctuations économiques et la condition des travailleurs. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (IV). La confortable enquête du président Montesquieu. — P. Lachièze-Rey : Le Moi, le Monde et Dieu (III) : le Moi constructeur. — Robert Pitrou : Lyriques autrichiens d'aujourd'hui (II) : Anton Wildgans, Richard von Schankal et Stefan Zweig. — A. Feugère : Rousseau et son temps (IV) : De la comédie larmoyante au drame bourgeois. — Pierre Salzi : L'unité personnelle (VI); Unité personnelle et raisonnement ; conclusion.

savoir traiter une fracture. Le traitement des fractures est incompatible avec la vitesse opératoire, la hâte moderne, et bien souvent avec le mouvement intense des grands services de chirurgie générale. Cette thérapeutique spéciale exige de la patience, du bon sens, des retouches apportées aux appareils de contention, une surveillance constante clinique et radiologique.

Devant des résultats aussi lamentables qui «à mon avis, sont dus surtout aux exécutants», dit M. Muller, on ne peut que regretter que les Compagnies d'assurances, par l'intermédiaire de leurs médecins contrôleurs, au besoin assistés pour ces missions spéciales de consultants chirurgicaux compétents, ne soient pas appelées à donner dans tous les cas leur avis sur l'opportunité de telles interventions. On doit aussi regretter qu'il n'existe pas dans tous les centres universitaires des services spécialisés de traumatologie où les blessés seraient certains de recevoir des soins adéquats, et où les futurs chirurgiens pourraient utilement faire un apprentissage sérieux de leur art.

(M. Muller. Séquelles d'ostéosynthèse. *Paris Médical*, 9 février 1935.)

Pour réduire une luxation de l'épaule on peut employer une méthode plus simple que celle qui consiste à refouler la tête avec le talon placé dans l'aisselle.

En fait, il s'agit d'effectuer simultanément trois manœuvres : l'adduction du bras, la rotation externe de l'humérus, l'action directe par l'aisselle sur la tête humorale qu'on veut pousser en dehors jusque dans la cavité glénoïde. Pour réaliser ce triple effort, il faudrait avoir trois mains. A défaut de la troisième, il y a des chirurgiens qui utilisent leur pied. M. Raymond Bonneau se sert de sa tête pour réaliser la rotation externe de l'humérus. La main laissée, ainsi libre pour l'aisselle, saura mieux qu'un talon, appliquer sa force intelligente sur la tête luxée, contrôlera son dégagement, sa translation et sa remise en place.

Voici les temps successifs de la manœuvre pour une épaule droite :

« Le malade est assis bien calé sur une chaise ; un aide quelconque placé debout derrière lui appuie fortement ses mains sur les épaules du patient de façon à immobiliser également les deux demi-ceintures clavi-scapulaires. Le chirurgien s'assied devant lui sur un siège un peu plus bas.

« L'aisselle étant poudrée de talc, la main droite de l'opérateur pénètre à fond dans cette aisselle, la paume se trouvant au contact du bras, le dos de la main contre le thorax ; les doigts s'insinuent par leurs pointes derrière le grand pectoral, sous la clavicule, pour prendre contact avec la tête de l'humérus et l'accrocher.

« La main gauche empaume solidement le coude, c'est-à-dire l'extrémité inférieure de l'humérus, elle porte ce coude sur le thorax à l'aplomb de l'aisselle et l'y maintient appuyé ; l'avant-bras du malade reste fléchi à angle droit. Enfin, le chirurgien inclinant sa propre tête vient la placer en dedans du poignet du malade.

« Nous voici en place, le travail va commencer.

« Par une translation lente de son crâne vers la gauche, l'opérateur fait pivoter le poignet et l'avant-bras en dehors, autour de l'axe du bras maintenu vertical. La rotation externe est en marche. Doucement, par une progression continue, sans à-coups, avec une lenteur qui peut atteindre cinq et jusqu'à dix minutes, les deux mains et le crâne travaillent en synchronisme. Et peu à peu la main droite, qui par l'aisselle agit sur la tête luxée, sent cette tête se désenclaver, rouler doucement, s'abaisser sous la clavicule, s'écarter du tronc. Maintenons l'effort : un léger ressaut bien perçu d'habitude par le chirurgien, parfois aussi par le malade ; la réduction vient d'être obtenue.

« Dans la réduction récente il est rare qu'on ait à amorcer le deuxième temps de la manœuvre de Kocher qui est l'élévation du coude en avant jusqu'à l'horizontale, l'avant-bras restant toujours en rotation externe. Pour ce faire, bien entendu il faudrait que l'opérateur se levât peu à peu de son siège.

« Quant au troisième temps de Kocher, le rabattement de l'avant-bras sur le thorax, cette fois-ci le bras reprenant la rotation interne, je n'ai pas souvenance d'avoir eu à l'employer, sauf dans les luxations ayant plus de vingt jours, mais cela est une autre histoire pathologique dans laquelle l'anesthésie générale et la traction continue aux moufles ont à intervenir. »

(Raymond Bonneau. La réduction des luxations de l'épaule. *Journal des Praticiens*, 16 février 1935.)

Chez cinq opérées présentant une éviscération post-opératoire précoce, une phlébite a été observée 4 fois sur 5. — Dans 3 cas, l'éviscération fut précédée d'une phlébite pelvi-abdominale nette avec ballonnement de l'abdomen et troubles urinaires. Deux de ces malades, firent, en outre, une phlébite cruro-jambière après l'éviscération. Dans un cas, une phlébite cruro-jambière se déclara le jour même de l'éviscération ; cette phlébite, qui d'ailleurs avait été précédée d'un léger ballonnement de l'abdomen, fut suivie d'un œdème du pubis et d'un important ballonnement abdominal.

Ces faits méritent de retenir l'attention. Cependant, dans les travaux publiés, la phlébite n'est pas signalée comme cause de l'éviscération post opératoire.

Si l'on veut y réfléchir un instant, la phlébite sans absorber tout le mécanisme de l'éviscération post-opératoire spontanée précoce, doit nécessairement tenir sa place dans les causes qui favorisent cet accident. Ce n'est pas par pure coïncidence que quatre fois sur cinq éviscérations des signes de phlébite ont été observés.

La phlébite post-opératoire a toutes les raisons pour faciliter l'éviscération.

On trouve en effet, au cours de la phlegmatia, un œdème de la paroi abdominale, des thromboses veineuses pariétales et des troubles de l'innervation sympathique qui déterminent des *perturbations du trophisme tissulaire local*. Ces perturbations s'opposent à la bonne cicatrisation de la plaie, favorisent le sciage des parois par des fils résistants et la désunion des nœuds faits avec du matériel souple.

On trouve encore, surtout dans les formes pelviennes et abdominales des phlébites, une réplétion vésicale et un ballonnement abdominal quelquefois très marqués qui déterminent la distension des parois du ventre et une *traction constante sur les sutures*.

(J. Ducuing (de Toulouse) : Le rôle de la phlébite dans l'éviscération post-opératoire spontanée précoce. *La Presse Médicale*, 20 février 1935).

Pourquoi ne s'inquiète-t-on jamais, dans la technique d'une amputation, de la façon de traiter les nerfs, de réduire au minimum la poussée des cylindraxes, la croissance de la névroglie, la formation des névromes ? Cela a certainement beaucoup plus d'importance pour l'avenir de l'amputé que la parfaite taille des muscles, qui empêche la conicité du moignon.

On peut marcher très bien avec un moignon difforme et anatomiquement incorrect. On ne marche jamais bien, quand on souffre. Souvent on ne marche pas du tout.

Cette question de la cicatrisation des nerfs est celle qui domine et de beaucoup l'avenir fonctionnel des amputés. Elle ressort à la neuro-chirurgie périphérique. C'est dans ce sens que l'amputation doit être envisagée comme un acte de chirurgie nerveuse.

De tous les tissus qu'intéresse une amputation, le nerf est le seul qui s'essaie à une régénération. Le muscle s'atrophie. L'os se raréfie. Les vaisseaux s'oblitèrent. Le nerf, lui, pousse ses cylindraxes, et sa névroglie prolifère ; c'est de là que vient le vrai mal des amputés, celui qu'il est si difficile de guérir.

Que ceux qui en doutent s'adressent un peu aux mutilés, et ils verront que le problème des nerfs dans l'amputation est plus important que celui de l'attaque des muscles.

Que faut-il faire pour éviter que l'amputé ne souffre pas un jour ? M. Leriche a injecté de l'alcool à 90° dans le bout des nerfs, puis de l'acide phénique. Est-ce que cela agit ? Il est difficile de répondre, car ce n'est qu'au bout de deux ou trois ans que l'on pourrait en juger et il faudrait entreprendre des recherches expérimentales de longue haleine.

Quel est le retentissement organique de la suppression d'un nombre important de muscles, d'os, de nerfs ? A-t-elle un retentissement humoral ? Quelles sont les conséquences sanguines de la destruction d'un immense territoire de distribution du sang ? l'impression de M. Leriche est que les amputés de la partie moyenne de la cuisse et les désarticulés des hanches deviennent rapidement des hypertendus. Beaucoup sont pléthoriques. Ce n'est pas parce qu'ils ne font pas d'exercice, car les infirmes par pseudarthroses du col n'en font pas davantage et ne changent pas ainsi. La question reste entière. Elle mérite d'être examinée.

(René Leriche. Des amputations du point de vue de la mortalité, de la technique et de la physiologie ; de l'amputation considérée comme un acte de chirurgie nerveuse. *La Presse Médicale*, 7 novembre 1934).

Sous l'appellation de **bourgeon charnu inflammatoire** on désigne de petites tumeurs dont le volume le plus habituel

est celui d'un gros pois — parfois d'une petite noix — et dont la caractéristique est d'être rouge, avec propension très marquée à l'hémorragie. C'est l'ancien botryomycome. A son origine on retrouve le plus souvent une piqûre : aiguille, épingle, clou, épine de rosiers ; on le rencontre le plus souvent sur les parties découvertes, dans le sexe féminin (22 femmes sur 32 malades traités par M. Degrais).

Le bourgeon charnu inflammatoire est facile à reconnaitre ; cependant il peut être confondu avec un petit hémangiome caverneux.

A l'ablation chirurgicale, M. P. Degrais préfère recourir à la curiethérapie qui est certaine dans ses résultats.

Sur 32 malades traités, l'auteur a obtenu 32 succès.

(P. Degrais. Le bourgeon charnu inflammatoire (ancien botryomicome). Son traitement par le radium. *Le Bulletin Médical* 16 février 1935).

La gastrectomie totale chez l'homme semble conduire fréquemment à un état d'anémie du type pernicieux. — La gastrectomie totale chez l'animal conduit fréquemment à des états d'anémie hypochrome ;

La résection gastrique partielle chez l'homme conduit dans un certain nombre de cas, plusieurs années après l'opération et surtout dans le sexe féminin, à des états d'anémie simple hypochrome qui présentent tous les caractères des anémies hypochromes achyliques : cette conséquence semble plus fréquente après l'opération de Billroth II-Reichel-Polya.

Les observations faites en chirurgie viennent donc confirmer l'existence réelle des rapports entre l'estomac et les conditions hématologiques, et indiquer la possibilité de production des états anémiques après des opérations complètement ou partiellement mutilantes.

(G. M. Fasiani et A. Chiatellino. Syndromes anémiques chez les opérés de l'estomac. *La Presse Médicale*, 26 décembre 1934.)

L'analyse du suc gastrique après gastrectomie montre presque toujours de l'anachlorhydrie. — Il existe deux zones au niveau de la muqueuse gastrique, celle de la région fundique, acidogène, et celle de l'antre à sécrétion alcaline.

La sécrétion alcaline de l'antre commande la sécrétion acide du fundus. Le fundus trouve dans l'antre le stimulant dont a besoin sa sécrétion.

Or, la gastrectomie supprime la zone antrale, sans laquelle aucune sécrétion chlorhydrique n'est possible ; et, quelque théorie qu'on adopte, il est difficile de ne pas associer intimement les deux notions d'acide et d'ulcère. C'est dire que l'intervention supprime en fait le terrain local du développement ulcéreux. Les gastrectomisés n'ont pas pour habitude de récidiver, et c'est à juste titre que les chirurgiens visent en les opérant à une cure radicale.

(Pr. Merklen, L. Israël et Fr. Frœhlich. De la sécrétion gastrique chez les gastrectomisés. *La Presse Médicale*, 16 février 1935.)

Anesthésie

L'emploi du protoxyde d'azote comme anesthésique demande au chirurgien de la patience, à l'anesthésiste de l'attention, mais il présente tant d'avantages pour l'opéré que, partant du principe que la chirurgie est faite pour les malades, les chirurgiens qui ne le connaissent pas voudront l'utiliser et comme l'écrivait déjà en 1926 le Professeur Desmarets : « Les satisfactions qu'ils auront à voir leurs malades guérir plus simplement, tout en se permettant à eux-mêmes d'être plus audacieux dans certaines opérations graves ou difficiles, les récompenseront largement des petits inconvénients inhérents à une méthode d'anesthésie qui est d'un maniement délicat sans doute, mais qui est aussi d'une supériorité incontestable sur tous les autres ».

Actuellement, en France, le protoxyde d'azote est l'anesthésique des mauvais cas, celui que l'on emploie chez les hypotendus, les shockés, chez tous ceux qui ne supporteraient ni l'éther, ni le chloroforme ; bientôt, demain, quand nous le connaîtrons mieux, quand nous serons plus familiarisés avec son emploi, nous l'appliquerons comme en Amérique et en Angleterre, presque à tous les cas, pour le plus grand bien de nos opérés.

(J. Lavoine. Les anesthésies par inhalation. Le protoxyde d'azote. *Le Bulletin Médical*, 2 février 1935.)

Thérapeutique

Le traitement étiologique de la myasthénie est pratiquement presque inexistant, les causes probablement multiples qui produisent la myasthénie étant encore obscures.

On peut cependant proposer comme schéma du traitement de la myasthénie — après avoir écarté les facteurs étiologiques — le procédé suivant :

a) L'administration, comme traitement de base, d'une alimentation riche en hydrocarbones, en y ajoutant les injections d'insuline, d'extraits hépatiques et l'ingestion de glycocolle ;

b) L'adjonction, dans les intervalles libres, d'une des substances suivantes : strychnine, extraits surrénaliens, harmine, histamine, vératrine en nous guidant d'après la manière favorable ou non par laquelle chaque malade réagit envers chacun de ces produits.

(Professeur G. Marinesco, E. Façon et N. Vasilesco. Contribution à l'étude du traitement de la myasthénie. *Gazette des Hôpitaux*, 26 décembre 1934.)

Un cas d'intoxication mortelle par l'émétine, chez une fillette de trois ans — atteinte de dysenterie amibienne — est à verser au dossier de la toxicité de l'émétine.

La malade est morte après avoir reçu 10 centigrammes d'émétine en quatre jours, avec des phénomènes nerveux, hypotonie musculaire, diminution des réflexes tendineux, sialorrhée, troubles de la déglutition, troubles de la phonation, tachycardie, troubles de la respiration et coma.

Les accidents se sont précipités avec une grande rapidité en peu de jours, comme si l'organisme de l'enfant, véritablement sidéré par l'intoxication, n'était pas susceptible d'un effort de réaction pour lutter contre elle.

Dans le cas rapporté, il est impossible d'invoquer la toxicité accumulative et on est obligé d'admettre la possibilité d'une sensibilité particulière du sujet à l'alcaloïde de l'ipéca, une véritable idiosyncrasie.

Il est donc possible, à la suite de l'administration de l'émétine d'observer des accidents d'intoxication, les uns accumulatifs et susceptibles d'être évités par l'observation rigoureuse et quotidienne des malades, les autres à évolution rapide et qu'il est difficile de prévoir.

On ne saurait trop insister sur la pratique que conseillent Blechmann, et Petzetakis chez l'enfant, à savoir d'accompagner chaque injection d'émétine d'une injection d'huile camphrée, et ceci afin d'éviter les effets dépressifs et hypotensifs du médicament.

(Ch. Sarrouy. Intoxication mortelle par l'émétine chez l'enfant. *Paris Médical*, 9 février 1935.)

Hygiène alimentaire

Considérée du point de vue social, la sous-alimentation, dans les conditions ordinaires de la vie, en dehors des grands bouleversements sociaux, n'offre pas un grand danger ; l'humanité y est un peu encline. Elle ne représente qu'un processus d'exception ; par là elle se distingue bien de la suralimentation, qui représente au contraire un vice habituel de l'humanité et dont les dangers sont beaucoup plus grands pour l'espèce humaine.

« Si j'ai pu arriver, à la suite d'une étude sur la suralimentation et ses conséquences, à proposer la création d'une ligue contre la suralimentation, je ne ferai pas de même pour la sous-alimentation ; elle répugne suffisamment aux hommes pour que nous n'ayons pas besoin de la leur déconseiller. »

(Professeur Marcel Labbé. La sous-alimentation. *La Presse Médicale*, 6 février 1935.)

Physique biologique

Toute perturbation brusque dans les conditions habituelles du fonctionnement d'un organisme est immédiatement suivie d'une réaction qui tend à s'opposer à cette perturbation. — Voici quelques exemples de ces réactions que M. Bordier appelle paradoxales :

Il y a celles que l'on peut observer dans la température du corps humain. Si l'on prend la température centrale d'un sujet qu'on va immerger dans un bain dont la température est inférieure à celle du corps, on constate qu'un peu après l'immersion, cette température centrale, au lieu de s'abaisser, s'élève au contraire (Sigalas).

Ainsi, le dérangement brusque qu'on a imposé à l'organisme a provoqué une réaction qu'on est bien en droit d'appeler paradoxale, puisque la température du corps auquel de la chaleur allait être soustraite commence par augmenter !

Il est facile de comprendre, par ce premier exemple, combien ce phénomène biologique diffère des phénomènes physiques proprement dits. La réaction paradoxale ne s'observe jamais dans un corps inerte ; un tel corps plongé dans de l'eau d'une température inférieure à la sienne subira tout de suite un abaissement de température jusqu'à ce que l'équilibre thermique soit établi. Il n'y a donc ici aucune réaction. Celle que nous avons constatée sur l'organisme est due au système nerveux qui a sous sa dépendance la régulation thermique chez l'homme et les grands animaux et qui constitue la «thermogénèse animale».

Voici un phénomène inverse du précédent :

Tout le monde sait que dans les rayons solaires, il y a, en plus des rayons lumineux proprement dits, d'autres rayons, les uns calorifiques, les autres photochimiques. Eh bien, si l'on vient à exposer au soleil toute la surface du corps d'un sujet dont on aura pris soigneusement la température centrale, on constatera, peu de temps après le commencement de l'action des rayons solaires, que le thermomètre, au lieu de monter, commence au contraire, malgré l'échauffement du corps insolé, par descendre. Un moment après, la température centrale s'élève pour atteindre un équilibre constant.

Voilà donc encore un bel exemple de réaction paradoxale : le dérangement provoqué dans l'équilibre physiologique du sujet irradié par les radiations calorifiques solaires a déterminé une réaction de sens inverse tendant à s'opposer à l'échauffement provenant de ces radiations.

Un autre exemple de réaction paradoxale est fourni par l'action des courants de haute fréquence sur la tension artérielle des hypertendus. Si l'on fait traverser le corps d'un malade ayant une tension supérieure à la normale par un courant de diathermie convenablement appliquée, on constate après une séance de trente minutes une chute de la tension plus ou moins forte. Mais si l'on mesure la tension dans les premières minutes du passage du courant, on trouve une augmentation de cette tension (Duhem).

C'est encore une réaction paradoxale de l'organisme dont le fonctionnement normal a été dérangé et dont l'équilibre circulatoire et vaso-moteur a été troublé brusquement.

En résumé, l'organisme réagit en exploitant l'énergie (calorifique, mécanique, électrique) quand elle lui est communiquée *brusquement*, d'abord par une phase d'hyperactivité fonctionnelle, puis la cause continuant à agir, en réduisant de lui-même, automatiquement, sa dépense d'énergie proportionnellement à celle qui lui est fournie artificiellement.

(H. Bordier, de Lyon. Sur certaines réactions paradoxales en biologie. *La Presse Médicale*, 15 décembre 1934.)

Varia

Le cancer est très rare chez les rhumatisants, c'est une notion maintenant acquise (*Revue du rhumatisme*, déc. 1934. Enquête sur la question cancer et rhumatisme.)

***

Une circulaire du ministre des Pensions, en date du 7 janvier 1925, spécifie que, pour que la gelure des pieds et les lésions par gaz ou liquides enflammés soient admises comme blessures de guerre, il faut qu'il y ait eu *évacuation immédiate* sur une formation sanitaire, c'est-à dire *hors du corps de troupe*, la réalité de l'évacuation devant être établie par *documents médicaux*.

(G. Fischer. Pensions d'invalidité de guerre. *Le Concours Médical*, 17 février 1935.)

***

Et si malgré tout, on voulait innover (*concours de l'internat*) je verrais volontiers prendre par l'Administration de l'Assistance publique les deux mesures suivantes assurant, encore plus de justice :

Faire intervenir dans la totalisation des points, une note donnée par le chef, pour l'assiduité à l'hôpital ;

Permettre à deux représentants des candidats, personnages muets, d'assister aux délibérations du jury.

(R. Massart. Faut-il modifier les concours de l'internat. *Le Concours Médical*, 3 mars 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Maladies infectieuses

La bonne compréhension de la pathogénie et du tableau clinique de la colibacillose nécessite le rappel de quelques notions bactériologiques.

1° Le colibacille se présente sous un extrême polymorphisme ;
2° Il est doué d'une extrême résistance ;
3° Il prolifère avec une rapidité remarquable dans les milieux les plus divers.
4° Il s'adapte sans peine à une réaction faiblement alcaline ou acide.
5° Il attaque les albuminoïdes en mettant en liberté de l'ammoniaque, de l'indol, du phénol et du scatol.

On peut dire que le colibacille n'est pas très agressif à l'état physiologique, dans les conditions de fonctionnement normal de notre organisme ; il existe vis-à-vis de lui, dans les parois de l'intestin comme dans les milieux humoraux, une excellente organisation défensive. Toute l'action pathogène du colibacille dépend de l'insuffisance de cette barrière.

La notion de la disparition de l'etanchéité intestinale domine le problème de la colibacillose. Le passage du colibacille dans la circulation, son élimination par les voies urinaires ou hépatiques, son action pathogène au niveau des différents organes, ne constituent en effets que des épisodes transitoires d'une affection essentiellement intestinale, dont le caractère principal est l'altération de la muqueuse devenue perméable non seulement aux microorganismes, mais encore et surtout à une foule de substances toxiques.

Le rôle pathogène du colibacille peut se manifester de quatre façons différentes : irritation intestinale, inflammations ou suppurations localisées, formation de foyers métastatiques, passage de toxines dans la circulation générale ; les deux premières sont exceptionnelles et donnent naissance à de simples infections épisodiques ; les deux dernières sont au contraire d'une grande fréquence.

La symptomatologie est extrêmement variable ; elle peut se dissocier en quatre groupes de symptômes : intestinaux, hépato-biliaires, urinaires, généraux.

Le traitement sera presque toujours un traitement de longue haleine ; des schémas thérapeutiques ont été proposés, alors qu'il n'existe pas de médication à tout faire.

Le premier résultat à obtenir sera la régularisation de l'intestin, soit la suppression de la constipation et surtout de la stase intestinale droite.

(G. Bickel. La colibacillose. Etude pathogénique et clinique. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 novembre 1934.)

Chirurgie

La fracture isolée de la première côte est rare ; en voici une, concernant une jeune femme de 24 ans et présentant un intérêt pour le diagnostic.

... Depuis trois ans elle se plaint de douleurs... qui prennent naissance dans la région sus-scapillaire droite. Elles s'irradient dans l'autre épaule et dans le bras correspondant. Elles sont constantes et augmentent par le travail, l'effort. La nuit, la douleur est assez intense pour empêcher le sommeil. Peu de temps avant l'installation de la douleur elle a subi une traction violente au niveau du bras droit. Mais à aucun moment son épaule n'a présenté de gonflement ni d'enflure, les troubles ont apparu peu après et ont augmenté progressivement. Elle ne se souvient d'aucun autre traumatisme... L'épaule droite est légèrement surélevée. Le bras droit n'est pas atrophié.

La mobilité de l'épaule et du bras droit est d'amplitude normale. Il en est de même de celle de la colonne cervico dorsale. A la palpation on provoque une douleur sur le milieu de la ligne qui unit l'apophyse épineuse de la septième cervicale et l'angle supéro interne de l'omoplate droite. La pression en avant du trapèze à la partie moyenne du cou est également sensible. C'est en ces points que se produit une douleur à l'inspiration profonde.

Les muscles du membre supérieur droit sont normaux ; il n'y a pas d'atrophie, ni d'hypotonie ; il existe une certaine hypertonie du trapèze droit. Les réflexes sont vifs et égaux des deux côtés. La sensibilité au tact

révèle l'existence de zones d'hyperesthésie en plaques sans topographie nerveuse périphérique ou centrale.

Les points névralgiques antérieurs, postérieurs et latéraux des nerfs intercostaux de D1 à D5 sont sensibles.

Il existe en outre une certaine myalgie disséminée...

La radiographie de l'épaule montre l'existence d'une fracture ancienne de la première côte, un peu en dehors du tubercule. On y voit un cal avec pseudarthrose...

(G. Leemans. Fracture isolée de la première côte. *Scapel*, 13 octobre 1934.)

La péritonite cryptogène à pneumocoques se manifeste principalement chez les petites filles jusqu'à 10 ans, qui représentent 64 % du matériel clinique (97 cas observés en Finlande).

Parmi les maladies antérieures il y a eu des affections respiratoires dans 21 cas et des affections abdominales dans 28 cas.

Le premier et le plus fréquent des symptômes abdominaux a été une douleur violente; les vomissements ont été fréquents; la diarrhée faisait défaut dans 30 % des cas.

Les symptômes abdominaux étaient plus marqués du côté droit (30 %).

Contrairement aux notions classiques, la tension abdominale était en général assez accentuée et souvent vive (42 %).

Le diagnostic clinique est possible, mais rarement sûr : il a été confirmé deux fois par ponction, 86 fois par intervention et 9 fois à l'autopsie.

La mortalité a été de 58 %.

(Y. Candolin. Meber die durch Pneumokokken und ihnen verwandte Bakterien verursachte kryptogenetische Peritonis. *Acta chirurgica scandinavica*, vol. LXXVI, supplementum XXXIV, Helsinfors 1934.)

Thérapeutique

L'hyposulfite d'or et de sodium a été utilisé en suspension huileuse dans 32 cas avec les résultats suivants : amélioration 13 (40 %), état stationnaire 9 (28 %), aggravation 10 (31 %).

Il présente la même activité et les mêmes inconvénients qu'en solution aqueuse.

Le meilleur sel d'or serait le solganal B.

(Fernando D. Gomez et Julio Cesar Negro. El aurotiosulfato de sodio en suspension oleosa. *Revista de tuberculosis del Uruguay*, tome IV, 1934, n° 3.)

L'aurothérapie par inhalation presente de nombreux avantages.

La tolérance est parfaite, à part une légère sensation de constriction thoracique dans des cas assez rares ; les hémoptysies représent toutefois une contre-indication.

Les résultats sont rapides tant au point de vue local que général.

La dose utile est de 2 milligrammes, ce qui rend le traitement très économique.

L'action serait particulièrement marquée sur le système réticulo endothelial.

(R. Hansen. Anrotherapia por inhalacion. *Revista de tuberculosis del Urugay*, tome IV, 1934, n° 3.)

L'alcool intraveineux est efficace dans les suppurations pulmonaires, mais il presente plus d'inconvénients que d'avantages dans la tuberculose pulmonaire.

Il diminue toutefois l'expectoration, sans avoir aucun effet sur l'état pulmonaire.

(Hernan D. Gonzalez et L. Charosky. La alcoholterapia en la tuberculosis pulmonar. Influencia sobre la expectoracion. *Prensa medica argentina*, 7 novembre 1934.)

Le vaccin de Friedmann a donné lieu à de nombreuses controverses ; Leonidas L. Silva a procédé à un examen objectif de la copieuse littérature existante et il conclut :

1° Il n'existe aucune base experimentale établissant l'action immunisante du vaccin de Friedmann chez les animaux de laboratoire ;

2° Les opinions les plus qualifiées sont unanimes pour nier toute efficacite du vaccin de Friedmann dans la tuberculose humaine ;

3° Les recherches de Szalai, faites à Pesterzsebet, établissent que le vaccin de Friedmann n'est ni preventif, ni curatif.

(Leonidas L. Silva. A proposito de la vaccina de Friedmann. *Revisia medica latino americana*, octobre 1934.)

La sérothérapie focale doit être appliquée dans tous les cas d'arthrites gonococciques.

Les formes cliniques, qui en bénéficient le plus, sont les hydarthroses, les formes suppurées et les formes pseudo-phlegmoneuses.

On utilisera la voie intra articulaire autant que possible ; en cas de difficultés insurmontables l'infiltration des tissus peri-articulaires avec le sérum convient également.

Si la quantité de sérum injectée dans la cavité articulaire est insuffisante pour diverses saisons, on la complète par la voie périarticulaire (sérothérapie focale combinée).

Enfin, quand la lésion articulaire se complique de lésions périarticulaires, il convient de compléter l'injection intra-articulaire par l'infiltration des tissus périarticulaires.

Comme il suffit de quelques jours pour apprécier le bénéfice de la sérothérapie focale antigonococcique, il convient de l'utiliser avant tout autre traitement et en particulier avant l'arthrotomie.

Les résultats se manifestent dans l'ordre suivant : sédation immédiate de la douleur, disparition de l'œdème et de l'infiltration périarticulaire, non reproduction de l'épanchement, mobilité articulaire et, pour terminer, rétablissement fonctionnel complet ; on arrive ainsi à la guérison complète de cette grave complication de la blennorragie.

(Juan Rizzo et Enrique A. Pierini. El tratamiento focal de las artritis gonococcicas por la seroterapia especifica. *Prensa medica Argentina*, 7 novembre 1934.)

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1935

Recto-colite primitive due au virus de la maladie de Nicolas et Favre (Virus lympho-granulomateux). — A l'ensemble de ces faits cliniques et expérimentaux, tendant à montrer que certaines anorectites végetantes ou sténosantes sont dues à la pullulation du virus de la maladie de Nicolas Favre, dans les lésions de la muqueuse anale et rectale, ***MM. P. Mocquot, C. Levaditi*** et ***L. Reinié*** ajoutent une nouvelle observation, dont l'interêt est indiscutable.

La piézographie directe et intantanée : nouvelle méthode sans inertie. — ***MM. D. M. Gomez*** et ***A. Langevin.***

Sur les emetiques de bismuth. — ***MM. Volmar*** et ***Revel.***

La reaction de lacto gelification serique dans la tuberculose. — ***M. W. Kopaczewski.*** — La gélification du sérum par l'acide lactique est nettement accélérée dans les formes évolutives de la tuberculose ; il semble que cette accélération traduit le degré d'atteinte de l'organisme par l'agent infectieux.

Les formes camouflées de l'infarctus du myocarde. — ***MM. Laubry G. Walser.***

Election de deux associés étrangers. — *Classement des candidats.* — En premiere ligne : M. JOHANSSON (de Stockholm), et lord MOYNIHAN (de Luds).

En seconde ligne : *ex-æquo* et par ordre alphabétique :

MM. SALIMBENI (d'Acquapendente), SHARPEY-SCHAFER (d'Edimbourg), DE QUERVAIN (de Berne), ROLLESTON (de Haslemere).

MM. JOHANSSON et MOYNIHAN sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1935

Un cas de kala-azar chinois : leishmanioses cutanées de formes variées. — ***MM. Pr. Merklen*** et ***L. Israël*** rapportent l'histoire d'un malade de 33 ans qui fit son service à Tien-Tsin, où il contracta un kala-azar que M. Galliard identifia effectivement comme dû à un virus leishmanien d'origine chinoise. Ce dernier est rare par rapport au kala-azar courant, d'origine méditerranéenne. Le tableau fut celui d'une anémie splénomégalique fébrile, avec hémorragies, hypotension, albuminurie. De plus une grande place revient aux accidents cutanés et sous-cutanés, véritables leishmanioses qui évoluèrent sous forme soit de poussées érysipélatoïdes sans bourrelet, soit d'œdèmes simples type Quincke, soit d'œdèmes avec érythème ou avec placards plus ou moins profonds ; ces leishmanioses semblent bien appartenir au kala-azar chinois, car on ne les note guère dans le kala-azar méditerranéen. Ne pas prendre les premières pour des érysipèles à répétition : ne pas prendre les œdèmes, épars, passagers et récidivants, pour des accidents de néphrite. Guérison par le stibyal et le néostibosane.

Un cas de kala-azar chronique chez un adulte. — ***MM. F. Rathery, M. Dérot*** et ***M. Conte*** rapportent l'observation d'un malade, Algérien, venu en France il y a deux mois et se plaignant de douleurs dans l'hypochondre gauche accompagnées de fièvre. On constata une hépato-splénomégalie avec anémie et leucopénie, hémorragies gingivales, formol-leucogélification positive ; on trouva quelques leishmania par ponction de la rate. Le malade reçut 45 centigr. d'anthiomaline, puis refusa toute thérapeutique et s'apprête à reprendre son métier de manœuvre. Les auteurs insistent sur l'amélioration spontanée considérable dans ce cas.

Un cas de pyocyanurie. — ***MM. P. Jacob*** et ***Aschkenasy*** présentent l'observation d'une malade porteuse d'un pyopneumothorax fistulisé dans les bronches et ayant déterminé un volumineux empyème de nécessité sous-claviculaire. Après pleurotomie, la plèvre se surinfecte par du pyocyanique et une décharge massive de pyocyaniques dans les urines amène pendant quelques jours l'émission d'urines brunâtres à l'émission, mais prenant à l'air dans le bocal une coloration presque noire à reflets verdâtres. Les urines se présentaient presque comme une culture pure de pyocyaniques sans pourtant qu'il y ait de signes cliniques ou cytologiques de suppuration urinaire. Quelques lavages pleuraux amènent en quelques jours la disparition de la coloration des urines.

La mesure de la vitesse de circulation dans l'insuffisance cardiaque. — ***MM. C. Lian*** et ***J. Facquet.*** — La mesure de la vitesse de circulation est un test important consistant à introduire dans le système veineux un produit dont on recherche l'apparition dans un endroit éloigné du point d'injection. En 1930, Lian, avec Mme Barass et Bréant, ont réglé dans ce but une épreuve à la fluorescéine, qu'ils ont appliquée à l'étude de l'insuffisance cardiaque.

Dans le présent travail, Lian et Facquet exposent les résultats qu'ils ont obtenus dans la mesure de la vitesse circulatoire par l'emploi de produits sapides proposés par divers auteurs étrangers : l'histamine (sensation acide ou métallique dans la bouche), la décholine (sensation amère), le saccharinate de soude (sensation sucrée). Leur préférence va au saccharinate de soude (3 à 5 c. c. à la concentration de 30 à 50 %).

Chez l'adulte sain, la vitesse circulatoire est de 12 à 18 secondes avec l'histamine, de 10 à 16 secondes avec la décholine et le saccharinate de soude.

De l'examen de cinquante cas d'insuffisance cardiaque, Lian et Facquet concluent que le retentissement de la vitesse circulatoire est constant dans l'insuffisance cardiaque, la vitesse est de 20, 30, voire même 40 ou 60 secondes. On conçoit toute l'importance diagnostique de cette remarque. Maints cas de dyspnée de diagnostic étiologique difficile deviennent immédiatement d'interprétation facile avec la mesure de la vitesse circulatoire.

Le degré du ralentissement circulatoire est en harmonie avec l'intensité et les variations évolutives de l'insuffisance cardiaque. Ce test fait découvrir des cas d'insuffisance cardiaque encore latents.

En conséquence la mesure de la vitesse circulatoire, par sa simplicité, son innocuité et son importance diagnostique mérite de passer dans la pratique courante.

La mesure de la vitesse circulatoire en dehors de l'insuffisance cardiaque. — ***MM. C. Lian*** et ***J. Facquet*** passent en revue diverses influences ou affections qui, en l'absence d'insuffisance cardiaque, sont susceptibles de faire varier la vitesse circulatoire.

La tachycardie accélère la vitesse circulatoire, toutefois la variation n'est importante que pour un chiffre de pulsations atteignant et dépassant 140. La bradycardie a une influence à la fois inverse et plus franche.

L'effort, la fièvre accélèrent la vitesse circulatoire.

Les affections pleuro pulmonaires, l'hypertension artérielle sont sans influence.

La maladie de Basedow accélère la vitesse circulatoire, tandis que le myxœdème la ralentit.

Enfin les grandes anémies sont considérées comme accélérant la vitesse circulatoire, que les polyglobulies diminuent.

Ces diverses remarques sont à prendre en considération dans chaque cas particulier pour l'interprétation du chiffre de la vitesse circulatoire.

Trois cas de sarcome musculo-aponévrotique traités à l'aide du virus-vaccin antirabique. — ***MM. J. Haguenau, L. Cruveilhier*** et ***L. Gally*** présentent trois malades atteints de sarcome musculo-aponévrotique qu'ils ont traités par la radiothérapie associée au virus-vaccin antirabique.

Les résultats très encourageants qu'ils ont obtenus semblent dus surtout à un effet de sensibilisation de la tumeur aux rayons. C'est ainsi que chez deux de leurs malades, les rayons qui avaient été inefficaces jusque-là ont eu une action très favorable après un traitement par le virus-vaccin.

Les auteurs font toutes réserves sur l'évolution ultérieure de ces cas. Bien qu'il s'agisse, d'après les pièces qu'ils ont présentées, de sarcomes, ils insistent eux-mêmes sur le fait que dans la série sarcomateuse, on peut avoir affaire à des tumeurs d'une malignité très différente.

Un cas de Sodoku. — ***MM. Cl. Gautier*** et ***Bissery.***

Trois cas d'érysipèle gangréneux. Étude clinique et bactériologique. — ***MM. A. Lemierre, H. Brocard*** et ***H. C. Pham*** ont observé trois cas d'erysipèle gangréneux dont deux ont été localisés à la face antérieure de la cuisse. Dans l'un d'eux, la mort est survenue avant que la lésion ait atteint son plein développement. Dans les sept autres, le processus sphacélique a gagné en profondeur la couche musculaire, menaçant les vaisseaux fémoraux. Cependant, la réparation s'est effectuée et la cicatrisation a été parfaite.

Ces deux cas ont été caractérisés par la production de fusées purulentes sous-cutanées et la formation d'abcès de voisinage sans communication avec l'ulcération gangreneuse.

Chez les deux premières malades, un bacille anaérobie spécial que les auteurs dénomment bacillus terebrans a été trouvé en quantité prédominante associé au streptocoque.

Chez le troisième malade, le streptocoque s'y trouvait associé à un staphylocoque doré. C'est à l'existence de ces associations microbiennes qu'a sans doute été due l'évolution gangréneuse des érysipèles.

Aucune de ces malades n'était hyperglycémique. Les hémocultures sont demeurées négatives. Le seul traitement qui ait paru doué d'une certaine efficacité a été les lavages et les pansements avec une solution de permanganate de potasse. Le pronostic de ces érysipèles gangréneux, même quand ils entraînent de profonds délabrements, ne paraît pas mauvais et il y a lieu de s'en souvenir si la question d'une amputation venait à être soulevée.

Spondylose et spondylisthésis. — ***MM. F. Coste*** et ***Morin*** présentent deux cas de spondylolyse, dont l'un compliqué de spondylolisthésis. Chez le premier malade, la spondylolyse, unilatérale, provoque une rotation et un déplacement latéral de la IVe vertèbre lombaire par rapport à la Ve. Il en résulte une scoliose lombaire inférieure, croisée par rapport à la névralgie sciatique dont le sujet était atteint.

Les auteurs insistent sur le rôle du traumatisme dans le déclenchement des algies et sur la nécessité habituelle du traitement orthopédique et chirurgical.

Tuberculose pulmonaire évolutive à type exsudatif, chez un sujet âgé ; réactivation d'un foyer éteint depuis cinquante quatre ans ; méningo encéphalite tubercu-

leuse terminale. — ***M. G. Caussade*** dégage les faits suivants de son observation concernant un sujet atteint de tuberculose pulmonaire à 15 ans et qui, à 71 ans, mourut de tuberculose pulmonaire évolutive compliquée de méningo-encéphalite tuberculeuse.

1° La tuberculose du vieillard est presque toujours le réveil d'une tuberculose plus ou moins ancienne (cinquante-quatre ans dans leur cas, sans le moindre épisode tuberculeux pendant cette longue rémission).

2° Ce réveil peut se faire dans des cicatrices scléreuses de vieille date où le bacille tuberculeux peut se réactiver et d'où il peut essaimer, constatation importante pour les expertises à faire en vue d'une pension.

3° Si, le plus souvent, ces réveils sont provoqués par des causes évidentes (traumatismes, infections ou affections diverses) il est possible, en leur absence, d'invoquer des modifications sanguines ; ainsi, chez leur sujet, les auteurs ont observé quelque temps avant la reprise de la tuberculose, la diminution d'une leucocytose (de 28.000 à 14.000) et la monocytose (de 24 à 12).

4° Le terrain sénile n'est pas réfractaire à la tuberculose, malgré la déchéance organique ; et ont peut avancer que la résistance de l'individu n'augmente pas avec l'âge. Ainsi le vieillard est exposé aussi bien aux formes chroniques et torpides de la tuberculose pulmonaire qu'aux formes aiguës et exsudatives, et même, à la dissémination des bacilles tuberculeux hors des poumons (dans les os, les intestins, le larynx et les méninges).

5° Il est possible encore qu'il y ait une réactivation des bacilles anaérobies, telle la bronchite putride observée à la période terminale de l'infection tuberculeuse de son patient.

Trois cas de kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon. — ***MM. Sergent, H. Durand, R. Kourilsky*** et ***Patalann*** présentent trois cas de kystes congénitaux isolés du poumon révélés par la suppuration du kyste. Celle-ci se présentait tantôt comme une suppuration pulmonaire, tantôt comme une suppuration pleurale enkystée. Les signes radiologiques distinctifs étaient d'une part la netteté régulière des contours, d'autre part la persistance invariable de l'image radiologique quel que soit le stade de l'évolution. Le diagnostic fut posé à l'intervention par la constatation d'une poche fibreuse inextensible lisse et régulière également impossible à extirper et à comprimer chirurgicalement. Les coupes histologiques de la paroi ont montré dans les deux cas où elles ont pu être pratiquées la dysplasie bronchique typique décrite dans les bronchectasies congénitales. Les auteurs insistent sur la coexistence d'une dysplasie artérielle concomitante, également congénitale, expliquant la fréquence des accidents hémorragiques constatés dans les trois observations.

Séance du 1er mars 1935

Variations de la leucocytose et de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux selon le niveau du prélèvement. — ***MM. A. Sézary*** et ***A. Barbé*** ont comparé chez quinze paralytiques généraux la teneur du liquide céphalo-rachidien en leucocytes et en albumine aux régions lombaires, sous-occipitale et dorsale. Dans neuf cas, le liquide lombaire s'est montré plus riche en leucocytes que le liquide sous-occipital. Mais, deux fois, le chiffre des éléments était le même et trois autres fois, il était plus élevé à la région sous-occipitale. Les variations de l'albumine sont moins marquées, mais cependant possibles et non nécessairement liées à celles de la leucocytose.

En pratiquant des ponctions dorsales, les auteurs ont le plus souvent trouvé la région à partir de laquelle se modifient, dans un sens ou dans l'autre, la leucocytose ou l'albuminose. De même, en faisant des prélèvements massifs de 60 à 80 c. c. de liquide, qu'ils ont recueilli par fractions de 5 c. c., ils ont constaté que le taux des leucocytes et de l'albumine était différent selon les tubes examinés, sans règle constante. Cependant, dans les tubes correspondant au liquide de la région dorsale, il y a généralement une baisse qui semble bien en rapport avec la rareté des réactions inflammatoires de la moelle à cet endroit.

Il n'y a donc pas de rapport constant, à l'état pathologique, entre la leucocytose, pas plus qu'entre l'albuminose, du liquide céphalo-rachidien, selon le niveau du prélèvement. En particulier, il n'y a pas toujours de différence de même sens entre les liquides sous occipital et lombaire.

Les auteurs attribuent les irrégularités constatées à l'existence de foyers de méningite isolés ou prédominants dans certains points de la moelle.

Deux nouveaux cas d'ictère par cholédocite, traités par tubages du duodénum. — ***MM. M. Brûlé, Jean Cottet Albert Netter*** apportent deux nouvelles observations de ces ictères infectieux qu'ils cherchent à différencier des ictères par hépatite et qu'ils croient pouvoir attribuer à des obstructions inflammatoires du cholédoque.

Chez les deux malades, on retrouve cette hépatomégalie accentuée évoluant parallèlement à l'ictère, comme dans les obstructions cancéreuses ou lithiasiques du cholédoque. Par contre, la splénomégalie, qui existait dans les quatre cas antérieurement publiés manquait ici. Des dosages répétés de la biliburine et des sels biliaires dans le sang montrèrent que les deux éléments de la bile étaient retenus proportionnellement, comme dans les obstructions cholédociennes, tandis que la rétention biliaire est souvent partiellement dissociée dans certaines hépatites ictérigènes.

L'épreuve de la diurèse provoquée permit de s'assurer que le métabolisme de l'eau restait normal, comme dans les obstructions cholédociennes, tandis qu'il est profondément troublé dans les ictères par hépatite. L'épreuve de la galactosurie alimentaire fournit une réponse normale, dans les cas où elle fut pratiquée, tandis qu'on admet qu'elle montre une élimination anormale du galactose dans les hépatites.

La guérison fut obtenue par tubages du duodénum et l'on put s'assurer chez l'un des malades, que la rétention biliaire ne diminuait que lorsque le sulfate de magnésie avait pu être instillé dans le duodénum.

Infiniment plus rares que les ictères infectieux par hépatite, ces ictères par cholédocite n'apparaissent cependant plus actuellement comme exceptionnels. Il importe de les savoir diagnostiquer puisque le tubage du duodénum, pratiqué assez précocement, les guérit et évite l'intervention chirurgicale.

A propos des cholédocites. — ***MM. Etienne Chabrol*** et ***Boris Klotz*** ont toujours pensé que l'ancienne conception de la cholédocite ictérigène devait garder sa place en regard de la théorie moderne de l'hépatite.

Il est un groupe de cholédocites chirurgicales qui ne prête guère à contestations : ce sont les péricholédocites diffuses ou parcellaires, les scléroses interstitielles n'intéressant que la paroi du conduit, les papillites localisées à l'ampoule de Vater, les cicatrices d'un ulcère de voisinage. Les auteurs relatent un exemple de ces rétrécissements inflammatoires qui donnent au palper la sensation d'un cholédoque en tuyau de pipe et sont inaccessibles au drainage de Kehr.

En faveur des cholédocites médicales qui ne disposent que d'arguments de présomption, on peut faire valoir la guérison rapide de certains ictères prolongés sous l'effet du drainage des canaux biliaires par la sonde duodénale ou la cholécystostomie.

Le tubage d'Einhorn bénéficie souvent d'heureuses coïncidences ; les auteurs ne retiennent à son actif que deux observations vraiment démonstratives durant la période de quinze années où le tubage duodénal fut systématiquement pratiqué dans leur service sur des centaines d'ictériques du type catarrhal ; un assez grand nombre d'entre eux étaient porteurs d'une hépatomégalie. Le gros foie n'est point toujours le reflet d'une obstruction momentanée du cholédoque : il peut traduire une poussée évolutive d'hépatite sous l'action des virus ictérigènes.

Les suites immédiates de la cholécystostomie sont plus impressionnantes. Dans un cas d'ictère infectieux prolongé, observé par Chabrol, Brocq et Porin, tout se passa comme s'il existait un obstacle cholédocien. La fistule vésiculaire donna immédiatement une bile très riche en pigments, mais pauvre en sels biliaires et en extrait sec. Les matériaux solides de la bile n'augmentèrent que lorsque les fèces eurent repris leur couleur normale et que le cycle antéro hépatique fut rétabli. Ces débâcles immédiates de bile noire s'expliquent difficilement dans l'hypothèse d'une hépatite ictérigène, à l'heure où sous l'effet de l'anesthésie et du shock opératoire, les lésions de la cellule du foie n'ont que trop de tendance à subir une aggravation. La thèse récente de Benoit relate un certain nombre de ces observations paradoxales que l'on peut interpréter en faveur d'une obstruction momentanée des voies biliaires.

A propos de la migraine duodénale. Deux faits inédits et longuement suivis pouvant s'y rapporter. — ***MM. Denéchau*** et ***R. Bonhomme*** (d'Angers).

Un cas d'érythème noueux avec primo-infection tuberculeuse bénigne chez l'adulte. — *MM. Paul Jacquet, Stéphane Thieffry* et *André Hau* rapportent un cas de primo-infection tuberculeuse bénigne chez une femme de vingt-huit ans, fixée depuis neuf ans dans l'agglomération parisienne, cette femme étant toujours bien portante, dix mois après la date connue du contact infectant.

Précédant l'apparition des réactions tuberculiniques et de l'image ganglio-pulmonaire caractéristique, est apparu l'érythème noueux avec une fébricule modelée sur les poussées éruptives, s'accompagnant d'une conjonctivite phlyc'énulaire double faisant présumer que la contagion s'est faite par la voie oculaire.

Ce cas diffère des observations jusqu'ici peu nombreuses de primo-infection à évolution bénigne chez l'adulte par l'absence de fièvre prémonitoire à typho-bacillose, l'éruption étant apparue d'autre part, comme il est fréquent chez le nourrisson, au cours d'une période anté-allergique de trois mois. Transposée sur le plan de la première enfance, cette observation constituerait un véritable schéma.

Calculs cholédociens, ictère par rétention et ulcère perforé du duodénum. — *MM. P. Carnot* et *J. Caroli*. — Chez un lithiasique d'ancienne date sont apparus simultanément un ictère par rétention symptomatique d'une obstruction calculeuse du cholédoque et des signes de péritonite diffuse consécutifs à la perforation d'un ulcus duodénal dont le diagnostic fut fait grâce à la constatation radiologique d'un décollement gazeux sous-diaphragmatique.

L'intervention, suivie d'autopsie, montra le contraste entre l'ancienneté des calculs biliaires cadrant avec le long passé lithiasique et le caractère jeune, souple, non scléreux de deux ulcérations duodénales dont l'une était perforée.

Ces constatations font penser que l'ulcère duodénal doit être considéré dans ce cas comme une lésion secondaire à l'ictère.

Il semble que l'on puisse interpréter de même certaines observations antérieures, publiées comme forme ictérique de l'ulcère duodénal et certains cas d'hémorragies digestives survenant au cours des cirrhoses biliaires.

Leur pathogénie semble créer un lieu d'analogie entre ces lésions et les ulcères gastro-duodénaux expérimentaux obtenus par dérivation du cours de la bile.

Sclérose latérale amyotrophique chez un acromégalique. — *MM. P. Léchelle, A. Thévenard* et *M. Coste* présentent un homme de 34 ans, chez qui existent juxtaposés les signes d'une sclérose latérale amyotrophique indubitable avec participation bulbaire, et ceux d'une acromégalie que démontre l'examen de la face et des extrémités (des mains en particulier). La maladie de Charcot évolue depuis quelques mois à peine. L'état acromégalique paraît au contraire constitué et stabilisé depuis plus de dix ans. L'association chez le même malade de ces deux affections dépourvues de connexions ne semble pas avoir encore été observée.

Sur un cas de poliomyélite antérieure subaiguë. Essai de transmission au singe. — *MM. Troisier, M. Bariéty, J. Bertrand, P. Gabriel* et *G. Brouet* relatent un cas cliniquement démonstratif et anatomiquement vérifié de poliomyélite antérieure subaiguë de l'adulte. Histologiquement, il n'existait pas trace de sclérose des contours latéraux ; il y avait seulement une réduction numérique massive des cellules des cornes antérieures.

A partir de cette moelle prélevée aseptiquement, les auteurs ont cherché à réaliser une maladie expérimentale du singe. Sur un Patas mort subitement cinq semaines après l'inoculation, ils ont pu déceler des lésions bulbaires, mais d'un type très particulier. Il s'agissait d'un astrocytome fibrillaire et non de lésions poliomyélitiques. La filiation entre la lésion humaine et la maladie du singe est donc des plus discutables.

M. [illegible]*af*, en collaboration avec M. Sicard, a eu l'occasion d'étudier expérimentalement la maladie de Charcot. Dans trois cas, l'inoculation au singe n'a donné aucun résultat.

Michelle Zagdoun-Valentin

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 février 1935

Un cas d'érysipèle récidivant, avec septicémie grave traité avec succès par le sérum antistreptococcique de H. Vincent. — *MM. G. Caussade* et *C. Chuche* insistent sur les particularités suivantes de leur observation : 1° Au début et pendant la majeure partie de l'évolution (35 jours) l'emploi de doses faibles de sérum anti-streptococcique de H. Vincent (60 c. c. au maximum) injectées d'une manière discontinue à intervalles de plusieurs jours et même d'une semaine, a constitué un traitement insuffisant. Deux érysipèles successifs ont rapidement disparu, mais les effets de cette thérapeutique furent intermittents et incomplets, vu la persistance de l'hyperthermie et des phénomènes d'infection générale ; 2° L'administration de médications anti infectieuses adjuvantes (cuivre, electrargol) fut plutôt nuisible qu'utile en empêchant la formation d'anticorps ; 3° Néanmoins vers le vingt-neuvième jour, alors que l'état général était grave et même désespéré (hyperthermie, torpeur, pouls petit et défaillant, battements cardiaques faibles et assourdis, oligurie très basse) les auteurs obtinrent la guérison rapide (4 jours) malgré deux doses faibles (30 c. c., 20 c. c.) de sérum antistreptococcique de H. Vincent. Mais, au préalable, avaient été prescrits des tonicardiaques des diurétiques, du sérum glucosé et pratiquée une saignée qui cependant prescrits antérieurement, n'avaient eu qu'une action passagère et peu efficace. Si ce fait comporte des déductions au point de vue pratique, il offre aussi de l'intérêt quand on veut élucider sa pathogénie.

L'action vasculaire du venin de cobra. — *M. N.-T. Koressios* expose l'historique de ses recherches qui ont abouti à la constatation d'une propriété tout à fait prépondérante du venin de cobra : celle de produire une vaso-dilatation périphérique, indépendamment du vague, par action probable sur le méta-sympathique. Partant de cette constatation chez les animaux de laboratoire, l'auteur a appliqué le traitement par le venin de cobra, avec des résultats très satisfaisants, à des cas d'hypertension artérielle d'origine vasculaire, rénale ou autre et à des affections vasculaires du fond de l'œil telles que capillarites, thromboses veineuses ou artérielles, hémorragies, etc... Dans ces derniers cas, l'on constate des améliorations immédiates et persistantes de l'acuité visuelle.

A propos du traitement des ascites cirrhotiques. — *M. Challamel* rappelle la synergie ; *apozème* de légumes et de céréales *achloruré* et vins d'oignons, qu'il a prôné il y a vingt ans, et qui donne les résultats les plus favorables lorsque les reins sont *très fermés* pour le chlorure de sodium et que néanmoins la cirrhose n'est pas à sa dernière période.

Emploi de la digitaline à doses prolongées. Indications thérapeutiques. — *M. Roland Leven* présente un travail sur l'action de la digitaline à doses prolongées sur certaines tachycardies. L'expérimentation a porté uniquement sur des malades sans cardiopathie.

L'auteur utilise soit la digitaline à la dose de dix gouttes par jour, soit l'association un tiers digitaline, deux tiers ouabaïne à la dose de trente gouttes par jour et il poursuit le traitement jusqu'à disparition de la tachycardie. Pour éviter l'action irritante du médicament sur la muqueuse gastrique, il répartit la dose journalière en cinq ou six prises.

Le retour à la normale du nombre des pulsations est obtenu dans quelques cas rapidement en huit à dix jours ; mais il est parfois nécessaire d'atteindre un total de cinq cents gouttes de digitaline ou quinze cents gouttes de digitaline-ouabaïne. Les résultats obtenus persistent au cours des mois qui suivent le traitement et demandent exceptionnellement pour être maintenus, des cures complémentaires.

Au cours de son exposé l'auteur aborde la question de l'accumulation et arrive à la conclusion que l'accumulation est discutable et que de petites doses prolongées n'entraînent aucun accident.

Les résultats sont quasi constants et portent à la fois sur la suppression de la tachycardie et l'élévation de la tension artérielle.

Marcel Laemmer

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 février 1935

Hémispasme facial d'origine dentaire. — ***M. M. Dechaume*** rapporte l'observation d'un malade qui présentait depuis trois ans un hémispasme facial, la guérison fut obtenue par la simple extraction d'une racine de molaire supérieure.

Paralysie faciale de type periphérique d'origine dentaire. — ***M. M. Dechaume*** parle d'une paralysie constituee depuis sept jours. Les reactions sérologiques étaient négatives. La guérison fut obtenue en deux semaines par l'extraction de racines infectées du maxillaire superieur du côté de la paralysie.

L'anesthésie au rectanol, la transfusion sanguine, l'inhalation du carbogène. Eléments de succès de l'opération dans les cas graves. — ***MM. Dupuy de Frenelle*** et ***Bécart*** sont d'avis que chez un sujet peu resistant atteint de bronchite ou de broncho pneumonie chez un enfant craintif, indocile, atteint de broncho-pneumonie ou de bronchite double, le lavement au Rectanol est le procedé d'anesthesie générale le plus inoffensif, à la condition de donner la dose minima — d'administrer le lavement très lentement, de retirer la solution restant dans le rectum dès que l'assoupissement est obtenu — de faire un lavage d'intestin prolonge si l'assoupissement devient un sommeil profond.

L'urémie et l'albuminurie ne sont pas des contre-indications absolues à la transfusion faite avec l'aide du transfuseur électrique. Pour sauver un sujet qui présente une syncope respiratoire grave il faut prolonger l'inhalation du carbogène pendant plus de douze heures, en faisant passer de 1.000 à 4.000 litres de carbogène dans le poumon. Ces inhalations intensives n'ont pas d'inconvénient au point de vue pulmonaire et cardiaque.

La douleur (*Considérations générales*). — ***M. Cauvy*** dit que la douleur qui constitue souvent le symptôme prédominant dans les maladies du système nerveux est susceptible de varier à l'infini suivant les crises qui la produisent et suivant les sujets. La douleur s'exprime sous des tonalités et des nuances les plus diverses mais, au point de vue *pathogénique*, il semble que l'on puisse dans la plupart des cas invoquer un même phenomène de *compression*. Toutefois cette compression ou excitation sensitive ne constitue que la première partie d'un réflexe ; en dernier ressort c'est toujours la corticalité cérébrale qui perçoit, localise et transforme l'impression reçue en sensation ; d'où il resulte que chaque sujet souffre à sa manière. La douleur est donc un phenomène complexe et c'est cette complexité même qui fait mieux ressortir l'importance des cures hydro-minérales (type Lamalou ou Néris par exemple) qui joignent à de précieuses propriétés sédatives une action modificatrice du terrain organique.

Nouvelle pince à biopsie. — ***M. A. Grimberg*** présente une pince à biopsie qui, par le moyen de deux petits crochets terminaux, permet de fixer l'organe et facilite la biopsie.

Les courants exponentiels de basse fréquence, courants de similitude. — ***M. Le Go*** démontre que les courants exponentiels de basse fréquence tendent a reproduire les courants d'action du nerf par toute excitation. Ces courants répondent donc à une thérapeutique de similitude et de suppléance et offre des perspectives d'excitation élective de tous les tissus.

Le repérage operatoire en chirurgie réparatrice mammaire. — ***M. Claoué*** montre que la glande mammaire est une glande cutanée Elle est mobile. Le repérage préopératoire ou au cours même de l'intervention ne peut être que l'expression de fils conducteurs appartenant à la peau ou à la région mammaire. Claoué situe dans la majorité des cas la position du mamelon au niveau ou au-dessous de l'entrecroisement d'une ligne horizontale médio-sternale, elle-même le situe celles menees par les bords supérieurs et inférieurs de la glande.

G. Luquet

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Argyrisme cutané par abus de sels d'argent ingérés par des troubles intestinaux

M. Cayla (*S. de Péd.*, 15 janv. 1935) présente deux frères de 10 et 8 ans, dont la peau et les muqueuses ont une coloration ardoisée. Depuis 3 ans 1/2 ils ont ingéré pendant quinze jours par mois un sel d'argent à la dose de 7 centigr. d'argent métal par jour. On peut évaluer, à 30 ou 40 gr. la quantité totale d'argent métal absorbée. La colite qui avait motivé au début ce traitement n'a plus jamais reparu.

Un cas d'apnée chez un nouveau-né

M. M. Ribadeau-Dumas et Mme Spire-Weill (*S. de Péd.*, 15 janv. 1935) communiquent l'observation d'un nouveau-né très débile ayant présenté des crises d'apnée. L'autopsie révéla une hémorragie méningée intéressant particulièrement les régions du vermis inférieur et du quatrième ventricule.

Métastases du cancer du sein chez un homme

M. Durand-Dastès (*S. de méd., ch. et ph. de Toulouse*, janv. 1935) a eu l'occasion de voir en septembre 1934 un homme de 61 ans opéré en 1933 d'un cancer du sein gauche, qui présentait des métastases au niveau du creux sus-claviculaire gauche, du sternum et de l'orbite, ayant déterminé en même temps qu'une exophtalmie complète des céphalées extrêmement tenaces localisés à la région pariétale gauche. Le traitement radiothérapique institué (16.000 R. Solomon), n'améliora que très peu le malade, qui continua à souffrir et à se cachectiser.

Quelques essais de traitement de l'hypertension artérielle par la vagotonine de Santenoise

MM. Bouchut et R. Froment (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 22 janvier 1935) rapportent les résultats obtenus par le traitement vagotonique prolongé de 11 malades. Ils eurent dans trois cas échec complet de la médication ; dans cinq cas ils observèrent une baisse tensionnelle notable, mais celle-ci fut seulement transitoire ; dans trois cas enfin la baisse tensionnelle fut assez stable. Les auteurs ont été frappés par l'existence au cours du traitement de quelques incidents : syncopes, apparition d'un bruit de galop, hémiparésie, qui semblent bien indiquer que la baisse tensionnelle obtenue par la vagotonie n'est pas toujours bien tolérée.

Action antiseptique de la résine et des baumes résines

M. Ch. Borde (*S. de méd. et de chir. de Bordeaux*, déc. 1934), attire l'attention sur le baume du commandeur, ancien typique, presque délaissé aujourd'hui, et qui agit pasr ses baumes résines. La simple colophane possède aussi une action antiseptique, que l'auteur démontre par la conservation sans odeur pendant deux mois d'urines normales. Il utilise le baume, le brai et la colophane avec succès comme antiseptiques externes depuis longtemps.

Confusion mentale chez un syphilitique simulant la paralysie générale. Syphilo psychoses et psychopathies de coïncidence

M. Feuillade (*S. nat. de méd. et des S. méd. de Lyon*, 23 janvier 1935) montre que l'apparition d'une psychopathie chez un sujet spécifique avéré entraîne souvent de grandes difficultés diagnostiques. Il ne faut pas, en effet, faire un diagnostic trop rapide de paralysie générale, malgré une sérologie très positive du liquide céphalo-rachidien ; un syphilitique peut être un mental tout comme un autre. De plus, le rôle de la syphilis dans l'apparition du syndrome mental est discutable : il convient de différencier d'une part les syphilo-psychoses et d'autre part les psychopathies de coïncidence.

— M. Jacod souligne que chez le malade qui fit l'objet de cette présentation, il s'agissait de troubles apparus à l'occasion d'une angine phlegmoneuse. Il a observé des cas où chaque poussée de sinusite s'accompagnait de troubles confusionnels.


PASTA PALM
LAXATIF ET
PURGATIF
APPETISSANT
A BASE DE FRUITS
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, Rue de Rome, PARIS 8e
Pasta Palm
FIGUES
RAISINS


GRAINS ANISÉS
CHARBON TISSOT
FORME PARFAITE DU
CHARBON DE PEUPLIER
Agglomérés au gluten, aromatisés à l'anis
RÉALISENT
le Véritable Traitement de l'irritation
et de l'infection intestinales
AGISSENT
par leur forme ;
par leur volume (division du bol digestif et fécal) ;
par leur arome (anis) ;
par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Causes de la Constipation
Très bien supporté
à tous les âges, ainsi que dans
la grossesse et l'allaitement
34, Bd de Clichy, Paris
L'activation d'un Charbon médicinal tient autant à sa forme qu'à sa pureté.
Figure montrant la marche et l'action progressive des Grains anisés de Charbon Tissot dans l'estomac et l'intestin.


DIGÈRENT TOUT
Viandes, Graisses, Légumes, Féculents
ASSIMILATION TOTALE
Reposent le Foie et le Pancréas
à tous les âges
PILULES - ÉLIXIR
DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
Elixir très agréable
Toutes les Maladies ou Fatigue stomacale
Pepsine, Pancréatine, Diastase
activées
DOSE : 2 ou 3 pilules après les repas
ou un verre à liqueur d'élixir.
TRÈS AGRÉABLE

CORRESPONDANCE

A propos des médecins et des étudiants en France

Nous avons reçu la lettre suivante :

La campagne que mènent contre les étrangers nos étudiants en médecine ne peut pas avoir de fâcheux effets hors de nos frontières, si cette campagne est bien comprise.

Cette campagne n'est nullement xénophobe, les étudiants ont été unanimes sur ce point, et M. le Professeur Achard déplace la question en la jugeant comme telle.

Ce mouvement n'a pas été dirigé contre les étudiants étrangers en général, mais contre ceux qui profitent des facilités accordées par notre Gouvernement pour, leurs études terminées, s'installer en France, et prendre ainsi la place qui devrait revenir de droit à l'étudiant français.

Voilà la seule raison de la grève des étudiants en médecine, et vouloir lui en attribuer d'autres, prouve que l'on méconnaît la question de la pléthore médicale causée par les étrangers.

Il y a aujourd'hui au moins 20 % de médecins étrangers installés dans la France entière, et plus de 25 % installés à Paris et dans la Seine.

Les exemples illustrent toujours un exposé ou une démonstration, permettez-moi de vous citer celui de Saint-Ouen, que je connais bien entre tous, puisque c'est dans cette banlieue rouge que j'ai la grâce d'exercer mon art.

En 1931, il y avait un médecin soi-disant roumain, naturalisé français en 1930. En 1935 il y a six médecins étrangers non naturalisés, dont cinq soi-disant roumains, contre quinze français.

Fin 1934 nous étions encore seize français, en 1935 nous ne sommes plus que quinze, le seizième ou plutôt la seizième puisque c'était une doctoresse française, a dû quitter la ville, n'y gagnant plus sa vie.

Six contre quinze la proportion est belle, et Saint-Ouen est un exemple entre mille.

Je connais une localité de banlieue où les Etrangers dépassent en nombre les Français.

Et presque toujours ces Etrangers sont des Orientaux sans feu ni lieu, venus on ne sait d'où, voilà la vraie, la seule raison de la grève des étudiants en médecine.

Ils veulent pouvoir vivre, de leur profession, dans leur pays et déjà aujourd'hui les médecins français ne le peuvent plus. Comment vivront-ils demain ?

N'est-ce pas pourtant la première des justices ? de pouvoir vivre sous un ciel qui est le nôtre.

Docteur F. QUERRIOUX

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par çy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La Renaissance humorale. — Sous ce titre M. Auguste Lumière vient de publier (1 vol. in-8°, prix : 20 fr., Sézanne éd., Lyon) un volume de 200 p. où il développe sa thèse sur l'humorisme rationnel fondé sur la théorie colloïdale et expose les magnifiques résultats que son application a donnés jusqu'ici.

En voici les conclusions :

I. Depuis les temps les plus reculés jusqu'au milieu du siècle dernier, les médecins ont généralement attribué la cause de certaines maladies à la viciation des humeurs. Les théories élaborées dans ce sens, durant cette longue période, n'étaient que des vues de l'esprit sans aucun fondement solide ; elles ont été fort nombreuses et ont donné lieu à d'interminables discussions.

II. A la suite de l'épanouissement des sciences physiques et chimiques, et grâce aux méthodes de laboratoire qui en ont été la conséquence on a pu parvenir à analyser les matériaux constitutifs des liquides de l'organisme et à en déterminer les constantes physiques. On a réussi à doser leurs protéines, leurs sels, leurs lipoïdes, leurs constituants minéraux et organiques, à mesurer leurs caractéristiques physiques : densité, viscosité, tension superficielle, conductibilité électrique, indice réfractométrique, etc., et à montrer que les perturbations dans cette composition et dans ces constantes des humeurs étaient la conséquence et non la cause des états pathologiques, ces humeurs dérivant des cellules, des tissus et de leur fonctionnement métabolique.

III. D'ailleurs, les biologistes avaient remarqué que les changements que l'on peut apporter expérimentalement dans les taux des éléments humoraux et dans leurs propriétés, en se tenant dans les limites où ces changements se produisent effectivement, ne sont jamais capables d'engendrer les symptômes des affections aiguës ou chroniques. Cette constatation devait conduire à abandonner complètement la théorie humorale des maladies.

IV. Cet abandon a été à ce point total que les Traités classiques ne font plus jouer aucun rôle aux humeurs, dans la pathogénie des entités morbides, quelles qu'elles soient, et, à s'en tenir aux modifications des éléments ou des propriétés constatées jusque-là dans les liquides de l'organisme, ce délaissement était parfaitement justifié.

V. Cependant, parmi les innombrables réactions dont les humeurs sont le siège, il n'est point admissible qu'il ne s'en rencontre pas quelques-unes qui soient capables de donner lieu à

la formation de précipités dans le sang. L'état colloïdal de certains matériaux plasmatiques est inéluctablement détruit, sous des influences multiples, et cette destruction se traduit par des floculations dont nul n'avait songé à étudier les effets.

VI. Ces précipitations se produisent incontestablement par l'action, sur le plasma, de certaines substances toxiques et des produits d'excrétion des microbes pathogènes ; elles se forment quand l'antigène imprègne de nouveau les sujets anaphylactisés et aussi dans le mélange de certains colloïdes incompatibles, comme dans l'écrasement des tissus, etc., etc....

VII. Or, nous avons démontré que la production ou l'introduction brusque de particules solides dans la circulation a pour conséquence le dérèglement immédiat de toutes les fonctions de la vie organo-végétative commandées par le système nerveux sympathique.

Chute de la tension artérielle, congestions, suffusions sanguines, hémorragies, prurit, hoquet, vomissements, diarrhée, sialorrhée et hypersécrétions glandulaires, troubles de la respiration, de la circulation, de la calorification, de la nutrition, de l'équilibre, de la sensibilité, de la mobilité, du psychisme, paralysies, convulsions, sont susceptibles d'être provoqués, à tous les degrés, par la simple introduction d'un floculat dans les veines qui peut même, s'il est convenablement agressif par la forme de ses éléments et s'il est assez abondant, déterminer le coma et la mort.

VIII. Dans toute cause qui déclenche des accidents aigus, on constate qu'il y a formation de floculats plasmatiques, et toutes les fois qu'un précipité se produit brusquement dans le sang, ces accidents éclatent. Nous sommes bien forcé de conclure alors que ce sont les précipités qui sont responsables des grands symptômes pathologiques observés dans les maladies aiguës.

IX. Tous ces phénomènes résultent d'une irritation produite par les particules solides sur les terminaisons endo-vasculaires du sympathique, qui perd ainsi son merveilleux pouvoir de maintenir les fonctions vitales dans leur équilibre normal. Plus l'excitation est soudaine, plus le dérèglement fonctionnel est profond et plus sévères sont les accidents.

Le tissu nerveux sympathique est d'ailleurs susceptible d'accoutumance, en sorte qu'une irritation violente rend inopérante une autre action analogue survenant à court intervalle.

X. En dehors des affections aiguës dont la symptomatologie est liée à la destruction massive et soudaine de colloïdes sanguins, l'usure normale des matériaux colloïdaux des humeurs, leur précipitation lente par les diverses substances floculantes qui parviennent à pénétrer dans le milieu intérieur, ont bien pour conséquence la présence constante dans le torrent circulatoire de particules solides, douées des mêmes propriétés vis-à-vis du tissu nerveux, mais ces particules sont habituellement trop peu abondantes pour provoquer une excitation suffisante, capable d'entraîner le cataclysme fonctionnel.

Il existe donc un régime normal de floculation, qui n'a pour effet que de maintenir le tonus sympathique à un degré donné.

XI. Assez fréquemment cependant, le taux des floculats, tout en restant trop faible pour dérégler les grandes fonctions, peut dépasser les proportions habituelles. Dans ces cas, aussi longtemps que l'intégrité des organes est complète, que les vaisseaux ont conservé leur souplesse, que des lésions locales ne se sont pas installées en différents points de l'organisme, les précipitations anormales franchissent les réseaux vasculaires sans déterminer le moindre trouble, mais si certaines régions sont frappées de sclérose, si une hypersensibilité particulière aux excitations s'est produite au niveau de certains appareils organiques, ceux-ci réagiront à l'irritation par les floculats et les symptômes locaux des affections chroniques vont aussitôt se manifester.

Si l'hypersensibilité régionale porte sur l'appareil broncho-pulmonaire, par exemple, la précipitation déclenchera un accès d'asthme.

XII. Un facteur nouveau, dont on n'avait pas tenu compte, peut donc apparaître dans les humeurs : c'est la floculation, qui devient la cause prochaine de nombre d'états pathologiques : la médecine humorale, sous une forme rationnelle rénovée, reprend donc ses droits.

XIII. Et cette conception permet de comprendre les énig-

mes médicales qui restent impénétrables sans son secours. Cette notion nous explique pourquoi un agent unique peut causer des affections fort diverses : pourquoi plusieurs agents, essentiellement différents, sont capables d'engendrer une même maladie ; pourquoi un remède déterminé peut guérir plusieurs affections les plus dissemblables ; pourquoi plusieurs médicaments totalement disparates peuvent guérir un même syndrome, et pourquoi les grands symptômes des maladies aiguës présentent une remarquable similitude. C'est parce que tous ces phénomènes ont un facteur commun : le floculat.

XIV. Les précipitations humorales, qui sont à la base des affections aiguës ou chroniques et qui résultent le plus souvent de la destruction de l'état colloïdal de certains éléments plasmatiques, peuvent avoir des causes spéciales et dépendre aussi d'une cause générale.

Les principaux facteurs spéciaux de la floculation sont les intoxications, les infections, l'anaphylaxie, les dysfonctions organiques et endocriniennes, les traumatismes, les stases, les émotions, la saturation plasmatique de certaines substances peu solubles, etc.

Le facteur général est l'instabilité humorale.

XV. La thérapeutique humorale a pour objet de faire cesser les causes de floculation ou de remédier à leurs effets et aussi de conférer aux humeurs une fixité qui les empêche de précipiter sous les moindres influences.

XVI. C'est en appliquant ces principes que l'on peut guérir un nombre considérable de maladies chroniques, contre lesquelles les méthodes classiques échouent généralement.

XVII. Nous ignorons la nature intime des colloïdes constituant les êtres vivants, ainsi que les raisons profondes de leur plus ou moins grande stabilité. Dans cet ordre d'idées, les plus importants problèmes restant à résoudre, afin de découvrir les moyens et les substances les plus aptes à conférer aux humeurs leur équilibre normal et une fixité convenable.

XVIII. La thérapeutique humorale rationnelle et efficace, telle que nous l'avons fondée, inaugure une époque médicale nouvelle, qui se révèle comme devant être remarquablement féconde ; elle n'est cependant que l'une des branches de l'art de guérir ; la médecine solidiste, avec l'anatomie et l'histologie pathologique, conservent, bien entendu, tous leurs droits, dans tous les cas où la maladie est sous la dépendance d'altérations lésionnelles.

La médecine dans le roman. — *De M. Maurice Noël* (Le Figaro) :

Les médecins sont peut-être les seuls hommes qui, aujourd'hui, ne se fatiguent pas de lire, me déclarait un libraire parisien dans des propos sur la crise.

En s'arrêtant au récent roman de M. Camille Cé, signé aussi du nom de son regretté collaborateur, Jean Gaument : *Plus loin que l'amour* (librairie Perrin), les médecins seront doublement récompensés et par le plaisir de lire et par l'attrait d'une image de la pratique médicale.

Je crois qu'il y a en la circonstance, un désaccord entre le romancier et son lecteur. Le romancier met à un haut prix le thème moral et psychologique qui est l'objet de son œuvre. *Plus loin que l'amour*, c'est encore l'amour, c'est l'impossibilité, lorsque l'on a goûté au dévouement et au sacrifice, de choisir le plaisir et l'argent... Vincent Vaillant, brillant interne des hôpitaux à Necker, voit sa carrière brisée par une liaison avec une esthète suédoise, qui lui laisse un enfant : il va s'installer dans un « trou » de Normandie et y exerce l'ingrate activité d'un médecin rural, par surcroît chirurgien — ce qui est rare. Après la guerre, un ancien camarade de Vaillant voudrait transplanter ses talents dans les profits parisiens : Vincent, d'abord alléché, regimbe.

On le voit : la matière ne manque pas pour un beau drame moral ; de fortes images ont une saveur symboliste et la Suédoise Svéa est une sœur ignorée des héroïnes annunziennes.

Cependant la valeur de *Plus loin que l'amour* me paraît être dans des biens plus modestes : une sûre observation des mœurs. Jean Gaument et Camille Cé en ont fait la preuve dans leurs admirables volumes de contes normands. Ce roman-ci regorge de telles richesses : silhouettes, croquis, dialogues tout livre une expérience humaine bien établie.

Enfin le miracle : Jean Gaument et Camille Cé parlent médecine opératoire sans risquer, je crois, de soulever l'hilarité des artisans du bistouri.

Le médecin rural de Normandie qui avait à souffrir du souvenir de Charles Bovary est largement vengé : le héros de *Plus loin que l'amour* connaît d'impressionnants succès.

Ce n'est pas les quarantaines qui nous mettent véritablement à l'abri du choléra, de la peste et de la fièvre jaune, mais bien l'expérience d'un « terrain » réfractaire à l'extension de ces maladies.

Ce n'est pas la désinfection terminale qui a fait baisser la mortalité par les maladies épidermiques telles que la rougeole, la coqueluche, la scarlatine et la diphtérie. Nous avons autant de cas de rougeole et de coqueluche que jadis. La presque totalité de la population a été atteinte par la scarlatine et la diphtérie, sous la forme apparente ou inapparente.

L'on meurt moins parce que l'on vit plus confortablement, plus sainement et parce que l'on est mieux soigné. » (Docteur Georges Forestier. — Terrain et médecine sociale. *Le Mouvement sanitaire*, novembre 1934.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 11 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 MARS 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

11, Rue des Ecoles, PARIS-V

C. P. PARIS — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

Avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laennec

A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

M. CHIFOLIAU, Chirurgien hon. des Hôpitaux

A. CLERC, Professeur de Clinique médicale, Médecin de l'Hôpital de la Pitié

H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique

C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié

Ch. LENORMANT, Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital Cochin

G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'École d'Anthropologie

A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté

Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis

Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

Rédacteur en Chef

Maurice LOEPER

Professeur de Thérapeutique

Médecin de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 12 mars. M. VALENSI. Etude du traitement de l'avortement. — M. TRABIEUX. Traitement des affections nerveuses en général. — M. ROUSSET. Le radiodiagnostic d'urgence de l'occlusion intestinale aiguë. — M. GANDOUET. Résultats du traitement de la maladie de Bouillaud par le salicylate de soude chez l'enfant. — M. DELAY. Les astéréognésies.

13 mars. — M. HOCHERT. Du sevrage rapide des toxicomanes. — M. LOISEL. Les astrocytomes du cervelet chez l'enfant. — M. LOUTFALLAH. Y a-t-il une heure chirurgicale de l'appendicite aiguë ?

Clinique médicale propédeutique (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital Broussais, 96, rue Didot). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 1er avril au samedi 6 avril 1935 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 1er avril, 9 h. 30. M. le Professeur SERGENT : Principes généraux du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures. M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 2 avril 11 heures. M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures. M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 17 h. 30. M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 3 avril, 11 heures. M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures. M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30. M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 4 avril, 11 heures. M. le Doteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h 15. M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30. M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 5 avril, 11 heures. M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. 15 heures. M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 6 avril, 11 heures. M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15. M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30. M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades) et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Congrès des colites. — Ce Congrès se tiendra à Plombières-les-Bains, les 11, 12 et 13 septembre 1935, sous la présidence du Professeur Carnot et coïncidera avec la commémoration du bi-millénaire de la station et l'inauguration des nouveaux établissements.

RAPPORTEURS DU CONGRÈS. — Colites amibiennes et post-dysentériques (Professeur CARLES et Professeur BONNIN, Bordeaux). — Colites à lambla et trichocéphale (Professeur agrégé BRULÉ, Paris). — Colites tuberculeuses (Docteur CAIN, Paris). — Sprue (Docteurs AUGIER père et fils, Nice). — Recto-colites hémorragiques et purulentes (Docteur BENSAUDE et Docteur RACHET, Paris). — Les fausses diarrhées dans les colites (Docteur J.-Ch. ROUX et Docteur GOIFFON, Paris). — Les péricolites droites (Docteur BOLTANSKI, Paris). — Colopathie mucomembraneuse (Docteur TRÉMOLIÈRES et Docteur TARDIEU, Paris). — Colite et anaphylaxie (Docteur GUTMANN et Docteur TZANCK, (Paris). — Formes cliniques des colites de l'enfance (Professeur LEENHARDT et Docteur BOUCOMONT, (Montpellier). — Réactions à distance dans les colites (Professeur agrégé JUSTIN-BESANÇON et Docteur CACHERA, Paris). — Manifestations ano-rectales dans les colites chroniques (Docteur OURY et Docteur CHÊNE, Paris. — Le relief interne des plis dans la radiologie des colites (Professeur GILBERT, (Genève). — Signes radiologiques de l'appendicite chronique (Docteur Paul JACQUET et Docteur GALLY, Paris). — Diagnostic coprologique des colites (Professeur JOYEUX et Professeur MONGES, Marseille). — Syndrome colitique dans les dolicho et méga-côlons (Professeur agrégé CHIRAY, (Paris), et Professeur LEBON, (Alger). — Syndrome colitique dans les tumeurs du côlon (Docteur LAMBLING, Paris). — Colites et péricolites diverticulaires (Docteur CHARRIER et Docteur HILLEMAND, Paris). — Colites post-appendiculaires (Docteur BERGERET et Docteur CAROLI, (Paris). — Les indications chirurgicales dans les colites droites (Professeur agrégé GATELLIER et Docteur MOUTIER, Paris). — Traitement médico-diététique des colites (Professeur SAVY et Docteur CHAPUY, Lyon). — Vaccinothérapie des colites (Professeur BESREDKA, Paris). — Traitement physiothérapique des colites (Professeur GUNZBURG (Anvers). — Traitement hydrominéral des colites (Professeur agrégé CHABROL, Paris).

ENSEIGNEMENTS. — *Communications et discussions.* — Les membres adhérents pourront faire des communications relatives à l'objet du Congrès. Ils pourront prendre part à la discussion des rapports et des communications.

Pour tous renseignements à ce sujet, s'adresser à M. le Professeur agrégé L. MERKLEN, secrétaire général du Congrès, 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Inscriptions. — *a)* Membres titulaires : les docteurs en médecine de toute nationalité, les internes des hôpitaux des villes de Faculté et les pharmaciens, toute personne ou toute collectivité agréée par le bureau.

b) Membres associés : Les personnes faisant partie de la famille directe d'un membre titulaire, ainsi que les étudiants en médecine, peuvent être admis comme membres associés.

Cotisation. — La cotisation est fixée uniformément pour les membres titulaire, comme pour les membres associés, à 30 francs pour l'inscription, et à 100 francs, à forfait, pour les frais de séjour à Plombières.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 20 août 1935.

Réceptions, excursions, voyages. — Un banquet, une réception et une représentation de gala au Casino, une excursion de l'après-midi aux environs, sera offerts gracieusement aux congressistes.

Une excursion de la journée en Hautes-Vosges, à prix très réduits, sera organisée le 10 septembre, veille de l'ouverture du Congrès.

Les réseaux français accorderont une réduction de 50 % sur le prix des voyages, à MM. les congressistes titulaires et associés, inscrits avant le 20 août 1935.

Secrétariat. — Pour tous renseignements, l'inscription au Congrès et l'organisation matérielle, s'adresser au secrétaire administratif du Congrès : M. POMMIER, à Plombières-les-Bains (Vosges), qui enverra sur demande, le programme et le bulletin nécessaire pour l'inscription.

Xe Congrès de la Société internationale de chirurgie

Il se tiendra au Caire du 30 décembre 1935 au 4 janvier 1936 sous la présidence du Professeur A. von Eiselsberg, de Vienne.

Voici dans ses grandes lignes, le programme provisoire du Congrès :

Lundi 30 décembre 1935 : Réception par la municipalité d'Alexandrie .

Marid 31 décembre 1935 : A 8 h. 30, séance d'inauguration dans la salle de l'Université : de 9 heures à 13 heures, première séance scientifique (chirurgie des parathyroïdes) ; 15 heures, visite aux Pyramides et thé ; 21 heures, dîner à Héliopolis offert par le ministre de l'Instruction publique.

Mercredi 1er janvier 1936 : de 8 heures à 12 heures, visite aux hôpitaux ; à 13 h. 30, visite aux Barrages, avec excursion sur le Nil.

Jeudi 2 janvier 1936 : de 8 heures à 12 heures, deuxième séance scientifique (chirurgie du sympathique lombaire) ; 13 heures, réunion du Comité international ; 14 heures, assemblée générale ; 15 heures, visite du musée ; 20 heures, réception par le président du Conseil.

Vendredi 3 janvier 1936 : de 8 heures à 12 heures, troisième séance scientifique (chirurgie du côlon, cancer excepté) ; après-midi libre ; soirée, réception par le Professeur von Eiselsberg, président du Congrès.

Samedi 4 janvier 1936 : De 8 heures à 12 heures, visite aux hôpitaux (projections et présentations de malades) ; 13 heures à 17 heures, quatrième séance scientifique (conditions chirurgicales de la bilharziose) ; à 21 heures, banquet de clôture offert par les chirurgiens égyptiens.

Les rapports seront envoyés aux membres de la Société au moins trois mois avant le Congrès pour permettre une discussion fructueuse : les noms des rapporteurs sont un sûr garant de l'intérêt des débats : MM. Braine (Paris), Chifoliau (Paris), Churchill (Boston), Donati (Milan), G. Aguilar (Santander), Bauer (Breslau), Chiasserini (Rome), Piéri (Belluno), Braeucker (Hambourg), Leriche (Strasbourg), Corachan (Barcelone), Fontaine (Strasbourg), Turner (Newcastle-upon-Tyne), Schmieden (Francfort-sur-le-Main), A. Young (Glasgow), Schoemaker (La Haye), Soupault (Paris), Ali Ibrahim Pacha et Makar (Le Caire).

A l'occasion du Congrès, une série de voyages collectifs sont organisés en Haute-Egypte, en Syrie et Palestine, en Grèce et en Turquie.

Pour tous renseignements complémentaire, s'adresser au Docteur L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Jubilé du Prof. A.-G. Pouchet. — La cérémonie, au cours de laquelle sera remise au Professeur A.-G. Pouchet la plaquette qui lui est offerte par souscription à l'occasion de ses cinquante années de présence ininterrompue au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, aura lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine le dimanche 24 mars 1935, à 10 h. 1/4, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique. (Tenue de ville.)

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le mardi 26 mars, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe.)

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

Société amicale des Médecins alsaciens (9, rue d'Astorg, Paris-VIIIe). — La prochaine réunion de cette Société aura lieu le samedi 23 mars, à 19 h. 30, au Cercle Volney, 16, rue des Capucines, et sera suivi d'un dîner servi par le grand Vatel. Il y sera procédé à l'élection du bureau pour 1935. Les dames et les confrères de passage à Paris, y sont cordialement invités.

Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux libres. — Le bureau est ainsi constitué : président, Docteur M. Martiny (Saint-Joseph) ; vice-président, Docteur Jean Cadot (Saint-Michel) ; secrétaire général, Docteur André Ribardière (Saint-Michel) ; secrétaire des séances, Docteur Bernard Vallancien (Bon-Secours) ; trésorier, Yves Nau (Saint-Jacques).

La cotisation a été fixée à 40 francs pour les anciens internes et à 10 francs pour les internes en exercice.

Les demandes d'adhésion avec justification du titre devront être adressées au secrétaire général, Docteur Ribardière, 43, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

Les étudiants en médecine à la Commission d'hygiène de la Chambre. — Une délégation de la section de mé-

decine de l'Union fédérale des étudiants a été entendue par la Commission d'hygiène de la Chambre.

A propos des récents événements dans les Facultés de médecine — la grève contre les étrangers — elle a souligné qu'ils agissait d'une agitation politique qui n'avait rien à voir avec la défense des intérêts professionnels des étudiants en médecine.

La loi du 21 avril 1933, interdisant l'exercice de la médecine en France aux étrangers supprime jusqu'à l'apparence d'une concurrence de ces derniers. Les chiffres publiés par ceux qui ont mené l'agitation contre les « métèques » étaient fortement exagérés. N'a-t-on pas indiqué qu'il y avait 25 % de médecins étrangers dans la région parisienne ; en réalité, dans cette région où leur proportion est la plus forte leur nombre est de 319 sur un total de 3.600 médecins.

Quant à la grève elle-même, déclenchée sans que les étudiants en médecine aient été consultés, elle leur fut imposée par surprise et violence par une minorité d'agitateurs.

Afin de remédier aux difficultés croissantes que rencontrent les jeunes médecins, les représentants de l'U. F. E. ont proposé un certain nombre de mesures. En particulier la lutte contre le charlatanisme, grave menace pour la santé publique, et le Corps médical ; l'augmentation du budget de la Santé publique et l'organisation de la lutte contre la maladie ; la suppression de la patente pour le jeune médecin les deux premières années. (*Communiqué.*)

Une fête des humanités à Nice. — *L'Association Guillaume Budé* organise pour Pâques un Congrès à Nice.

Connue du public lettré par ses élégants et sobres volumes marqués de la chouette athénienne et de la louve romaine, l'Association l'est également par ses croisières annuelles en Grèce.

En organisant sous la présidence de M. Gaston Doumergue ce Congrès qui fait suite à celui tenu à Nîmes en 1932, l'Association Guillaume Budé, par cette nouvelle manifestation, tient à affirmer sa foi constante en la vertu des lettres classiques.

Ce Congrès, qui sera pour beaucoup une occasion de prendre contact, permettra à tous les adhérents de participer à d'intéressantes et courtoises discussions sur des questions d'art, d'archéologie, d'histoire, d'enseignement et sur le rôle de l'humanisme dans la vie moderne.

Des excursions dans la magnifique région des Alpes Maritimes créeront une agréable diversion aux travaux du Congrès.

Les demandes d'inscription doivent être adressées à M. Jean Malye, délégué général de l'Association, 95, boulevard Raspail Paris, (VIe). Un prix forfaitaire est établi pour le séjour à Nice ; il varie suivant la catégorie des hôtels et va de 580 francs (hôtel Ruhl) à 195 francs (étudiants logés au lycée). Une réduction de 50 % est accordée sur le parcours en chemin de fer.

VIIe Congrès de l'Association internationale de thalassothérapie (San Sébastian, Espagne, les 27, 28, 29, 30 juillet 1935). — Samedi, 27 à 10 heures : Séance d'inauguration du Congrès dans le grand salon de l'Institut de l'enseignement secondaire. — A 12 heures : Lecture des rapports sur les traitements des adénites cervicales. — A 15 h. 30 : Discussion des rapports. — A 18 h. 30 : Visite du Musée San Telmo. Concert par l'Orphéon Donostiarra. Thé.

Dimanche 28, à 10 heures : Excursion à travers la Province de Guipuzcoa. — A 16 heures : Grande course de taureaux organisée par l'Association de la Presse.

Lundi 29, à 10 heures : Lecture des rapports sur Indications et contre-indications des bains de soleil. — A 12 heures : Visite de l'établissement de bains La Perla del Oceano. Apéritif. — A 15 heures : Discussions des rapports. — A 17 h. 30 : Conférence faite par une personnalité médicale. — A 22 heures : Soirée de gala au théâtre Victoria-Eugénia, en l'honneur des congressistes.

Mardi 30, à 10 heures : Visite de l'Institut du cancer et de la Maternité. — A 12 heures : Apéritif au Restaurant du Mont Igueldo. — A 17 heures : Conférence par une personnalité médicale. — A 19 heures : Séance de clôture. — A 22 heures : Banquet de gala en l'honneur des congressistes.

Nécrologie. — Docteur Maurice Ayguéparse, de Podensac (Gironde), électrocuté en faisant une radiographie. — Docteur Antoine Armaingaud, membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé, en son domicile, 40, rue des Ecoles. Il était âgé de quatre-vingt-treize ans et a succombé après une courte maladie. Il a attaché son nom à celui de l'auteur des *Essais* et a fondé la Société des Amis de Montaigne. Le Docteur Armaingaud assurait qu'il avait trouvé dans la pratique de Montaigne la sagesse, le bonheur et le secret de sa longévité. En 1925, il publia en douze volume l'œuvre de son auteur favori, commentée de nombreuses notes et précédée d'une importante introduction.

TRAVAUX ORIGINAUX

Eléphantiasis et lymphangites en Haïti

Par Félix COICOU, de Port-au-Prince

L'éléphantiasis est la transformation que subit une région ou un membre dans ses éléments anatomiques, ce qui entraîne un changement dans son volume, dans sa forme, dans l'aspect de son épiderme.

Retenons de ces expressions populaires *Pied yambe, Pied éléphant*. *Yambe* mot du patois qui signifie Igname, genre discoracées, est une plante grimpante originaire des pays tropicaux qu'on utilise à cause de la chair féculente de ses tubercules. Celles-ci atteignent des proportions considérables. Leur forme boudinée, leur peau écailleuse, noirâtre, cloutée, rappelle à peu de chose près une patte d'éléphant. C'est pourquoi l'éléphantiasis est communément désigné par l'un ou l'autre de ces termes.

En effet, quand on voit ces jambes volumineuses qui, comme d'énormes pilons, descendant d'un genou presque normal, — la cuisse est ordinairement respectée. — aussi larges au mollet qu'à la cheville, reposant sur un pied aux malléoles élargies et tombantes, au coude globuleux avec des orteils boudinés qui ressemblent à une patte de bananes, on croit vraiment voir une igname aux dimensions respectables ou encore une patte d'éléphant. La ressemblance est encore plus frappante avec le pachyderme quand on considère l'épiderme épaissi, lardacé, écaillé, avec ses saillies papillomateuses plus marquées aux articulations, vilainement plissées, grossièrement cloutées, fortement pigmentées.

Les autres régions affectées, bourse, bras, abdomen, subissent les mêmes transformations. Si nous examinons de près ces éléments anatomiques, étape par étape, dans leur état pathologique, nous verrons que c'est le derme qui subit les premières atteintes.

Ses trois couches : corps papillaire, couche conjonctive, couche élastique sont progressivement et proportionnellement hyperplasées, tandis que la couche paniculaire adipeuse subit une atrophie progressive jusqu'à disparaître complètement. La couche musculaire sous-jacente au derme subit également une diminution du volume de leurs fibres, qui deviennent pâles. Les vaisseaux sanguins, particulièrement les artères, présentent une endopériartérie qui influerait pour amener un rétrécissement dans la lumière de ces vaisseaux. Le plus souvent, cependant, leur calibre reste normal. A la période ultime de ces transformations anatomiques le périoste et même l'os participe à la dégénérescence. On peut trouver sur la surface de ce dernier des exostoses. Les nerfs ne sont pas épargnés, car, d'après Cornil, il y a hyperplasie et même disparition du cylindraxe sur certains points.

Quant aux vaisseaux lymphatiques on observe à leur niveau, par suite de cette hyperplasie dont ils sont frappés, une laxité de leur tissu de construction qui entraîne une dégénérescence très marquée des vaisseaux lymphatiques et des ganglions auxquels ils aboutissent.

Or, quelle est l'étiologie de cette série de transformations tissulaires ? *L'hérédité* y jouerait-elle un certain rôle ? Pour notre part, nous penchons pour la négative. Car nous connaissons de nombreux enfants, issus de procréateurs porteurs de lésions éléphantiasiques, et qui, non seulement naquirent indemnes de toute lésion mais qui, parvenus à l'âge adulte, ne présentaient aucune manifestation. Cependant Moncorvo a publié de curieuses et originales observations sur l'éléphantiasis congénital. Nous-même avons trouvé plusieurs membres d'une même famille atteints par cette infirmité seulement à l'âge adulte.

La *race* jouerait-elle un rôle important ? Plusieurs auteurs affirment que la race noire est la plus sensible à ce mal. Cette affirmation mérite d'être contrôlée.

Quant au *sexe*, notre statistique, quoique étendue seulement que sur un faible rayon nous donne pour Haïti une proportion plus grande de femmes. Cette prépondérance du côté féminin est due sans doute à l'inflence de la maternité. Au cours de la grossesse, la compression que les parties fétales exercent sur la circulation en retour au niveau du petit bassin, entraîne un œdème des membres inférieurs qui, souvent, loin de regresser après les couches, a tendance à se développer à la suite de crises de lymphangite. Nous avons noté une moyenne de 55 % d'éléphantiasis du côté femme, pour 40 % chez l'homme.

L'*âge* exerce une influence sur la pachydermie. On l'observe surtout à partir de l'adolescence et, à l'âge adulte, elle est en plein épanouissement. Les enfants sont exceptionnellement atteints : nous ne l'avons jamais observé de notre côté. Les vieillards également n'y sont pas sujets ; cependant on peut la rencontrer chez eux de temps en temps.

L'*alimentation* n'exerce ici aucune influence. Il n'en est pas de même des *professions*. Certaines professions facilitent l'éclosion et le développement du mal. Ainsi, on la rencontre parmi celles qui exigent la marche, parce qu'il y a transpiration des pieds et ramollissement de l'épiderme, qui se gonfle et s'éraille ; celles qui produisent des excoriations du côté des pieds ou de la jambe. L'éléphantiasis est rare chez ceux qui ont les pieds constamment dans l'eau ; les pêcheurs, par exemple, excepté cependant ceux qui travaillent dans la vase, dans les marécages et qui peuvent se faire des blessures aux pieds, en contact avec une eau suspecte.

L'*altitude* exercerait-elle une influence heureuse sur l'éléphantiasis et n'en seraient-ils susceptibles d'être affectés que ceux qui vivent dans les plaines, dans les terrains bas et marécageux ? Peut-on ajouter foi à cette affirmation de Chevers qui soutient que là où s'arrête la végétation des cocotiers, là également cesse l'éléphantiasis ? Nous ne savons pas si c'est le voisinage des côtes et des montagnes qui influe et fait que les montagnards en Haïti sont aussi atteints que les hommes qui vivent dans les plaines ou sur les rivages de la mer. Nous avons en effet rencontré, tant du côté des hommes que du côté des femmes vivant dans les montagnes, de nombreux cas d'éléphantiasis du membre inférieur comme des parties génitales.

La *contagion* est, d'après nous, le grand mode de propagation du mal, témoin le fait de trouver plusieurs membres d'une même famille affectés. Cependant, nous connaissons des maris qui vivent à côté de leur femme éléphantiasique et, réciproquement, sans qu'il y ait eu transmission de la maladie de l'un à l'autre. Ceci est sans doute une question de terrain.

Il y a donc certainement un *germe pathogène* qui entre en action pour produire cette maladie. Est-il unique ? Y a-t-il association de plusieurs germes ou bien y a-t-il diversité de germes agissant chacun à sa manière ? La pluralité des opinions exprimées sur la pathogénie de l'éléphantiasis des pays chauds nous indique assez que la question n'est pas résolue.

Les anciens auteurs se basant sur la similitude des symptômes : frisson, température élevée, transpiration abondante, céphalalgie, se basant également sur la considération des lieux où se développent l'une et l'autre des deux maladies : terrains bas et marécageux, avaient pensé que la malaria pouvait provoquer cette pachydermie. Or, les faits parlent assez haut pour nous dispenser d'en-

trer dans de longues discussions en vue de démontrer que l'hématozoaire de Laveran n'exerce aucune influence dans cette transformation tissulaire. En effet, la grande propension du paludisme en Haïti comparée au nombre restreint de « gros pieds », ne montre aucune concordance. Sans nul doute, les deux affections peuvent coexister sur le même sujet mais n'exerce aucune influence réciproque l'une sur l'autre.

Pour Léon Audain et son école, c'est la *filaire* qui est l'agent essentiel et exclusif de l'éléphantiasis en Haïti. On trouve en effet publiés sur cette question, la série des travaux d'Audain, le magistral travail de Brun Ricot, celui de Charles Mathon sur la filariose génitale chez la femme, la thèse de Léon Séjourné sur la filariose, et de nombreux articles parus dans la *Lanterne médicale*, revue qui a paru à Port-au-Prince de 1898 à 1908. Dans tous ces travaux, c'est avec conviction qu'on démontre la corrélation existant entre la filariose et l'éléphantiasis.

De nombreuses observations sont colligées, dans lesquelles la microfilaire est rencontrée dans le sang périphérique des éléphantiasis, dans l'intervalle comme au cours des accès aigus de lymphangite ou de colique filarienne. La filaire est considérée comme l'agent provocateur de ces crises puisque la microfilaire y est trouvée en plus grande abondance à l'époque de ces crises. Voici pourquoi cela arrive : il est démontré que la microfilaire est rencontrée plutôt après le premier sommeil. C'est parce que, à ce moment-là, la dilatation des capillaires facilite leur envahissement par ces larves de parasites. Le même phénomène se produisant quand la température animale est très élevée au-dessus de la normale, l'on comprend les raisons pour lesquelles la microfilaire est rencontrée en plus grand nombre quand les crises aiguës de lymphangite sont à leur apogée.

Une autre raison nous empêche de considérer la filaire comme l'agent spécifique de l'éléphantiasis et des crises de lymphangite : c'est que, dans de très nombreux cas, on ne rencontre dans le sang périphérique aucune trace de microfilaire, ni dans l'intervalle, ni au cours des accès de lymphangite. A ceci les partisans de la théorie filarienne de l'éléphantiasis répondent avec Manson, qui a fait école et qui est l'inspirateur d'Audain et de ses élèves : « Si la microfilaire n'est pas retrouvée dans le sang périphérique, il ne faut pas conclure à l'absence de filariose. La filaire adulte, dit Manson, qui normalement donne naissance à des larves vivantes et qui est par conséquent vivipare peut devenir ovipare en se mettant à faire des fausses couches. Les œufs pondus étant quatre fois plus gros que les embryons finissent par produire, grâce à leur volume, de véritables barrages dans les ganglions où ils sont amenés par la force du courant lymphatique. Cet obstacle met empêchement à l'arrivée des microfilaires dans la circulation périphérique. Cette entrave, mise à la circulation lymphatique, provoquerait, par suite des irritations successives que subissent les différentes couches du derme, la transformation qui constitue l'éléphantiasis ».

Cette théorie, pour séduisante qu'elle soit, ne peut être admise puisqu'elle ne peut pas généraliser la même transformation observée dans la couche dermo-épidermique quand elle est provoquée par diverses autres affections. Plus logique et plus acceptable est l'opinion de Le Dantec. Il penche plutôt pour l'autonomie de l'éléphantiasis qui peut coexister avec la filariose, ou toute autre cause qui mécaniquement exerce sur les tissus une action prolongée ; ainsi les œdèmes provoqués par une affection cardiaque ou rénale, les œdèmes dans des phlébites, les œdèmes provoqués par la compression de certaines tumeurs, par exemple le pseudo-éléphantiasis observé chez les lipomateux. Moncorvo a signalé des tumeurs d'origine congénitale qui se développent au bras ou au dos et qui prennent un aspect franchement éléphantiasique. Certains microbes se développent dans la couche cutanée et produisent des affections à allure chronique. Tels le bacille de Koch, le bacille de Hensen. La couche dermo épidermique prend, sous l'influence des lésions qui s'y développent, les caractères de l'éléphantiasis. On connaît l'éléphantiasis des Grecs, qui n'est autre que la lèpre. En général, tous les tissus qui subissent des réactions inflammatoires successives et à courtes échéances finissent par garder un épaississement de leurs éléments, qui rappelle le tableau de l'éléphantiasis. Donc, l'éléphantiasis ne saurait être une transformation tissulaire exclusive à la filariose ou à d'autres affections.

Que penser alors de ces manifestations orageuses qui constituent les accès de lymphangite ? Gros frisson, température élevée, rougeurs et douleurs au niveau de la région atteinte ? Serait-elle aussi, cette symptomatologie, des manifestations inhérentes à la filariose ?

Cela, personne ne l'a jamais affirmé, puisqu'on sait que tous les germes pathogènes décèlent leur présence dans l'organisme par une réaction. Celle-ci peut être bruyante ou calme, selon le degré de virulence des germes, selon la résistance qu'oppose l'organisme à l'attaque.

Or, dans l'éléphantiasis, à cause même des crises aiguës de lymphangite qui s'y manifestent de temps en temps, on doit admettre l'existence d'un germe. Ce n'est pas la filaire de Bancroft, encore moins l'hématozoaire de Lavenan, puisque nous avons rencontré de nombreux filariens qui, malgré leur crise de colique filarienne ou d'autres manifestations filariennes, n'ont aucune tendance à faire de l'éléphantiasis. Puisque nous constatons que ni la filaire ni l'hématozoaire de Lavenan ne constitue un agent spécifique de l'éléphantiasis, faut-il dire qu'il y en a un ? Nous ne pouvons pas l'affirmer dans l'état actuel de la question. Mais il résulte des travaux de Castelleni à Ceylan, du Dufougeré, Noc et Stevenel à la Martinique, de Moncorvo, à Rio de Janeiro, de Le Dantec à Bordeaux et de nos recherches en Haïti qu'un *coccus* est constamment trouvé dans les régions où se développe l'éléphantiasis.

Castelleni, en étudiant le pus d'une funiculite considérée comme une forme de lymphangite, a trouvé un diplocoque qui, par sa disposition rappelle le gonocoque.

Dufougeré, à la Martinique, a décelé dans la sérosité de la lymphangite endémique un microcoque auquel il a donné le nom de lymphocoque. La description qu'il en a fait rapproche ce diplocoque de celui signalé par Le Dantec. Cependant, Dufougeré ne semble pas donner à son lymphocoque un rôle important dans les accès de lymphangite qu'il a observés. Il croit plutôt que ces accès sont provoqués par des filaires et l'éléphantiasis qui résulte de ces poussées aiguës serait le fait de perturbations amenées par l'agglomération de cadavres filaires dans la lumière des vaisseaux lymphatiques qui les obstrueraient.

Cette théorie ne diffère pas beaucoup en principe de celle de Manson.

Noc et Stevenel, en 1913, sont arrivés à des conclusions plus exactes. En étudiant les rapports de la filariose, de la lymphangite endémique et de l'éléphantiasis, ils n'ont trouvé dans aucun cas observé la microfilaire dans le sang périphérique prélevé la nuit. Par contre, Stevenel a obtenu par la culture, en partant du sang prélevé à la veine du pli du coude, un coccus en tous points semblable à celui trouvé tant par Le Dantec que par Dufougeré. Stevenel a également obtenu la culture du coccus en puisant par ponction le contenu des ganglions hypertrophiés chez un de ses malades. Ayant poussé plus loin ses expériences, il a obtenu une positivité bien nette à l'aide d'une culture en bouillon comme antigène et le sérum d'une femme en crise lymphangitique, d'après la méthode Bordet-Gengou.

Moncorvo, à Rio de Janeiro, en poursuivant ses études sur plusieurs cas d'éléphantiasis congénital, a trouvé le

streptocoque au niveau de la jambe éléphantiasique d'un enfant de cinq mois, dont la mère, dans le cours de sa grossesse, avait une lymphangite de la paroi abdominale à la suite d'un traumatisme. Cette constatation plaide en faveur d'une contagiosité de l'éléphantiasis, de même l'observation rapportée par Dubruel à l'hôpital de Thaïti : trois malades furent opérés par lui à des jours d'intervalle, le premier pour hernie inguinale, le second pour varicocèle et le troisième pour éléphantiasis. Les deux premiers n'avaient jamais eu de symptômes rappelant l'éléphantiasis. Or, un infirmier procéda simultanément au pansement des trois opérés. Les deux premiers malades firent, à vingt-quatre heures d'intervalle, une violente poussée fébrile, puis, au bout de quelques jours, une infiltration du scrotum indiquant nettement le début d'une pachydermie.

Le Dantec, à Bordeaux, ayant étudié quelques cas d'éléphantiasis qu'il appelle *nostras*, également quelques cas d'éléphantiasis exotiques, divise ces éléphantiasis en deux catégories : les accès complets et les accès régionaux. Dans les premiers il trouva, dans la sérosité sanguinolente soit après culture, soit par examen direct, un coccus qu'il appela *dermolymphocoque* associé au streptocoque. Dans les seconds il trouva le *dermolymphocoque* seul. Même en dehors des accès, en provoquant un accès local à l'aide de vésicatoire, il rencontra encore le dermolymphocoque seul dans la sérosité recueillie de la bulle formée par le vésicatoire. Il conclut, dans sa communication faite à la Société de biologie au cours de la séance du 2 juillet 1907, l'*éléphantiasis serait une dermococcie chronique* qui prend une forme aiguë, quant au dermolymphocoque se développe en symbiose le streptocoque.

Voici les remarques que nous avons personnellement faites :

Les crises de lymphangites, quoiqu'elles puissent se montrer à n'importe quelle époque de l'année, sont néanmoins plus fréquentes pendant les mois de fortes chaleurs. Elles frappent particulièrement les gens qui sont sujets à l'eczéma des orteils, ceux qui transpirent des pieds, ceux qui ont contracté l'habitude de se gratter les orteils le soir après avoir enlevé leurs chaussures. C'est, m'ont avoué quelques-uns de ceux qui ont contracté cette habitude, une vraie volupté qu'ils éprouvent à satisfaire le soir cet impérieux besoin. Il est, en effet, tellement impératif, qu'ils ne peuvent réagir contre. Souvent ils essaient de se tromper en faisant de légers frôlements sur les parties, mais du frôlement ils passent bientôt au massage. Ce massage devient une *frotte* qui met en action les ongles, et qu'ils ne tardent pas à remplacer par le premier corps dur trouvé sous la main pour frotter avec rage, pour limer les parties et les mettre en lambeaux. Ils ne s'arrêtent de frotter que lorsque les orteils largement et profondément excoriés sur toutes leurs faces deviennent douloureux et ne supportent plus le contact des corps durs ni même le simple attouchement de la main. Certains, pour essayer de calmer ces démangeaisons arrosent d'alcool fort la partie : ils agissent ainsi avec la pensée de désinfecter les plaies provoquées par ce grattage intensif. Si cette cuisson violente par l'alcool calme parfois le prurit, la protection contre l'infection que l'on croit ainsi réaliser est malheureusement comme une toile d'araignée qui n'oppose aucun obstacle au germe envahisseur. En effet, au lever le lendemain matin, on sent déjà les signes précurseurs de l'infection, et la crise ne tarde pas à éclater au cours de la journée.

L'expérience suivante, rapportée par Abrami et Richet dans leur communication faite à la Société de biologie en 1909, nous fournit la clef du mécanisme de l'entrée en scène du germe pathogène. Une culture de streptocoque est introduite par voie endoveineuse dans le pavillon de l'oreille d'un lapin. Sur l'autre oreille une zone d'irritation est provoquée par le versement de quelques gouttes de xylol. Il résulte de cette irritation une dilatation des vaisseaux de l'oreille et, par suite, un plus grand apport et une plus grande activité des streptocoques versés par l'injection intraveineuse dans la circulation générale. Comme conséquence, une poussée inflammatoire, une érysipèle, une crise de lymphangite s'établit au bout de la douzième ou de la vingt-quatrième heure.

Or, dans le cas qui nous occupe, quel germe faut-il incriminer ? Nous avons prélevé la sérosité sanguinolente au niveau des lésions d'excoriation et l'analyse nous a révélé la présence du streptocoque et d'un coccus dont les dispositions en diplocoque rappellent le gonocoque. Nous avons prélevé les sécrétions produites par les lésions eczémateuses, et nous avons trouvé, outre ce coccus, le streptocoque associé au staphylocoque. A l'exemple de Le Dantec, nous avons, pendant la crise, recueilli, en pratiquant une petite incision de la peau, de la sérosité sur la zone éléphantiasiée, et nous avons trouvé le streptocoque allié au dermolymphocoque. De la sérosité prélevée à l'aide d'un vésicatoire, examinée dans l'intervalle des crises, nous avons révélé la présence du dermolymphocoque seul. Pour nous donc, l'*expérience de Le Dantec est concluante*.

L'occasion de répéter ces expériences nous a été particulièrement fournie par deux malades de notre clientèle privée, Mme A. P. et Clemence L., habitant toutes deux la même maison. Cette dernière porte une jambe énorme, un de ces pilons qui mesure 65 cm de tour tant au niveau du mollet qu'à la cheville. Toutes deux sont sujettes à des poussées d'eczéma aux orteils, toutes deux ont contracté la dangereuse habitude de se gratter les orteils. C'est ainsi qu'il nous a été aisé de répéter sur l'une et l'autre nos diverses expériences, desquelles il résulte que la dermolymphocoque est l'agent qui, en symbiose avec le streptocoque, provoque ces poussées aiguës et parfois suraiguës de lymphangite observée en Haïti. Des poussées locales ou simplement des lymphangites tronculaires s'observent également, et ceci est dû à l'entrée en action du dermolymphocoque non associé. Quant à l'éléphantiasis, il est le résultat des poussées inflammatoires répétées qui bousculent les tissus et y déterminent les transformations relevées par l'anatomo-pathologique.

Le *traitement* que nous préconisons est le suivant : vaccin ou sérum antistreptococcique, qui a remplacé le traitement leucogène que nous avions adopté antérieurement qui ne nous avait pas donné de brillants résultats. Le vaccin semble être plus actif. Donné tout à fait au début de la crise, il peut la juguler ; au milieu de la crise il raccourcit sa durée.

Comme *moyen prophylactique*, nous exigeons de nos malades des soins spéciaux des pieds. Nous combattons avec outrance les moindres petites poussées d'eczéma, les lésions de grattage. Contre l'hyperhydrose, nous employons des poudres absorbantes et plus particulièrement une crème américaine que nous avons trouvée dans le commerce : la crème de Stilman qui, non seulement empêche la transpiration, mais encore agit efficacement contre la fétidité dont souffrent ceux qui transpirent des pieds. Nous avons noté heureusement, à l'aide de ce traitement et de cette prophylaxie, de longs répits pour nos malades. Nous pouvons, entre autres, citer le cas d'un malade, qui depuis dix-huit ans n'a plus eu un accès quand il en comptait quatre à six par an.

L'éléphantiasis est sérieusement modifié à l'aide de bas élastiques faits sur mesure et portés avec constance. Il faut renouveler son bas au moins tous les trois mois, sans quoi les mailles, relâchées par l'usure et la sueur, ne font plus la contention indispensable pour amener la réduction du membre. Quand l'affection a atteint son complet développement, la chirurgie est le seul moyen qui permet de débarrasser de cette infirmité ceux qui en sont affectés.

Curettage et perforations utérines

Par George PASCALIS

En discutant récemment du pronostic des perforations utérines qui peuvent compliquer le curettage, on a fait quelquefois preuve d'un robuste optimisme qui n'a point été sans me causer quelque surprise.

L'expérience m'a appris qu'il s'agissait là, d'un très redoutable événement. Si j'ai eu la chance jusqu'ici d'y échapper personnellement, — grâce à quelles précautions parfois !, — il m'a été donné de soigner un certain nombre de femmes dont la matrice avait été traversée par l'instrument, soit au cours d'un curettage malheureux, exécuté dans un but thérapeutique, soit à la suite d'une tentative d'avortement tranquillement avouée. Dans l'un et l'autre cas, une opération s'est imposée à moi. Je m'y suis soumis en m'efforçant de me placer dans les conditions les plus favorables : opération rapide en champ rigoureusement limité, excluant l'ensemencement du tissu cellulaire pelvien ; drainages les plus larges par voie haute et basse combinées, désinfection locales et médications générales les plus variées. Tout ceci n'a point empêché la mort de survenir dans des proportions effroyables jusqu'au jour où le sérum anti-streptococcique de Vincent est venu transformer radicalement le pronostic chez mes opérées. J'ai à peine besoin d'ajouter que, toujours une hémoculture a été faite et que si je n'ai pu toujours attendre de la savoir positive pour enlever le foyer de dissémination, son résultat est ordinairement venu démontrer la ligitimité de l'intervention.

Voici cinq observations résumées, dont la lecture est édifiante.

Obs. n° 1 (1930). — Mlle X... a subi une tentative d'avortement.

Etat septicémique avec réaction violente du pelvis. Une hystérectomie totale est pratiquée après consultation, sous anesthésie à l'éther. Il existe une perforation de la dimension d'une pièce de deux francs sous la vessie, elle est entourée d'une zone sphacelée. Septicémie positive au streptocoque hémolytique. Malgré tous les traitements mis en jeu, la mort survient au bout de trois semaines.

Obs. n° 2 (septembre 1930). — Vient à ma consultation le visage grippé, la peau brûlante et le pubis rasé. Elle avoue une tentative d'avortement récente.

Une vilaine histoire l'a obligée à quitter en hâte le lieu de l'intervention.

Au toucher, l'utérus est gros, douloureux, empâté et peu mobile.

On la fait rentrer chez elle et prendre le lit avec glace sur le ventre.

La température est à 39°, le pouls à 124. Un curettage est décidé sous anesthésie à l'éther. La dilatation est très marquée, la curette ramène l'épiploon grenu et violacé. Après avoir prévenu l'entourage, une hystérectomie abdominale est immédiatement pratiquée. La streptococcémie est positive et la mort survient au bout de trois semaines.

Obs. n° 3 (mars 1931). — Est amenée d'urgence à 11 heures du matin pour une perforation survenue au cours d'un curetage pour metrite hémorragique, pratiqué à domicile. La malade est très choquée, pouls à 130, la paroi contractée, en bois. On pratique une hystérectomie totale par le procédé personnel, sous anesthésie à l'éther réchauffé (résistante, ésérine). Une mèche iodoformée et un drain n° 40 sont placés dans le Douglas et sortent par le vagin. Exclusion du petit bassin. Dans le ventre, drain et une grande compresse. Fermeture partielle de la paroi au catgut par étages et à points séparés.

Hémoculture négative. Sérum antistreptococcique de Vincent. Guérison.

Obs. n° 4 (mai 1932). — A accouché il y a quinze jours, le placenta n'étant pas sorti l'accoucheur a fait un curettage. Douze jours plus tard, la malade est amenée à la Maison de santé. Etat d'infection puerpérale excessivement grave. Hémoculture positive, streptocoques, coli-bacilles, etc...

Il existe dans la région sous-ombilicale, et vers la gauche, une tuméfaction dure et douloureuse avec défense de la paroi. La température est à 40° le pouls à 125 et il s'écoule des lochies en abondance. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale, à la faveur d'une anesthésie à l'éther réchauffé, (résistante, 1 mg. ésérine).

A l'ouverture du ventre, un flot de pus s'écoule dans lequel nage la majeure partie du placenta, complètement sphacelé, passé dans le ventre jusque sous le méso-côlon pelvien par une déchirure survenue au cours du curettage.

On pratique une hystérectomie totale avec pinces à demeure, on place une mèche accordéon repérée et un grand drain dans le petit bassin, sortant par le vagin. Lavage à l'éther. En haut, une grande compresse 40×50 avec mèche accordéon et drain. Immuno transfusion, sérum antistrepto et anticoli de Vincent à doses massives répétées.

La malade se défend, mais meurt au bout de trois semaines d'endocardite infectieuse.

Obs. n° 5 (février 1934). — Perforation utérine à la suite d'un avortement provoqué.

Etat local et état général sérieux. Température à 40°, pouls 120, paroi contracturée. On décide une hystérectomie totale. Anesthésie à l'éther réchauffé (réceptive 1 mg. atropine). Laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'épiploon très congestionné est collé dans le petit bassin. Une fois dégagé, le péritoine apparait violet, une perforation de la dimension d'une pièce de 50 centimes avec fissures étoilées est sur le fond près de la corne gauche. Hystérectomie totale par le procédé personnel drain et mèche dans le petit bassin sortant par le vagin. Grande compresse 20×30 par la partie inférieure de l'incision. Lavage à l'éther, glace sur le ventre. Transfusion et 100 c. c. sérum antistrepto de Vincent. Le sérum est continué tous les jours (hémoculture positive au strepto). Abcès de fixation. Guérison.

J'en possède d'autres, plus lointaines, qui ne sont pas plus favorables et si je me garde d'en tirer des conclusions chiffrées c'est que leur total est trop faible pour valoir autrement que comme appoint et que appartenant à la période présérothérapique (Vincent) elles ne signifient plus rien à l'heure actuelle

Quoi qu'il en soit, malheureuse ou criminelle, la perforation utérine par curette ne doit pas être prise à la légère et je me rallie entièrement à l'avis de Proust lorsqu'il dit « jamais on n'insistera trop sur la gravité éventuelle et fréquente des perforations utérines. »

La discussion à quoi je faisais allusion plus haut, plus encore le vigoureux réquisitoire de Mondor ont montré leur fréquence relative.

Il est insensé de considérer le curettage comme une intervention de petite chirurgie pouvant être faite par n'importe qui et dans n'importe quel milieu. Il faut dire et redire qu'il s'agit d'une opération comportant des risques certains si elle n'est pas exécutée dans un milieu chirurgical et par un homme entraîné à la chirurgie. Elle peut tuer par hémorragie, par infection, par lésion d'un viscère voisin. Aussi est-il indispensable, lorsqu'une perforation est probable plus encore si elle est certaine, de mettre sans perdre de temps la patiente en observation dans un centre chirurgical, glace sur le ventre et de la revoir d'heure en heure. Toute modification, soit à l'état local (apparition ou accentuation des douleurs de contracture) soit de l'état général (ascension de la température et surtout accélération du pouls) doit entraîner une intervention immédiate.

Et surtout il importe de ne pas oublier que l'usage d'un quelconque stupéfiant est la meilleure façon de nous boucher les yeux.

La laparotomie sera d'abord exploratrice. Malgré la statistique encourageante de Bumm, je me méfie un peu de la suture et lui préfère l'hytérectomie. Toutefois si la perforation est petite, sans fissures, bien placée, entourée



de tissu sain ; si la malade est jeune et résistante, si l'intervention a été précoce et surtout si l'affection première qui a nécessité le curettage, les conditions dans lesquels il a été fait apportent quelques apaisements, il est logique de tenter la suture.

Un accident de salle d'opération n'est point à mettre sur le même plan qu'une perforation d'hôtel borgne. Il est toujours prudent de doubler la suture d'une greffe épiploïque libre.

Le lavage à l'éther du péritoine est indiqué et c'est l'état de la séreuse qui conditionnera le drainage.

Fréquemment les méthodes d'exérèse sont plus satisfaisantes pour l'esprit. Je donne la préférence à l'hystérectomie totale. Le procédé que j'ai décrit en 1926 donne une opération blanche. Dans les cas simples, une mèche accordéon imbibée de sérum de Vincent remplit le pelvis et sort par voie basse avec un fort drain. Par dessus, le péritoine vésical est suturé au côlon pelvien excluant ainsi la zone suspecte.

Dans un cas particulièrement sévère, le procédé décrit sous l'inspiration de Paul Segond par Jean Riberolle, de Dax m'a rendu service. Cette « vaginale par le ventre ». permet non seulement d'agir avec une étonnante rapidité, mais encore de ne point ouvrir le paramètre où est le danger. Le sérum de Vincent sera donné par voie veineuse, à raison de 100 c. c. quotidiens. C'est indispensable.

L'ablation du foyer, permet son plein effet. Quelle que soit son action, il lui serait difficile de faire face à un ensemencement continuellement renouvelé. Et je pense qu'il est aussi nécessaire d'enlever un utérus au début d'une streptococcémie, qu'un corps étranger ayant introduit dans un organisme le bacille de Nicolaïer par exemple.

J'ai renoncé à utiliser le sang immunisé après bien des essais infructueux, mais j'ai volontiers recours à la transfusion. Sérum salé, sous la peau, sérum glucosé par voie basse, nucléinate de soude, etc., etc., trouvent ici leur emploi. Si les choses ne s'améliorent pas rapidement je n'hésite point à faire un abcès de fixation.

La perforation utérine au cours du curettage est grave, souvent elle ouvre la circulation aux streptocoques. J'ai vu mourir toutes mes malades chez qui l'hémoculture au staphylocoque était positive, jusqu'au jour où j'ai utilisé le sérum de Vincent. Le pronostic a été, radicalement changé et j'ai eu la surprise de voir guérir les malades qui m'avaient été confiées. Je suis heureux de l'occasion qui s'offre à moi de le faire savoir.

Magnésium et cancer. — Depuis que Delbet a attiré l'attention sur le rôle prophylactique qu'il attribue au magnésium contre le développement du cancer dans l'espèce humaine, des travaux déjà nombreux ont été publiés à l'appui de cette conception et un parallélisme assez régulier aurait été observé entre la fréquence du cancer et la composition du sol.

Les pays pauvres en magnésium seraient riches en cancer. Inversement dans le Delta du Nil, où, d'après Schrumpt, Pierron, les tumeurs malignes seraient beaucoup plus rares qu'en Europe le limon et les eaux même du fleuve sont relativement chargés en magnésium.

Le cancer est très répandu dans les plaines alluviales de Cochinchine et du Tonkin. Il était donc intéressant de vérifier la teneur en magnésie du sol et des eaux du Tonkin. Six échantillons de terres provenant de diverses régions du Tonkin, en particulier du Delta, montrent une teneur en magnésie trois ou quatre fois moindre que celles relevées en Egypte. L'écart est encore plus grand pour les terres de Cochinchine. La teneur en magnésie du limon du Fleuve Rouge est deux fois plus faible que celle des boues du Nil. La vase des mares tonkinoises est également très pauvre en magnésie. Par contre, l'eau de la nappe artésienne utilisée pour l'alimentation en eau de la ville de Hanoï contient en toutes saisons une proportion de magnésie élevée et très supérieure à celle des eaux du Nil. (J. BABLET et H. BADER. — *Magnésium et cancer en Indochine. Bull. Soc. méd. chir., Indochine*, 1932, t. X, n° 2, p. 232.)

Sur quelques variétés sémiologiques

Par le Docteur Ph. SCOURAS

Chef du Service neuro-psychiatrique de Salonique.
Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

« Quels que soient les syndromes neurologiques qui demain « proposeront leur énigme à la sagacité des neurologistes, il « faudra encore et toujours chercher les signes....

« Il en restera toujours à trouver. La méthode objective « n'aura jamais dit son dernier mot »

Professeur FROMENT.

(Babinski devant le problème de l'hystérie. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1934.)

Malgré les progrès incontestables de la sémiologie et les résultats acquis par la méthode objective dans l'étude clinique du système nerveux, il y a encore des points obscurs qui, pourrait-on dire, échappent au contrôle de la sémiologie classique.

Nous faisons ici allusion à certains troubles névropathiques, à certaines formes dites hystéroïdes de l'encéphalite épidémique, aux théories émises depuis quelques années par des neurologistes éminents sur les facteurs organiques de la crise d'hystérie.

Pourtant tout ne paraît pas avoir été dit sur l'examen objectif, sur les enseignements qu'on peut en retirer et, à en croire le Professeur Froment, la méthode sûre que Babinski nous légua, n'a pas encore dit son dernier mot.

Inspiré de ces idées nous avons été amené à étudier certaines particularités cliniques qu'il nous a été donné d'observer au cours des quelques maladies bien connues du système nerveux central et périphérique, et d'en exposer les modalités principales dans un article d'ensemble paru en grec (1).

Dans cette petite note, résumé de notre article princeps, nous désirons attirer l'attention des observateurs sur l'intérêt qu'il y a à poursuivre l'étude de l'examen objectif dans chaque cas particulier même en apparence classique et à leur donner l'occasion d'en discuter la portée ce qui n'est peut-être pas sans utilité pratique et aussi espérons-le doctrinale.

* * *

a) *Le signe du réflexe rotulien dans les sciatiques et les radiculites :*

Il nous a été donné d'observer l'exagération constante où intermittente du réflexe rotulien toutes les fois que l'hypotonie et l'amyotrophie des muscles postérieurs de la cuisse étaient marquées à la suite d'une sciatique ou d'une radiculite neuro-lombaire, évoluant vers la chronicité. L'exagération de ce réflexe que tout clinicien a dû certainement avoir remarquée est le résultat du déséquilibre tonique entre les muscles antagonistes, les fléchisseurs et les extenseurs, ce qui démontre l'intérêt qu'il y a à chercher le rôle du tonus musculaire dans la genèse et les manifestations cliniques de la réflectivité tendineuse.

Et c'est à l'occasion des faits de cet ordre, que nous désirons justement attirer l'attention des cliniciens sur l'importance de l'étude comparée des réflexes tendineux qui d'habitude ne sont envisagés que du point de vue strictement topographique. Or, il est hors de doute que la forme et la force d'un réflexe tendineux, ne peuvent être seulement fonction des territoires nerveux dont il dépend, mais aussi de l'état tonique hypo ou hyper de la musculature des antagonistes.

La méthode graphique pourrait certainement apporter

(1) « Asclépios », novembre 1934, Athènes.

sur cette question des éclaircissements précieux, et à cet effet nous attirons l'attention de tous ceux qu'intéresse encore ce chapitre capital de la sémiologie nerveuse qui est l'étude de la réflectivité.

b) *La rigidité parkinsonienne.* — A la suite des travaux si importants du Professeur Froment, sur la pathogénie de la rigidité parkinsonienne, on sait que ce syndrome capital dépend avant tout et surtout de l'état dystasique du malade, à savoir du déséquilibre statique que le malade s'efforce de corriger à tout moment par un mécanisme de renfort compensateur.

Pour démontrer l'existence de la rigidité latente chez certains parkinsoniens frustes, le Professeur Froment vient de décrire quelques petits signes révélateurs et entre autres ce qu'il appelle le signe du comptoir.

Désireux de trouver un test plus facile et surtout plus délicat, permettant en même temps l'étude comparative de deux hémi-corps, pendant l'épreuve nous avons été amené à décrire ce que nous appelons : le signe de l'abduction passive des bras.

Pour ce faire, nous ordonnons au malade de faire une course de 25 mètres au petit pas, et à la fin de sa course, nous saisissons de chaque main le poignet du malade de deux côtés et nous imprimons à ses bras de larges mouvements d'abduction tout en lui recommandant de se « laisser aller ».

C'est alors qu'apparait une certaine résistance dans l'exécution de ces mouvements du côté malade, du côté parkinsonisé où on a nettement l'impression de la résistance cireuse de la rigidité extrapyramidale.

Comme on voit, ce procédé plus simple et plus souple permet l'étude comparative de l'état du tonus musculaire chez les parkinsoniens frustes dont on a intérêt à dépister la rigidité latente soit d'un côté, soit de l'autre.

Il est très difficile de dire quel mécanisme pathologique préside à l'apparition de ce petit test.

Toutefois et conformément aux idées émises par Froment, nous croyons que l'arrêt brusque du malade à la fin de sa course, provoque un déséquilibre momentané et brutal de la statique, et de ce fait, il oblige le malade à faire appel à son mécanisme de renfort compensateur pour rétablir son équilibre vacillant d'où le déclenchement de la rigidité du côté parkinsonisé.

C'est, en somme, un test qui met en épreuve le mécanisme de l'équilibration tant normal que pathologique en état statique où volitionnel.

c) *Le nystagmus dans les paralysies faciales périphériques.* — Il nous a été donné de voir apparaître un nystagmus horizontal battant de deux côtés mais surtout du côté du nerf paralysé. Il s'agit soit d'un nystagmus, comme on en voit dans certaines affections cérébello-vestibulaires, soit alors des secousses nystagmyformes sans caractères bien particuliers.

Ce nystagmus est toujours plus fort du côté malade que du côté sain.

Les cas qu'il nous fut donné d'observer, appartenaient aux paralysies faciales périphériques dites *a frigore*, mais c'est surtout dans le syndrome de Ramguy-Hunt, que nous avons remarqué les plus beaux échantillons de l'espèce, et cela en raison peut-être de l'atteinte simultanée des voies labyrinthiques. Quoiqu'il en soit c'est encore un signe à l'étude qui n'avait pas jusqu'à présent, autant que nous sachions, attiré toute l'attention voulue des auteurs, et qui n'est pas mentionné dans les traités classiques.

c) *Le clonus de l'avant-bras.* — Dans deux cas de compression haute de la moelle (mal de Pott sous-occipital) nous avons remarqué une rigidité particulière des bras du malade que l'on pouvait facilement mettre en évidence par la recherche *du clonus de l'avant-bras.*

C'est un signe que l'on peut obtenir par la manière résistante. Nous fixons l'avant-bras du malade par une main tandis que de l'autre nous imprimons des mouvements de supination et de pronation fermes et rapides. Lorsque l'avant-bras demi-fléchi du malade est en pronation nous nous apercevons de quelques secousses parfois visibles et comparables à celles que l'on obtient par le phénomène analogue du clonus du pied.

Les secousses se font dans le sens de la pronation, jamais dans celui de la supination. Leurs caractères sont ceux des risques pyramidaux à savoir isochrones, réguliers presque inépuisables.

Nous attribuons à ce signe la même valeur neurologique qu'à celui du pied, et nous invitons les observateurs à contrôler la réalité de son existence, dans tous les cas de compression haute de la moelle. C'est un clonus gyratoire à l'encontre du clonus du pied qui est, lui, perpendiculaire. C'est peut-être la seule différence qui les sépare.

Ces quelques variétés sémiologiques que nous venons de décrire ne méritent même pas le qualificatif du *signe* tant, on peut dire, elles sont calquées sur la sémiologie classique du système nerveux.

Toutefois, il nous a paru non dénué d'intérêt d'en donner une description sommaire sans prétention aucune et sans autre ambition que celle qui consiste à attirer l'attention des lecteurs sur le côté neuf, si petit soit-il, qu'elles comportent. Cela servirait peut-être de point de départ à des considérations bien plus fécondes.

De toute façon le signe est la pierre angonale de l'édifice neurologique, et depuis Babinski nous avons connu la valeur de l'objectif dans la hiérarchie des faits cliniques. Ce serait notre seule excuse au cas où sans le vouloir nous en avons exagéré la portée et grossi leur importance.

CHRONIQUE

Climats

Guerre (la plus récente). Le froid, le vent, la pluie, le gris dans la montagne de Reims, au lieu de Paris bourgeois et civilisé, sans préjudice du bruit martellant et odieux du canon. Les camarades avec qui l'on vit coude à coude. La popote et ses conversations crépitant comme bruit de mitrailleuses.

Un jour, plus chasseur alpin que toubib, nous y avons reçu ce PIÉRY, ce lyonnais, à l'allure décidée, qui nous a pas mal « épaté » et qui, aujourd'hui, dans un livre magistral, vient nous parler du froid, du vent, de la pluie, de tout ce qui cingle l'organisme et, aussi, du soleil, de la mer, des montagnes et des plaines — de tout ce qui régente l'homme.

Oh ! l'admirable livre (1) ! que je voudrais le voir lire par tous les médecins ;... ce livre qui renoue la grande tradition d'Hippocrate, la tradition plus vieille qu'Hippocrate qui porte attention à l'air, aux eaux et aux lieux.

C'est vraiment une « Somme » de nos connaissances et que le livre de BOUDIN, jusqu'ici notre seul compendium, pâlit auprès de ces deux mille six cents pages documentées !

Les directeurs de cette publication ont fait appel aux compétences de tous les pays du monde et de toutes les

(1) Traité de climatologie biologique médicale. Publié sous la direction de M. PIÉRY, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Lyon, secrétaire de la rédaction ; M. MILHAUD, assistant d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Lyon, et VAN DER ELST, Dr. ès lettres, conférencier de l'Institut catholique de Paris. Préface du Professeur DARSONVAL. Trois volumes in-8, 2664 pages.

---

disciplines : météorologistes, géo-physiciens, physiciens, chimistes, géographes, climatologistes, hygiénistes, cliniciens de la médecine et de toutes ses spécialisations — quelque cent cinquante collaborateurs, trois membres de l'Académie des Sciences et quatorze correspondants de cette compagnie, des Professeurs de la Faculté de Paris, des Professeurs de la Faculté de Lyon, de l'Université de Vienne, le Doyen MAURAIN, la Sorbonne, la médecine militaire, des ingénieurs, des architectes, le *Concours Médical* représenté par MOLINÉRY, le *Progrès Médical*, représenté par notre rédacteur en chef, la clinique française avec RATHERY, RIEUX, DUMAREST, DUMAS (j'en passe et des meilleurs), nos hydrologistes et nos hygiénistes, nos grands chimistes avec le Professeur DESGREZ et les maîtres de la géographie avec EMMANUEL DE MARTONE et les Maitres tout court tel ROLLIER.

Cependant... cependant il est, au moins, un nom que j'ai été étonné de ne pas voir dans cette Assemblée — le nom d'un médecin et physicien. Il est vrai qu'il est souvent cité.

La climatologie médicale cesse d'être fondée sur l'empirisme. A cet égard, ce bel ouvrage est appelé à rendre les plus grands services au médecin, à celui qui a le souci de connaître la réaction de l'homme vivant et de les utiliser pour le bien de l'homme sain et de l'homme qui souffre.

L'ouvrage est divisé en neuf livres comportant chacun une introduction générale : climato-physique et climato-chimique (SORRE) ; climatographie générale (E. DE MARTONE), bioclimatologie (H. CARDOT) ; climatologie humaine (VAN DER ELST) ; physio-climatologie normale et pathologique (P. CARNOT) ; climato-pathologie (A. ROCHAIX) ; techniques et pratiques de cure climatique (G. GIRAUD) ; climatographie médicale (climats médicaux et thérapeutiques, stations climatiques) (J. SELLIER) ; clinique climathothérapique E. DUHOT).

Le *livre premier* est consacré à la climato-physique et à la climatochimie. Il étudie successivement les éléments météorologiques des climats : les éléments météorologiques du climat, l'électricité atmosphérique, la radioactivité de l'atmosphère, l'air atmosphérique, les corpuscules inertes et vivants de l'atmosphère, les facteurs cosmiques des climats, les éléments telluriques des climats (facteurs géographiques, facteurs géologiques et telluriques), l'eau de mer, les eaux douces et se termine en amorçant une classification biologique des climats.

Le *livre deuxième* traite la climatographie en général : climats de la France, climats de l'Europe, climat de la Suisse, climats du reste de la terre, climats polaires.

Le *livre troisième* expose les lois les plus générales de la bioclimatologie, sous la triple rubrique de la biologie générale (due à la plume de notre grand G. BOHN), de la biologie botanique et de la biologie animale.

Le *livre quatrième* s'intitule climatologie humaine et envisage l'action du climat au point de vue psychologique, ethnique, social et esthétique. TSHIJEWSKI met au point la question millénaire et toujours troublante du rapport qui existe entre les révolutions, guerres et autres mouvements sociaux, d'une part, et, d'autre part, les modifications périodiques d'intensité dans l'action du soleil.

La physioclimatologie normale et pathologique ont fait l'objet du *cinquième livre*. Des physiciens, des chimistes, des physiologistes discutent les effets des agents météorologiques et chimiques, des rayons solaires, de l'ionisation de l'atmosphère, de la radioactivité de l'atmosphère sur l'organisme.

Puis sont exposées les actions des principaux types de climats : climats tempérés, climat continental, climat des hauts plateaux, climat urbain, climat de montagne, climat marin, climat de plateau moyen, climats de plaine, climats de vallée, climat de lac, climat de forêt, et, pour finir, climat désertique avec sa sécheresse, sa chaleur, sa luminosité et sa pureté.

Puis deux grands cliniciens particulièrement compétents, ROLLIER (de Leysin) et BARRAUD (de Chatelaillon), expliquent ce que sont les effets physiologiques et thérapeutiques des bains de soleil et des bains de mer, cependant que le Professeur CARLE étudie l'eau de mer en usage interne.

Le *livre sixième* est le livre de la pathologie climatique : météoropathologie traitée par G. MOURIQUAND, telluropathologie traitée par A. LUMIERE, l'action de l'activité périodique solaire sur les épidémies, sur la mortalité générale, climatogéographie des maladies, climatopathologie vétérinaire. ROCHAIX s'essaie ensuite à préciser l'action pathogène des facteurs climatiques, l'adaptation aux climats, l'hygiène climatique.

Puis, tour à tour, cette pathologie est étudiée suivant le lieu : tropiques, déserts, pôles, villes, hauts plateaux, montagnes.

Le chapitre consacré à la climatopathologie des régions polaires est dû à un médecin qui a vécu au Spitzberg et m'a appris beaucoup de faits observés par lui. Mais je n'y ai trouvé mention d'autres constatations bien suggestives faites dans d'autres régions nordiques.

Le *livre septième* traite des techniques et pratiques des cures climatiques : techniques de cure commune aux stations climatiques exposées par F. DUMAREST et H. MOLLARD ; rapports de l'éducation physique et des sports avec les conditions climatiques ; association des cures hydrominérales et des cures climatiques : villégiatures, changement de climat. Sous le nom de pratiques climatothérapiques spéciales sont groupées, ensuite, les cures héliothérapiques, la thalassothérepie, les bains de boues marines, les bains de rivière, la cure sanatoriale maritime, les voyages en mer, la pratique de la cure sanatoriale chez les tuberculeux pulmonaires et la cure sanatoriale climatique pour nerveux que R. DUBOIS (de Saujon) a exposé avec son expérience et sa sagacité.

Les arcanes de l'organisation et du fonctionnement d'une station climatique nous sont exposées par divers techniciens.

Le *livre huitième* s'intitule climatographie médicale et traite, en France et par le vaste univers, de toutes les ressources climatiques qu'il est utile aux médecins de connaître. Cette partie comporte neuf cents pages. La France est découpée en vingt et une régions et, pour fixer les idées, nous indiquerons que le Massif central a droit à soixante pages. Le Professeur VILLARET et JUSTIN BEZANÇON exposent, en dix pages judicieuses et documentées, le climat et les organisations climatiques de la région parisienne. Plus loin, cent cinquante pages font le point pour la climatologie médicale de nos colonies.

Enfin le *livre neuvième* termine cet admirable ouvrage par une clinique de la climatothérapie. C'est E. DUHOT (de Lille) qui ouvre le feu et campe les indications générales et les possibilités de la guérison par le climat.

LOEPER et JUSTIN BEZANÇON font un exposé suggestif de ce que les climats peuvent pour améliorer les maladies de la nutrition, pour faire maigrir les obèses ou pour faire engraisser les étiques, pour réchauffer les goutteux et les oxalémiques, pour calmer les basedowiens et exciter les myxœdémateux. Puis, tour à tour, sont envisagés la tuberculose pulmonaire, les maladies oto-rhino-laryngologiques, les affections de l'appareil respiratoire, les affections de l'appareil cardio-vasculaire, les maladies du rein, les maladies du tube digestif, les maladies du foie, les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, les maladies du système nerveux, les maladies de la peau, les affections chirurgicales, la tuberculose génito-urinaire de l'homme, les maladies des yeux.

J'ai lu avec un plaisir extrême ce que AIMES a écrit sur la gynécologie : quelles excellentes pages pour la femme qui souffre !

*

Quelle magnifique entreprise et comme il faut en féliciter PIÉRY, MILHAUD et VAN DER ELST. Dans ce traité, rien de ce qui touche la climatologie médicale n'a été négligé ; il n'est pas un « tuyau », pas un point scientifique qu'on ne puisse trouver dans cet admirable traité. On l'y trouve facilement grâce à des tables analytiques bien établies.

Il faut louer le Professeur PIÉRY, après son bon livre sur les *Eaux minérales radio-actives*, de nous avoir donné cette clé des airs, des eaux, des vents et du soleil.

Henri VIGNES.

NOTES DE STOMATOLOGIE

De la formation du tartre dentaire Brossage rationnel des dents

Par A. WILCKEN

Certaines autorités estiment la pyorrhée alvéolaire dans 95 % des cas, est une maladie due à l'état de malpropreté des dents, le reste étant d'origine constitutionnelle (1). Avec l'évolution, l'homme a perdu l'habitude d'une mastication vigoureuse. L'art de la cuisine ayant changé la présentation des aliments, ceux-ci ont été de plus en plus cuits, préparés et mous.

Lorsque le régime alimentaire comporte des éléments durs et coriaces les dents sont nettoyées par le travail qu'elles fournissent, et les gencives vigoureusement massées ou stimulées pendant la mastication. Depuis que le nettoyage et le massage ne sont plus automatiques, il devient nécessaire d'y suppléer artificiellement et c'est ainsi que le brossage est devenu une importante fonction et la profession dentaire y insiste très particulièrement. Si pendant le brossage des dents, une attention toute particulière n'est pas apportée à l'accomplissement de cet acte, les gencives deviennent molles et spongieuses, d'où il résulte un relâchement des tissus muqueux, au niveau du collet des dents. Sous de telles conditions, il n'est pas surprenant de trouver du tartre collecté au niveau des collets des dents.

Le tartre résulte de la calcification des matières organiques déposées sur les dents. Il est toujours constitué de cellules épithéliales desquamées, provenant de la muqueuse de la bouche, puis de débris de nourriture, mucine de la salive et des divers micro-organismes variés qu'on trouve habituellement dans la cavité buccale. Au début de la formation, il consiste en un film mou, composé de ces substances. A cet état celles-ci pourraient aisément être enlevées par un brossage convenablement fait et exécuté régulièrement chaque jour. S'il y a négligence le film s'épaissit, durcit et finit par être calcifié par les sels organiques contenus dans la salive. L'analyse chimique montre des proportions variables dans la composition du tartre. Les chiffres ci-après indiqués, ne sont qu'une moyenne : phosphate de chaux 70 % ; carbonate de chaux, fluorure de calcium et phosphate de magnésie 10 %, eau et matières organiques 20 %. Quand le tartre est devenu très dûr il contient alors un plus fort pourcentage de sels organiques, quand il est mou un plus haut pourcentage de matières organiques et d'eau. La tendance à la formation de tartre est variable suivant les individus et suivant l'âge. Le type mou prédomine dans la jeunesse, et le type dur chez les personnes âgées.

Les soins du dentiste ne peuvent apporter qu'une amélioration limitée, à moins que le patient ne continue l'entretien. Le tartre s'accumule plus rapidement à la face interne des dents inférieures en particulier.

D'abord, parce que c'est l'emplacement le plus difficile à atteindre à la brosse, et d'autre part les canaux, les glandes sub-linguales et sous-maxillaires débouchent en regard de ces dents.

Si d'ailleurs le brossage est fait dans des conditions défectueuses sur toutes les autres dents, beaucoup de tartre s'y accumule aussi.

La conclusion est que les patients doivent apprendre à se brosser les dents et bien peu savent le faire. Les pâtes et poudres dentifrices n'ont pas les propriétés que ceux qui les préparent voudraient leur attribuer.

Avant tout il faut une brosse à soies très dures. Les dents doivent être brossées en y apportant l'attention que comporte un acte accompli dans un but prophylactique. Le meilleur moyen pour concentrer l'attention, est de s'obliger à compter le nombre de coups de brosse. C'est ainsi qu'on devra donner dix coups de brosse sur la face externe des molaires supérieures côté droit, dix coups sur la face externe des molaires supérieures côté gauche, dix coups sur la face antérieure des dents antéro-supérieures, dix coups sur les faces internes des mêmes dents, divisées en trois groupes, cinq coups sur les faces triturantes des molaires de chaque côté. Répéter ces mêmes opérations sur les dents de la mâchoire inférieure. Pendant le brossage ne jamais mettre les dents bout à bout, ce qui ferait manquer l'opération. Au contraire, tenir les arcades dentaires écartées. De cette manière la surface totale des dents est couverte par la surface de la brosse et les collets des dents se trouvent atteints par les soies de la brosse. Si le brossage est ainsi fait, le tartre mou est enlevé journellement dans sa presque totalité, et il n'y a que celui qui échappe à ce nettoyage qui devient susceptible de durcir. Aux patients produisant beaucoup de tartre durcissant rapidement, je recommande le bain de bouche journalier, prolongé, avec une cuillerée à café de néol dans un demi-verre d'eau tiède. Depuis plusieurs années que je préconise ce bain de bouche, j'en ai obtenu des résultats surprenants.

(1) *Journal of the American Médical Association*, 1933, deuxième trimestre, p. 1581.

« Il y a d'assez longues années, dans une conférence faite à l'Association d'enseignement médical des hôpitaux, je disais : « Je n'opère plus les malades qui ont peur. » La remarquable conférence faite par le prof. Vaquez à la Société de chirurgie a confirmé la valeur de cette opinion. Je pense que, malgré des chiffres analogues fournis par des examens de laboratoire, ce ne sont pas choses semblables qu'étendre sur la table d'opération une fibromateuse terrorisée ou enlever le fibrome d'une femme qui, tranquillement, demande à en être délivrée. Ne nous dit-on pas, d'ailleurs, que Crile attache autant d'importance, pour fixer l'heure de ses thyroïdectomies, à l'état moral de ses malades, qu'aux résultats fournis par la recherche du métabolisme basal ? »

(G. MÉTIVET. L'esprit anatomique, l'esprit physiologique et l'esprit clinique en chirurgie. *La Presse Médicale*, 2 février 1935).

« Je me souviens d'avoir vu en salle de garde ces équipes de candidats (*à l'internat*) se renouvelant plusieurs fois par semaine, copiant sans arrêt des questions, acceptant sans discuter, sans réfléchir, toutes les vérités, toutes les opinions, toutes les formules qui leur étaient dictées par *le Conférencier Pion*, et je regardais avec stupéfaction ces externes, dont quelques-uns étaient mes camarades, s'abêtir dans ce véritabe bachotage de l'internat. »

(R. MASSART. Faut-il modifier le concours de l'Internat. *Le Concours Médical*, 3 mars 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

Atlas de technique chirurgicale des affections de l'avant pied, par A. WALLET. Wallet, éditeur, 53, rue Condorcet, à Paris. Prix : 100 francs.

On ne s'occupe pas de ses pieds avant d'en souffrir et quand on en souffre on est tenté de prendre son mal en patience — avec l'idée que la thérapeutique est désarmée contre ces inconvénients. Et, pourtant, il y a une répercussion des maux de pieds sur l'ensemble de l'organisme par l'intermédiaire de réflexes divers sans préjudices de troubles parfois accentués de la statique.

La guérison de ces menues affections douloureuses n'est pas toujours aisée et nécessite une thérapeutique spéciale. Et pourtant le traitement des cors, oignons, œil de perdrix est laissé à des pédicures qui sont souvent habiles, mais qui sont souvent dépourvus d'idées générales.

Il y a place là pour une nouvelle spécialité de la médecide. C'est ce qu'a pensé notre bon confrère Wallet qui a à son actif quelque six milles opérations sur l'avant-pied.

Il expose les opérations simples qu'il pratique — soit pour les avoir apprises, soit pour en avoir réglé la technique. On n'improvise pas l'étude des réactions douloureuses de l'organisme contre les pressions, compressions, traumatismes ou microtraumatismes, s'exerçant d'une manière anormale et continue sur l'avant-pied et les orteils.

Le secret de toute cette pathologie réside dans l'appréciation des effets exercés par un traumatisme à répétition d'une saillie osseuse contre le sol et les chaussures à travers les parties molles, effets déterminant forcément une réaction de défense des parties molles épaississement puis hygroma. Un « cor » n'est pas autre chose que la réaction de défense plus ou moins compliquée qui recouvre toujours un point osseux plus ou moins saillant : c'est donc un hygroma à un stade quelconque de son évolution.

Le public baptise indifféremment « cors » toutes les affections de l'avant-pied, et les surnomme suivant l'endroit : oignons, œils-de-perdrix durillons, etc... En réalité le public, pense Wallet, a raison dans son unité de conception : à quelque endroit qu'elle siège la lésion est toujours identique à elle-même ; il suffit pour parler scientifiquement de changer « cor » en « hygroma » et d'ajouter la localisation osseuse. C'est bien en effet une lésion produite par le traumatisme ou le microtraumatisme à travers les parties molles d'un os contre un corps dur, contre une chaussure ou toute autre résistance. Un cor n'est jamais en aucun cas une prolifération épidermique sans cause profonde. Toute opération sur les tissus qui ne détruira pas la cause osseuse initiale, sera infailliblement vouée à l'échec et à la récidive rapide si le traumatisme se reproduit.

Pratiquement ces hygromas guérissent avec la plus grande facilité, quelle que soit l'origine qui puissent leur être attribuée, par la résection chirurgicale de la cause de compression profonde ayant créé l'affection.

Les autres affections courantes et banales de l'avant-pied sont au nombre de quatre : *a)* ongle incarné ; *b)* exostose sous-unguéale ; *c)* kystes divers ; *d)* verrues plantaires ou papillomes du pied. Ces affections sont aussi facilement curables chirurgicalement que les hygromas.

On ne s'impose pas chirurgien des cors. Tel chirurgien improvisé ou médiocrement éduqué opérera une appendicite à la satisfaction plus ou moins justifiée de son client. Certes il aura parfois des séquelles pénibles. Mais qui songera à l'incriminer. Tel autre amputera un col et obtiendra une virole fibreuse, que la patiente ignorera. En matière de cette toute petite chirurgie qui met en œuvre les réactions du tissu osseux, la médiocrité n'a pas sa place et c'est pour cela qu'il faut louer Wallet d'avoir dans son excellent livre, richement illustré, bien démontré ce que sont les techniques pour la chirurgie de l'avant-pied. Henri VIGNES.

L'évolution psychiatrique. Fascicules I et II, 1934. D'Artrey, éditeur, Paris.

Il devient de plus en plus nécessaire au psychiatre, pour la compréhension exacte des phénomènes mentaux et des anomalies caractérielles, et par suite pour l'établissement de procédés thérapeutiques rationnels, d'être mis au courant des questions nouvelles ou d'être informé des récentes acquisitions : l'évolution psychiatrique remplit admirablement ce rôle, car elle cherche, en s'adressant à des praticiens compétents, à faire le joint. Dans ces deux volumes on peut apprécier les questions qui suivent.

D'Allendy : la loi de similitude en psychiatrie qui indique à ceux qui veulent approfondir le problème une ligne de recherches qui peut se montrer extrêmement féconde : le parfait parallélisme entre l'homéopathie et la psychanalyse sur les deux bases de la similitude et de l'infinitésimalité.

Le Docteur Cénac rend compte du VIIIe Congrès des psychanalystes français.

Le Docteur Gilles présente une étude remarquable sur les rapports de la tuberculose avec les psychonévroses. Cette question a été souvent abordée, mais Gilles a su avec un sens clinique pénétrant établir des conclusions précieuses permettant au psychiatre de puiser les éléments d'un traitement rationnel.

Le Docteur Mâle fait un exposé du pronostic en spychiatrie infantile. Analysant les faits et les scrutant méthodiquement, il indique les éléments qui permettent d'obtenir une connaissance de la valeur d'un individu, de son avenir et des méthodes de traitement à utiliser.

Le Docteur G. Robin expose la question du pervers et propose une classification : il a pleinement raison, car on abuse trop du terme pervers pour distinguer le degré et la forme de la perversion. Il distingue : 1° les perversions constitutionnelles avec deux variétés, les perversions type Dupré et les perversions par impulsions instinctives ; 2° les perversions acquises se subdivisent en perversions symptomatiques, en perversions névropathiques et en perversions résultant d'une ambiance malsaine.

Cette classification générique m'intéresse d'autant plus que je répète (sans être entendu !) que lorsqu'on qualifie un adolescent de pervers il convient de noter le degré d'intensité (débilité morale, atrophie morale et inversion morale) ; or les subdivisions de Robin pourront être mises en regard des niveaux moraux et les expliquer.

Le Docteur de Saussure : étude sur les rapports des colibacilloses et des troubles psycho-névrosiques.

Mlle Achard remarque très judicieusement qu'il ne suffit pas de fixer de ce point de vue elle distingue les types dispersés (éparpillé, discordant, perturbé). Elle signale aussi un type adhésif. A mon avis les types adiposo-génitaux et cryptorchidés sont mal définis.

Le Docteur Bischler interprète la schizoïdie à l'aide de la psychanalyse.

Le Docteur Borel : remarques psychalogiques et cliniques sur l'expression de l'ineffable dans les états psychopathiques.

Le Docteur Dublineau expose des idées nouvelles et des plus intéressantes sur les psychoses alcooliques : Dans quelles proportions le toxique intervient-il ? Quelle est la signification des troubles et quel est son retentissement ? Comment délimiter l'alcoolisme ? La question du terrain et ses relations avec la morphologie. Alcoolisme et schizophrénie. La spécificité alcoolique. Tous ces points sont envisagés et nous démontrent le sens clinique de l'auteur.

Le Docteur Muller parlant des mécanismes de guérison dans la schizophrénie et les appuyant sur l'expérience, prouve que le médecin n'est pas aussi dépourvu de méthodes curatives qu'on l'estime souvent. La psychothérapie, en un mot, donne des résultats.

Toutes ces indications sommaires démontrent l'intérêt de la publication « évolutive psychiatrique » et on ne peut qu'exprimer le désir de la voir continuer et prospérer. G. PAUL-BONCOUR.

L'Art de gérer et de défendre sa fortune, par Constantin PIRON. Un volume de 320 pages in-18 : 12 francs. A. Fayard et Cie, éditeurs, à Paris.

Les derniers scandales financiers ont démontré, sinon la naïveté, du moins le manque d'information du capitaliste.

Voici un livre qui prétend apporter une chose bien rare dans les questions financières : du simple bon sens.

Il vous sera précieux dans un temps où il est si difficile de défendre son patrimoine.

C'est le « livre de raison » du capitaliste.

L'Argot du Milieu, par le Docteur Jean LACASSAGNE ; 2e édition avec la collaboration de Pierre Devaux. Préface de Francis Carco. Albin (Michel), éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Cet ouvrage, qui n'est point l'œuvre vaine d'un curieux, mais le travail consciencieux d'un criminologiste averti, a eu du succès puisqu'en voici une seconde édition, revue, augmentée. Si toute considération linguistique en a été bannie, il n'en reste pas moins un dictionnaire dont l'intérêt est de premier plan.

Moutons et porcs d'herbage, par Jean TROUPEAU-HOUSAY. Un volume 12 × 19 de 74 pages. Broché : 7 fr. 70 franco. Librairie agricole et horticole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

On sait que l'élevage des moutons est l'une des dernières spéculations agricoles qui soit susceptible de payer ; encore faut-il que cet élevage soit fait au moindre coût et d'après les nouveaux procédés rigoureusement contrôlés. C'est pour répondre à de nombreuses questions qui lui furent posées et aussi pour traiter conjointement à celui du mouton, de l'élevage du porc en plein air que M. Troupeau-Housay a, dans ce nouvel ouvrage, donné de nouvelles vues, des précisions demandées par les praticiens, etc., etc.

THÉRAPEUTIQUE

La maladie veineuse

Les injections sclérosantes représentent actuellement la méthode de choix en ce qui concerne le traitement des varices : ces injections faites correctement par des spécialistes donnent un résultat complet et durable, en ce sens, tout au moins qu'une varice suffisamment sclérosée ne doit pas manifester de nouveau son existence, la lésion locale se trouvant supprimée par action du liquide sclérosant ; mais ce traitement ne peut avoir la prétention de détruire la diathèse variqueuse : guérir est bien, prévenir serait mieux, prévenir d'une part les récidives et d'autre part les accidents divers provenant de l'insuffisance veineuse : les phlébites profondes qui ne peuvent profiter du traitement sclérosant, les troubles de circulation périphériques sans dilatation veineuse constituée doivent être considérés comme maladie des veines et traités comme tels. Pour soulager la circulation de retour, on utilise des associations médicamenteuses dans lesquelles figureront à la fois des vaso-constricteurs du type hamamélis et des toniques tels que le cratægus, le condurango, la noix vomique.

En outre le rôle des glandes endocrines en pathologie veineuse est trop connu pour que nous ayons besoin d'insister ; l'insuffisance veineuse est entretenue par une altération de ces glandes ; un examen attentif permettra de préciser la nature de la glande en cause et s'il s'agit d'un hyper ou d'un hypo-fonctionnement.

L'apparition des troubles de circulation ou leur aggravation, l'éclosion des varices coïncidant fréquemment avec les périodes de la vie sexuelle féminine (puberté, menstruation, grossesse, ménopause), on est en droit d'admettre que, dans l'immense majorité des cas, la fonction ovarienne joue un rôle de premier plan ; les interventions chirurgicales, la radiumthérapie portant action sur cette glande, sont démonstratives au même titre qu'une expérience.

La conclusion thérapeutique est donc la suivante : il faut combattre l'insuffisance veineuse par action médicamenteuse sur les parois des vaisseaux et lutter par l'opothérapie contre la déficience des glandes endocrines ; une dualité médicamenteuse se trouve ainsi nécessaire ; mais ces traitements doivent être suivis avec patience et c'est dans ce but qu'il faut s'efforcer de les simplifier ; on a déjà bien de la peine à obtenir des malades qu'ils persévèrent dans l'usage d'une préparation ; leur imposer d'en utiliser deux à la fois c'est beaucoup demander ; et puisque le sexe féminin est spécialement prédisposé à l'insuffisance veineuse du fait de troubles de la fonction ovarienne, il est tout indiqué d'associer en une même préparation les médicaments destinés à combattre les deux causes pathologiques ; c'est dans ce but qu'a été étudiée la formule du Cupremone : la première indication sera remplie par le Cupremone simple, choix judicieux de substances à action élective sur les parois veineuses ; à cette préparation seront associés, suivant le diagnostic causal, les produits opothérapiques appropriés ; dans les cas d'insuffisance ovarienne, on ajoutera la folliculine qui a fait ses preuves et reste la médication de choix ; on réalisera ainsi le Cupremone F qui permettra aux malades de trouver en un seul médicament les principes répondant aux deux médications de la thérapeutique spéciale aux affections des veines.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Deux cas d'érysipèle récidivant de la face sont quelque peu divergents. L'un revêt le type classique de l'érysipèle cataménial, qui débute après la puberté et suit l'évolution du cycle menstruel. L'autre est un érysipèle prépubertaire et post-ménopausique, qui ne se manifeste que lorsque les fonctions ovariennes sont en sommeil.

Les faits observés sont complexes, mais il n'est pas impossible d'en prodoser une interprétation logique.

Il est en effet acquis que de nombreux sujets sont en permanence porteurs de streptocoques, tantôt saprophytes latents, tantôt agents infectieux actifs, périodiquement réveillés à la faveur de modifications dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne ; ce qui change périodiquement, ce n'est pas la virulence du germe, mais la qualité de la défense.

L'influence des fonctions ovariennes paraît procéder d'une série d'actions intriquées et complexes.

L'apparition du cycle menstruel favorise le réveil infectieux par deux mécanismes : d'abord par l'activité congestive et vaso-motrice générale, ensuite par un état d'anergie qui paraît lié au trouble important du métabolisme pendant la période menstruelle

Il convient d'opposer à cette énergie l'action générale antitoxique de la sécrétion ovarienne.

(G. Giraud, J. Ravoire et J.-M. Bert. Remarques à propos de deux cas d'érysipèle récidivant de la face. *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, décembre 1934.)

Appareil circulatoire

Dans le cadre des hypertensions juvéniles il est un type clinique qui mérite de retenir l'attention, c'est l'hypertension sympathique solitaire, qui peut se résumer ainsi :

Hypertension modérée, de type divergent, à prédominance maximale, s'exaltant sous l'influence de l'effort, cédant à un repos suffisant.

Cette forme est absolument identique à la réaction tensionnelle qu'on observe dans les névroses tachycardiques, mais elle comporte, du moins au repos, un rythme normal.

Les troubles fonctionnels qui expriment cette variété d'hypertension, la formule tensionnelle qui la révèle, l'augmentation du métabolisme basal qui l'accompagne parfois nous incitent à conclure à sa nature sympathique.

Cette hypertension n'a aucune tendance à régresser spontanément, elle n'a pas non plus de tendance à évoluer dans le sens d'une cardiopathie hypertensive.

La thérapeutique doit être calquée sur celle de l'instabilité cardiaque. Pas de repos absolu, pas de sédatifs, pas d'hypotenseurs, pas de toni-cardiaques, mais une readaptation à l'effort.

(A. Tourniaire. Des hypertensions artérielles, solitaires, juvéniles non évolutives, d'origine sympathique. *Gazette médicale du Sud Ouest*, 15 février 1935.)

Neurologie

Les foyers lacunaires ne sont point rares dans la protubérance, mais leur traduction clinique soulève souvent des difficultés ; une observation, qui tire son intérêt de la confrontation d'une symptomatologie hypertonique et de lésions de dégénérescence et de désintégration protubérantielles, entraîne quelques remarques d'ordre nosologique, pathogénique et diagnostique.

1° On considère classiquement que l'hémiplégie alterne et les symptômes oculaires constituent le fond du syndrome protubérantiel, alors que les accidents convulsifs et hypertoniques, au cours de ce syndrome, seraient rares et pourraient même n'être que des épiphénomènes ; en fait, dans l'observation en question, on a rencontré pour une lésion destructive isolée, étendue, mais circonscrite, siégeant en pleine partie médiane de la protubérance, une symptomatologie faite d'accidents convulsifs paroxystiques et d'hypertonie, avec atteinte pyramidale diffuse et discrète.

2° L'interprétation des crises convulsives et des contractures observées au cours des syndromes vasculaires pontiques donne lieu à certaines difficultés. Ici les crises ont été constituées par des accidents exclusivement toniques ; cela est en accord avec la conception, qui différencie l'irritation corticale, génératrice de convulsions cloniques, de l'irritation des centres mésencéphaliques, productrice de convulsions toniques.

3° Enfin la même observation montre qu'il faut songer à la possibilité d'un syndrome vasculaire protubérantiel, lorsque apparaissent brusquement chez un vieillard des convulsions toniques suivies de contractures, que l'on pourrait être tenté de rapporter à une hémorragie méningée, une inondation ventriculaire ou une urémie convulsive.

(G. Giraud, J. Ravoire et J.-M. Bert, avec la collaboration de H.-L. Guibert. Crises toniques et contractures chez un malade porteur d'un foyer lacunaire protubérantiel, en l'absence d'hémorragie actuelle. *Archives de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, décembre 1934.)

Pédiatrie

Les localisations hilaires des pneumococcies infantiles se présentent sous trois formes différentes :

1° *La pneumonie à localisation hilaire pendant toute sa durée.*

Au point de vue clinique elle a la même symptomatologie qu'une pneumonie banale à ombre triangulaire typique ; elle se présente comme une pyrexie élevée, persistante, atteignant l'état général et cédant par une brusque défervescence, avec une évolution habituellement favorable.

Au point de vue radiologique la localisation pneumonique apparaît sous forme d'une masse plus ou moins volumineuse, sombre, souvent ovoïde, d'homogénéité variable, accolée au hile et tranchant nettement avec le parenchyme voisin, vers lequel cependant elle peut émettre quelques fines arborisations.

2° *La pneumonie à début hilaire et évolution périphérique.*

Elle est plus fréquente que la localisation purement hilaire ; il s'agit en somme d'une pneumonie en apparence banale, mais dont le début est central au lieu de se faire à la périphérie.

Il n'y a pas toujours parallélisme entre les signes perçus et la situation de l'ombre radiologique.

3° *Les localisations hilaires des pneumococcies non hépatisées.*

En dehors de la pneumonie lobaire aiguë le pneumocoque peut créer chez l'enfant toute la gamme des infections avec ou sans localisation pulmonaire, allant de la simple rhinopharyngite à la congestion ; la pneumococcie non hépatisée peut se localiser dans la région parahilaire.

Les congestions pulmonaires, survenant en général au cours d'une endémie grippale et revêtant un aspect bâtard et traînant, peuvent donner, elles aussi, des ombres purement hilaires et la similitude avec la tuberculose est alors frappante.

Pour conclure la région du hile pulmonaire est, chez l'enfant, l'une des plus intéressantes à étudier. Mais devant une masse hilaire la question tuberculose ou non tuberculose doit toujours être posée comme doit toujours être présent à l'esprit le fait que la pneumococcie peut y avoir sa part.

(G. Mouriquand, J. Savoye et El. Rafie. Les localisations hilaires des pneumococcies infantiles. *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1935).

Chirurgie

Les travaux récents concernant les ostéomes des tendons et des ligaments articulaires montrent chez leurs auteurs deux tendances diamétralement opposées ; les uns individualisent certains processus périarticulaires, qui ont une base commune, le traumatisme, et dont l'image radiographique est assez typique ; les autres, se plaçant à un point de vue plus

général, leur accordent un simple intérêt de curiosité et leur dément toute histoire clinique.

Une observation d'ankylose du genou post-traumatique avec hyperostase met en relief les curieuses modalités réactionnelles, qui vont d'une simple distorsion à l'ankylose ; le seul diagnostic possible semble être une périarthrite ossifiante.

(Ch. Lasserre. Périarthrite ossifiante du genou. *Bordeaux chirurgical*, octobre 1934).

Le traitement rationnel de l'entorse consiste à bloquer les terminaisons nerveuses péri-articulares par un anesthésique et à empêcher ainsi l'apparition des phénomènes réflexes qui dépendent de leur excitation par le traumatisme.

La technique est simple. On injecte, jusqu'au contact de l'os, dans les ligaments atteints, de 6 à 10 c.c. d'une solution de novocaïne à 1 %.

La douleur disparaît en général immédiatement après l'infiltration, reprend plus vive quelques heures plus tard, puis disparaît à nouveau ou reste légère.

On répète les injections deux, trois, quatre fois jusqu'à disparition des phénomènes locaux, à intervalle d'un ou deux jours.

Quatre observations personnelles mettent en valeur la rapidité d'action de cette méthode.

(Pérard et Chatel. Le traitement des entorses. *Maroc Médical*, 15 janvier 1935.)

Petite chirurgie

La cure sclérosante des varices présente quelques nouveautés.

Ce sont tout d'abord des produits, ou des solutions ou des mélanges nouveaux : salicylate en solution glycérinée pure ou glucosée hypertonique, benzoate de soude, mélange salicylate-morrhuate, alternance salicylate-quinine.

De plus les indications ont été élargies ; on fait même des injections au cours de la phlebite superficielle variqueuse (sauf le cas où elle représente la localisation d'une infection générale).

Les accidents emboliques seraient dus à l'emploi de liquides coagulants (sublimé) ou insuffisamment agressifs pour l'endothélium veineux (glucose hypertonique).

(G. Delater. Nouveautés dans le matériel et les indications de la fibrose curative des varices. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 15 février 1935).

Thérapeutique

Le chlorhydrate de cystéine constitue un remède vraiment intéressant au cours de la maladie d'Addison ; il ne la guérit pas, mais il permet au malade de vivre avec des capsules surrénales endommagées, en lui fournissant un élément déjà élaboré.

Les extraits surrénaux du commerce sont très souvent sans effet ; de plus ils donnent un choc adrénalique désagreable. Quant aux extraits corticaux du commerce ils seraient constamment inactifs.

(Labesse. Du traitement de la maladie d'Addison par le chlorhydrate de cystéine. *Gazette Médicale limousine*, janvier 1935).

J. LAFONT.

« Le concours anonyme de l'Internat est actuellement un concours mort, je veux dire mortifié. Il est à la pathologie réelle vivante, ce qu'est l'opération sur le cadavre à la chirurgie sur le vivant. Et c'est parmi ces morts quil nous faut, nous, en toute conscience, en toute bonne volonté, choisir nos élèves, nos collaborateurs, nos successeurs ! Quelle gageure, et quelles déceptions nous attendent. »

(J. OKINCZY. — Le concours de l'Internat. *La Presse Médicale*, 13 février 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1935

Rapport sur la question de l'avortement légal en U. R. S. S. — *M. Brindeau.* — L'Académie est d'accord pour réprouver l'avortement clandestin qui froisse la morale et qui est une cause importante de dépopulation. Mais l'étude purement médicale de cette question est particulièrement difficile, car les bases sur lesquelles elle s'appuierait seraient illusoires.

En France, la grande majorité des avortements provoqués passe inaperçue ; dans les services hospitaliers, par exemple, on ne soigne que des cas compliqués. D'autre part, les médecins étant liés par le secret professionnel, n'ont pas le droit de divulguer ce qu'ils ont appris dans l'exercice de leur clientèle.

On pourrait croire qu'en Russie, où depuis 1920, la provocation de l'avortement est devenu légale, les résultats obtenus ont été suffisants pour se faire une opinion exacte ; il n'en est rien. En effet, à l'occasion d'un Congrès tenu à Kiew, en 1927, un certain nombre de gynécologues russes sont venus exposer les résultats d'une expérience portant sur une pratique de six ans et demi. A l'inverse de ce que l'on pensait, le nombre des avortements clandestins a augmenté. Leur statistique est de ce fait faussée, puisque les avortements clandestins n'ont pas été contrôlés par eux.

Les médecins, chirurgiens et accoucheurs savent depuis longtemps que les avortements criminels peuvent provoquer des complications des plus sérieuses. Les unes comme les hémorragies, les perforations utérines, l'infection aiguë sont très graves, mais rares ; les autres plus fréquentes ne mettent pas la vie de la femme en danger immédiat, mais sont susceptibles de produire des accidents importants tels que métrite, salpingite, pelvipéritonite, d'autres enfin menacent les fonctions génitales de la femme : aménorrhée, stérilité.

A côté de ces complications classiques, certains médecins, dont les gynécologues russes, y ont ajouté des troubles des glandes endocrines, des accidents nerveux et mentaux la diminution de l'instinct féminin, etc... L'origine de ces états pathologiques étant difficile à déceler nous pensons qu'il ne faut les inscrire au procès de l'avortement provoqué qu'avec beaucoup de circonspexion.

CONCLUSIONS. — Il est difficile d'établir le degré de fréquence des accidents consécutifs aux avortements provoqués clandestins. Certaines complications immédiates comme les hémorragies, les perforations utérines, les péritonites sont très graves, mais rares. D'autres beaucoup plus fréquentes sont des infections locales comme la métrite, la salpingite, les pelvipéritonites chroniques qui rendent souvent la femme infirme et nécessitent parfois l'ablation des organes génitaux internes. Ajoutons qu'un certain nombre de cas de stérilité sont dus aux lésions consécutives à un avortement mal soigné.

Nouveaux symptômes rœntgénologiques lors des maladies des disques intervertébraux. — *M. M.-A. Podkaminsky.*

Action dépilatoire d'une pommade à la folliculine appliquée sur le visage d'une femme atteinte d'hypertrichose. — *M. J. C. Mussio-Fournier.* — L'hypertrichose faciale chez la femme étant un symptôme de masculinisation de la peau, MM. A. Bertolini, J. Morato-Manaro et W. Buno ont voulu essayer, dans un but therapeutique, un traitement externe et local en utilisant pour cela une pommade contenant de la folliculine, supposant que cette opothérapie ovarienne pourrait provoquer, en quelque sorte, une féminisation de la région cutanée ainsi traitée. Le succès obtenu sur une première malade les a incites à publier l'histoire de la patiente.

Mesure de la vitesse de diffusion des gaz thermaux dans l'air au cours des bains de Royat. — *MM. A. Mougeot, V. Aubertot* et *R. Gros.*

Aperçu de la répartition en France des yeux clairs et des yeux foncés. — *M. Paul Godin.* — Avant la puberté, il y a, chez les adolescents originaires de la campagne, environ 45 yeux clairs sur 100. Après la puberté, le chiffre de 50 p. 100 est dépassé, ce qui implique, pour les yeux foncés, une proportion de 55 p. 100 avant, et moins de 50 p. 100 après. Les changements déterminés par la puberté portent davantage sur les yeux clairs ; mais les yeux foncés subissent aussi des modifications variées de leur couleur, et quelques-uns une transformation complète de leur couleur foncée en couleur claire.

C'est la montagne qui fournit le contingent le plus important d'yeux clairs, la montagne étant le berceau familial, et non pas seulement le lieu de naissance du sujet. En plaine, et sur le rivage marin, les couleurs foncées sont en plus grand nombre.

Quant aux classement de la couleur irienne, leur fréquence est à peu près la même en montagne et en plaine. Les changements, dans l'ensemble, aboutissent à un éclaircissement de la couleur primitive.

Election d'un membre titulaire de la IVe section (Sciences biologiques). — *Classement des candidats* :

En première ligne : M. André Mayer.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Baudouin, Binet, Champy, Nattan-Larrier, Weinberg.

Adjoints par l'Académie : MM. Gautrelet, Labbé, Richet, Vaudremer.

M. Mayer est élu par 72 voix sur 75 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1935

Septicémie staphylococcique à forme de gangrène cutanée diffuse des extrémités. — *MM. F. Rathery, M. Dérot* et *M. Conte* rapportent un cas de septicémie staphylococcique à forme suraiguë succédant à une excoriation minime du pied chez un malade porteur d'une lésion mitrale ancienne. Evolution vers la mort en dix jours avec des lesions gangréneuses multiples des extrémités et thyroïdite. Staphylocoque doré retrouvé à l'hémoculture et dans les urines.

A l'autopsie, embolies septiques dans la grande circulation, abcès miliaires du rein, abcès et infarctus du foie, thyroïdite évoluant vers la suppuration. Végétations récentes sur les valvules mitrales.

Les lésions cutanées apparurent dès le quatrième jour de la maladie au pied droit et se développèrent avec une extrême rapidité : d'abord petites taches escharrotiques ; elles confluèrent bientôt, en des plaques sphacéliques recouvertes de phlyctènes remplies d'un liquide sanieux dans lequel on retrouvait le staphylocoque doré.

Ces lésions si spéciales, déjà signalées précédemment par d'autres auteurs, apparaissent comme caractéristiques des septicémies aiguës à staphylocoques.

Syndrome d'encéphalite avec rigidité pallidale au cours d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne. — *MM. Augier* et *Cossa* (Nice).

Kala-Azar autochtome chez un jeune soldat. Stibio-résistance. Guérison par un traitement stibié intensif. *MM. d'Œlsnitz, Galavielle* et *Raybant* (Nice), rapportent l'histoire d'un nouveau cas de kala-azar autochtome de l'adulte que les circonstances amenèrent à traiter insuffisamment au début. Quand on recourut tardivementt à l'uréa-stibamine, une première série fut insuffisante à guérir le malade, et il fallut pour obtenir la guérison la mise en œuvre d'un deuxième traitement, éventualité inobservée sur les auteurs quand ce sel d'antimoine est appliqué d'emblée.

A propos de ce cas et le rapprochant des observations récentes de MM. René Bénard, Poumailloux et Brincourt, de MM. Jacques Decourt et Ariès, les auteurs insistent de nouveau sur l'influence défavorable des traitements faibles et interrompus, véritables facteurs de stibio-résistance. Ils préconisent une fois de plus, dans les cas graves ou tenaces la mise en œuvre de traitements énergiques d'emblée poursuivis, sous surveillance des réactions, jusqu'à la guérison définitive. Et, à ce propos, ils précisent ce que doit être, à leur avis, le traitement d'attaque de la leishmaniose viscérale et en particulier du kala-azar autochtone de l'adulte.

Calcémie dans l'emphysème pulmonaire. — *MM. G. Maire, R. Clogne* et *Mme A. Drilhon*, de Strasbourg, exposent que chez 29 emphysémateux suivis au Mont-Dore, ils ont toujours noté de l'hypercalcémie. Cette dernière n'est pas en rapport avec le degré de l'emphysème ; l'asthme de son côté aide à la production de cet excès de calcium. Par ailleurs, les auteurs remarquent que leurs emphysémateux présentaient de la sclérose pulmonaire, ce qu'ils rapprochent de diverses autres affections où la calcémie est liée à un trouble du métabolisme du tissu conjonctif ; ainsi, grâce é l'hypercalcémie, l'emphysème prend place parmi les affections à tissu conjonctif disturbé.

Danger du traitement de l'épilepsie par le choc protéinique. — *MM. G. Marinesco* et *A. Kreindler* ont appliqué la méthode du traitement de l'épilepsie par le choc protéinique chez une jeune fille âgée de 18 ans, qui souffrait de crises convulsives violentes et fréquentes. Une première injection de 2 cmc. de lait n'a provoqué aucune réaction. Une seconde injection de 5 cmc. faite deux jours plus tard à déclenché un état de mal extrêmement intense, qu'aucun des moyens thérapeutiques mis en jeu n'a pu arrêter et la malade a succombé. Les auteurs discutent la relation de l'épilepsie avec l'anaphylaxie et le mécanisme du déclenchement d'une crise convulsive par le choc anaphylactique. Ils rappellent leurs travaux sur le rôle du sinus carotidien dans l'épilepsie et font intervenir une modification de l'excitabilité du sinus par le choc anaphylactique.

Le métabolisme des glucides au cours des hémorragies méningées spontanées. — *MM. F. Rathery, J. Hesse* et *L. Roy* rapportent l'observation d'une jeune femme de 24 ans, qui présenta à quelques mois d'intervalle des accidents méningés caractéristiques et chez laquelle la ponction lombaire ramena un liquide céphalo-rachidien sanglant avec hypercytose anormalement élevée (320 éléments par mmc.) et totalement amicrobien. Après une apparente guérison de deux mois et demi environ, la malade présenta une rechute rapidement mortelle.

Fait intéressant, les manifestations nerveuses s'accompagnèrent chez cette malade de troubles du métabolisme des glucides, légers lors de la première atteinte (la glycémie ne dépassait pas 1 gr. 24, la glycorrachie était de 1 gr. 11), extrêmement accusés au cours de la rechute, à tel point que la malade, comateuse à son arrivée à l'hôpital, fut traitée comme une diabétique.

Elle présentait en effet une glycosurie de 8 gr. 14, une cétonurie manifeste de 0,23 d'acétone et de 0,91 d'acide boxybutyrique. Mais la constatation d'un liquide céphalo-rachidien franchement hémorragique, contenant 165 éléments par mmc. infirma le diagnostic préalablement porté.

A propos de cette observation, les auteurs rappellent un cas analogue déjà présenté par l'un d'entre eux en 1924 et l'évolution, d'ailleurs favorable, s'émailla de poussées glycosuriques sans lendemain depuis cette époque.

Sans vouloir discuter la pathogénie de ces accidents, ils tiennent à souligner des faits similaires d'hémorragie méningée (Rathery, Birot et Sterne, Rathery et Signalé) où ce furent par contre des phénomènes hypoglycémiques qui traduisirent le trouble glucidique.

Scorbut sporadique de l'adulte. — *MM. Sézary* et *Joseph* présentent une femme de 37 ans, atteinte de scorbut depuis huit mois. Ses gencives sont bourgeonnantes, elles saignent facilement, mais ne sont pas sanieuses. Sur les membres inférieurs, elle a de larges taches purpuriques, des foyers hémorragiques sous-cutanés ou intra-musculaires, des tuméfactions des extrémités osseuses. La malade est anémique et asthénique. Très amaigrie. Ses anomalies sanguines consistent seulement dans une diminution des hématies et une irrétractilé de caillot avec coagulation plasmatique.

La cause de ce scorbut se trouve dans un régime que s'est imposé la malade depuis dix-huit mois a la suite d'une poussée d'urticaire, régime caractérisé par la suppression de tout aliment frais et de lait.

Histologiquement, la gingivite est caractérisée par des lésions d'inflammation chronique avec larges néoformations capillaires. Sous un épiderme épaissi, on trouve une certaine hyperplasie du tissu conjonctif avec un infiltrat constitué en grande partie par des plasmocytes. Ces lésions dans lesquelles on ne trouve pas de microbes, diffèrent de celles qui ont

été décrites par Babès et qui consistaient en une gingivite suppurée pseudo-membraneuse.

M. Hallé relate deux cas de scorbut fruste caractérisé par de la gingivite et du purpura survenus à la suite d'un régime exclusif de pâtes alimentaires, l'autre chez un malade dont la nourriture consistait uniquement en bouillies.

M. P.-E. Weil a vu un scorbut atténué évoluer chez un malade sortant de la prison de Fresnes, où il était nourri de viande et de légumes secs ; l'affection guérit en trois jours par un régime approprié.

M. Armand-Delille souligne le caractère de gravité de certains scorbuts observés dans la troupe pendant la retraite de Serbie, mais qui guérissaient en trois à quatre semaines par l'absorption de jus d'orange.

M. Justin-Bezançon souligne les bons effets thérapeutiques que l'on est en droit d'attendre de l'acide ascorbique ou cévitamique isolé par le Professeur Szent-Giorgy à partir des piments. Ce produit, que l'on peut se procurer en France actuellement, paraît bien posséder une particulière efficacité dans le traitement du scorbut.

Eclat d'obus intrapulmonaire. Abcès enkysté. Drainage permanent depuis sept ans. — **M. P. Lechelle** présente un malade porteur d'un abcès pulmonaire enkysté développe autour d'un éclat d'obus. Bien toleré depuis 1920, ce projectile dut être enlevé après une poussée de suppuration gangréneuse en 1928. La membrane épaisse et rigide du kyste ayant résisté au collapsus par pneumothorax, ses connexions parahilaires interdisant toute tentative d'exérèse chirurgicale, il a été nécessaire, sous peine d'accidents infectieux immédiats de maintenir le drainage de la cavite depuis l'intervention (sept ans). L'état général du malade reste parfait grâce à cette précaution.

Les conclusions de l'auteur au point de vue de la thérapeutique de tels abcès et kystes sont identiques à celles qu'ont développées **MM. Sergent, H. Durand, Kourilski** et **Patalano**, pour les kystes congénitaux du poumon.

Vertiges et accidents comitiaux provoqués par l'usage régulier d'une lotion soufrée. — **M. Ph. Pagniez** relate l'observation d'un jeune homme qui, ayant présenté quelques rares crises comitiales dans le passé, fut pris vers l'âge de vingt-cinq ans d'accidents fréquents considérés comme relevant du petit mal épileptique et caractérisés par des vertiges, des phénomènes d'inconscience, des troubles digestifs. Ce malade présentait d'autre part un trouble curieux : sa sueur noircissait les objets d'argent. Les accidents de petit mal auxquels s'ajoutèrent plusieurs fois des crises comitiales vraies avec morsures de la langue durèrent jusqu'au jour où on s'avisa que le malade faisait depuis des années usage d'une lotion polysulfurée qui lui avait été indiquée pour combattre une tendance à la chute des cheveux. La suppression de cette lotion fit disparaître le noircissement des objets d'argent et tous les accidents nerveux. La guérison se maintenant complète depuis plusieurs années, il y a lieu de penser qu'elle est définitive et cette observation montre le rôle capital que peut jouer dans le déterminisme des accidents comitiaux, chez certains sujets prédisposés, un appoint toxique. Elle établit une fois de plus la nécessité d'une enquête minutieuse dans tout cas d'accidents du type comitial.

La tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes. — **MM. Brindeau, Raoul Kourilsky** et **Simon Kourilsky**, après une étude portant sur 230 femmes tuberculeuses enceintes suivies d'une façon très minutieuse avant, pendant et très longtemps après la grossesse, tirent les conclusions suivantes :

1° La grossesse n'exerce d'influence sur l'éclosion de la tuberculose que par le mécanisme de grossesses nombreuses, rapprochées et suivies d'allaitement.

2° Par contre, l'effet néfaste de la grossesse sur l'évolution même de la maladie est incontestable et revêt l'importance d'un phénomène biologique général.

3° Cette acion défavorable s'exerce à peu près exclusivement sur l'élément inflammatoire caséogène de la maladie traduit cliniquement par la tendance destructive des lésions.

4° L'aggravation est d'autant plus à craindre que la grossesse est plus rapprochée du début du processus évolutif et que ce processus est lui-même plus extensif, plus fébrile et plus actif.

5° L'influence biologique de la grossesse (indiscutablement aggravante même si elle n'est pas cliniquement très apparente) se manifeste surtout dans les trois premiers mois et dans le post-partum, les trois derniers mois de la grossesse étant marqués par une sédation fréquente vraisemblablement due à la surélévation du diaphragme.

6° L'aggravation due à la grossesse et au post-partum est un phénomène général qui existe non seulement pour la tuberculose pulmonaire mais pour les tuberculoses chirurgicales et pour les infections à pyogènes.

Les auteurs discutent ensuite, à la faveur de ces données, la position du problème thérapeutique.

M. M. Renaud croit que l'avortement thérapeutique conserve peu d'indications, d'autant moins sans doute que la femme est dans un état plus désespéré et que les nourrissons nés de mères tuberculeuses deviennent souvent de très beaux enfants qui se développent normalement.

M. Brindeau émet un avis contraire ; il pense que les enfants de tuberculeuses sont en général débiles, souvent prématurés et que la mortalité dans les premiers mois de la vie est considérable.

M. Crouzon souligne la gravité toute particulière du post-partum chez les femmes tuberculeuses qu'il est fréquent de voir succomber dans les jours qui suivent l'accouchement.

M. Dufourt insiste sur le fait que l'allaitement est un facteur d'aggravation de la plus haute importance.

M. Sergent, en ce qui concerne les indications de l'avortement thérapeutique, prend nettement position et ne craint pas de donner son avis qui est formel : le devoir du médecin est sans discussion de tenter de sauver la mère, fût-ce au prix du sacrifice du fœtus. D'autre part, contrairement à ce que pense **M. Kourilsky**, il a vu bien souvent la première poussée évolutive de la tuberculose survenir lors d'une première grossesse. La forte proportion de 25 % des femmes présentant un début d'évolution tuberculeux et chez lesquelles on retrouve une grossesse ne permet pas de penser qu'il s'agit là d'une simple coïncidence.

La grippe et son traitement. Une statistique sans décès. — **MM. Maurice Renaud, Thesée** et **Blanc** rapportent et commentent les observations qu'ils ont faites dans le milieu bien circonscrit de Brévannes au cours de la récente épidémie de grippe.

Cas très nombreux, ayant atteint la population valide aussi bien que celle des vieillards et des chroniques, qui par la sévérité de leur début rappelaient ceux des épidémies antérieures les plus graves. Mais contrairement à ce qui se produisit en 1926-1927 dans le même milieu, on l'on avait enregistré 33 %, de morts chez les vieillards, et 15 % chez les sujets tarés atteints d'affections viscérales chroniques, pas une seule mort ne fut observée. La plupart des cas tournèrent court ou évoluèrent rapidement et sans complications sérieuses. On vit des pneumonies dont la période fébrile ne dura pas trois jours, la résolution presque immédiate du foyer étant contrôlée par la radiographie.

Cette évolution rapide et favorable ne peut être due, toutes choses étant par ailleurs comparables, qu'à l'emploi systématique et précoce qui fut fait de la thérapie chimique par le sapoïde de platine-acridine.

Cette médication a eu sur la grippe et particulièrement sur ses déterminations pulmonaires l'influence qu'on lui voit couramment exercer sur l'état toxi-infectieux et sur les foyers inflammatoires dont elle limite rapidement l'extension et qu'il est aisé de vérifier pour les lésions phlegmoneuses accessibles.

M. Renaud estime ainsi avoir par une voie détournée obtenu un nouvel et important argument pour la thèse qu'il a soutenue depuis 1920 et selon laquelle il ne convient pas de considérer la grippe comme une maladie grave par elle-même et redoutable en raison de son genre épidémique. Il s'élève une fois de plus contre une conception physique d'une maladie, où l'observation anatomo-clinique montre que l'évolution est tout entière réglée par les facteurs secondaires dont dépendent l'apparition et l'extension des complications.

Il pose même la question de savoir s'il ne conviendrait pas de substituer à l'hypothèse classique et couramment admise de l'existence d'un virus spécifique dont aucune recherche n'a permis jusqu'ici de préciser l'existence et la nature, celle d'un état de déséquilibre humoral (voisin des chocs anaphylactiques et dépendant probablement d'influences météorologiques) grâce auquel s'installeraient les lésions catarrhales et suppuratives.

Cette question de doctrine est de la plus haute importance, car l'acceptation de l'une ou l'autre conception entraîne une attitude bien différente vis-à-vis de la maladie et des directives de traitement. Or la conception classique accepte bien aisément de trop nombreux décès. Ne convient-il pas de le réviser ?

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement abortif du zona

M. Borde ayant traité un zona par injection sous-cutanée à distance du vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur de Paris, suivant la méthode de Camescasse, a obtenu une guérison excessivement rapide. En moins de quarante-huit heures, les douleurs ont disparu et, peu après, les éléments herpétiques se sont flétris et desséchés. Deux autres cas de zona ont été traités avec succès par la méthode de Camescasse.

M. Borde injecte le vaccin, non pas au voisinage immédiat des placards, mais très loin et il obtient la disparition rapide des douleurs, puis l'assèchement des vésicules.

De quelques formules peut-être imprudentes de certificats d'internement

Un certificat d'internement doit se borner à mentionner les symptômes essentiels et les réactions auxquelles a donné lieu la malade. Les prédictions concernant les mesures thérapeutiques et la durée de l'internement doivent en être exclues, car seule l'observation directe est capable de fournir des indications certaines au médecin traitant. Agir autrement est entraver sans raison l'action de celui-ci. Il doit s'abstenir de formules trop catégoriquement indiscrètes : alcoolisme, paralysie générale qui, compris par des profanes, sont une violation du secret professionnel. (Th. Simon, S. *Méd. Psych.*, 26 nov. 1934.)

Paralysie post-sérothérapique du grand dentelé

MM. Ch. Lasserre et Salft (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, 15 nov. 1934) rapportent une observation fort intéressante en raison de la localisation de la paralysie et des questions médico-légales qu'elle soulève. Homme de 36 ans, blessé superficiellement au niveau de la main. Il reçoit une heure après la blessure, 10 c. c. de sérum antitétanique. Vers le cinquième jour, réaction sérique. Le sixième jour, des douleurs dans les épaules apparaissent, cependant que la température s'élève au voisinage de 38°. Une paralysie se constitue ; l'omoplate droite est décollée ; le bras, dans l'abduction, ne peut pas dépasser l'horizontale. A l'occasion de ce cas, les auteurs exposent la question des paralysies post-sérothérapiques. Ils ne pensent pas que la responsabilité du médecin puisse être engagée en pareille circonstance. Les cinq ou six cas annuellement observés sur des milliers d'injections préventives de sérum antitétanique ne semblent pas devoir restreindre son emploi.

Un cas d'ostéomyélite de la colonne vertébrale

MM. Christidi, Fagarasanu et Colitza, M. Wertheimer (*S. de Ch. de Lyon*, 13 déc. 1934) rapporteur. Les auteurs ont observé un cas d'ostéomyélite aiguë de la colonne vertébrale chez un jeune homme de 19 ans. Le début a été marqué par une élévation thermique et de violentes douleurs rachidiennes, tandis que progressivement apparaissait une collection lombaire contenant un pus verdâtre à staphylocoques. Deux interventions successives furent pratiquées et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un véritable décollement diaphyso-épiphysaire des deux épiphyses de la deuxième lombaire. Cette observation plaide en faveur de la localisation épiphysaire de l'ostéomyélite vertébrale de l'adulte. Elle montre en outre la gravité que peut présenter parfois cette affection.

Intoxication barbiturique chronique par abus de spécialités pharmaceutiques. Terminaison par mort avec collapsus sans coma.

MM. Pierre Bourgeois et H.-G. Gérard présentent (*S. Méd. Ch. des Hôp. Libres*, 5 nov. 1934) l'observation d'une malade qui usait habituellement de spécialités pharmaceutiques correspondant à des doses quotidiennes de 0 gr. 50 de composés barbituriques. A cet état d'intoxication chronique s'est ajouté une intoxication aiguë correspondant à 5 gr. environ de composés barbituriques.

Tous ces médicaments ont été pris sans discernement en dehors de toute prescription médicale pour lutter contre un état migraineux persistant.

Après un début assez rapide avec hyperthermie et troubles digestifs réalisant une forme typhoïde, s'est installé un collapsus cardiaque intense qui a résisté aux médications toni-cardiaques habituelles et aux injections intraveineuses de dose moyennes de strychnine (trois injections de 0 gr. 01 en vingt-quatre heures) et qui s'est terminé par la mort par syncope.

Fait important, jusqu'au dernier moment, la malade est restée parfaitement lucide, en état d'ivresse barbiturique sans coma.

Les auteurs insistent sur l'importance d'une législation sévère des barbituriques et préconisent leur inscription au tableau A.

Tumeur du cæcum et du côlon guérie par radiothérapie profonde

En février 1934, un homme âgé de 70 ans, jusqu'alors bien-portant, s'aperçoit qu'il a une grosseur du côté droit de l'abdomen : il ne présente aucun signe d'anomalie de transit, mais seulement une tumeur très perceptible au palper au niveau du cæcum et du côlon droit. Le médecin traitant, après consultation avec un chirurgien, qui déclare la tumeur inopérable sans trop gros risques, conseille la radiothérapie palliative. L'examen radiologique a donné les résultats suivants : cæcum en partie lacunaire, côlon ascendant présentant une lacune importante jusqu'au niveau de l'angle colique droit ; transverse en guirlande. Diagnostic : néoplasie intéressant le cæcum et le côlon ascendant, mais n'entraînant pour l'instant aucun trouble dans le transit intestinal.

En trois semaines, le malade reçoit dix séances de radiothérapie profonde : aucun incident. En juillet, on ne trouve plus aucune trace de la tumeur à la palpation et le malade déclare se très bien porter. (Durand-Dastès. *S. de Méd. Ch. et Ph. de Toulouse*, oct. 1934.)

Traitement des accidents sériques par la méthode de Lumière à l'hyposulfite de magnésium

MM. Pauzet et J. Lévy (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux* 5 juillet 1934) apportent 27 observations de traitement des accidents sériques tardifs par cette méthode.

Dans 12 cas employés curativement pour des accidents déclarés elle a donné huit succès et quatre insuccès : efficacité indéniable mais inconstante.

Dans les 15 autres cas, employée à titre préventif, la méthode a donné deux insuccès complets, deux demi-succès et onze succès. Elle semble digne de retenir l'attention. La technique suivie a consisté à injecter 10 c.c. d'une solution d'hyposulfite de magnésium à 10 p. 100 le jour de l'injection de sérum et les deux jours suivants, par voie intraveineuse de préférence.

Rein polykystique unilatéral à symptomatologie atypique

M. Canonne (*S. de chir. de Paris*, 7 décembre 1934) communique cette observation particulièrement intéressante, sur la malade âgée de 47 ans, se présenta avec une symptomatologie de cancer de l'estomac : douleurs gastriques, cachexie, et surtout hématémèses à plusieurs reprises. L'examen décela une tumeur rénale gauche unilatérale, avec absence complète de sécrétion urinaire de ce côté. L'intervention montra un rein polykystique unilatéral avec intégrité absolue du rein droit ; rien du côté gastrique. Cette observation prouve qu'un rein polykystique peut être unilatéral et présenter des troubles n'ayant aucun rapport avec la lésion elle-même. Le syndrome gastro-intestinal semble, comme plusieurs observations en témoignent, être le plus fréquent.

Traitement des complications articulaires aiguës de la gonococcie par les injections intraveineuses alternantes de gonacrine et de vaccin antigonococcique

Dans les complications articulaires aiguës de la gonococcie, MM. Gaté, H. Thiers et P. Cuilleret (*S. Méd. des H. de Lyon*,

6 nov. 1934) font tous les deux jours des injections intraveineuses de vaccin antigonococcique à doses progressivement croissantes (de 125 millions à 1.500 millions de germes) et les jours intercalaires des injections intraveineuses de gonacrine (2 c. c. 5, puis 5 c. c. de la solution à 2 pour 100). Ils ont observé par cette méthode une atténuation remarquable de la douleur, des contractions musculaires et des phénomènes fluxionnaires articulaires. On peut ainsi, sans négliger le traitement du foyer gonococcique initial (urétral ou génital), réduire au minimum le temps d'immobilisation et mettre rapidement en œuvre les moyens divers (mobilisation active et passive, massages, etc.) susceptibles d'éviter les ankyloses si souvent observées en pareil cas.

La tuberculose de la mastoïde

MM. Collet et Mayoux (*S. de Lar. des Hôp. de Paris*, 19 nov. 1934) décrivent un type nouveau de tuberculose de la mastoïde qui le plus souvent survient en dehors de toute tuberculose pulmonaire, et le plus souvent aussi chez l'enfant. Il paraît vain de vouloir différencier par quelques signes cliniques cette mastoïdite tuberculeuse de la mastoïdite aiguë banale. Ce n'est guère que par son évolution particulièrement traînante et nécessitant souvent des retouches opératoires que l'on peut être amené à suspecter la bacillose. De même, à l'intervention, on peut se trouver en présence de séquestres suspects. Mais c'est essentiellement l'inoculation au cobaye et l'examen histologique des fongosités qui met en évidence, sans contestation possible, la nature tuberculeuse de l'otorrhée. Cette forme, bien différente de l'oto-mastoïdite tuberculeuse classique, paraît d'ailleurs fréquente. Le pronostic est généralement favorable.

Tumeur hypophysaire guérie depuis trois ans par la radiothérapie

M. Barbier (*S. med. des Hôp. de Lyon*, 18 déc. 1934) présente un malade guéri par radiothérapie d'une tumeur hypophysaire qui entraînait déjà de gros dégâts osseux, un éclatement de la loge hypophysaire, une hémianopsie, un blocage complet de l'œil droit, une grosse protrusion de l'œil en avant. La radiothérapie à portes d'entrées multiples a amené la disparition de tous les symptômes depuis trois ans : il persiste seulement une très légère diplopie dans les regards extrêmes en haut et en bas. Le malade mène une vie active et a un état général excellent.

Quelques observations d'affections cutanées d'origine dentaire

MM. Dechaume, Vrasse et Deliberos (*S. de Stomat. de, Paris*, 20 nov. 1934) rapportent huit observations d'impetigo de lupus, d'eczéma, de zona, de canitie partielle, de pelade qui paraissent en rapport avec des foyers infectieux dentaires : accidents d'évolution de dent de sagesse, infection périapicale chronique, le traitement de ces lésions ayant déterminé la guérison des premières.

On a proposé pusieurs hypothèses pour expliquer la relation entre ces phénomènes : théories réflexe (Rousseau-Decelle), infectieuse (Rouslacroix), anaphylactique (Ravaut).

Zona ophtalmique infantile

MM. Ginestous et Cruchet (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, 15 nov. 1934) ont observé ces temps derniers de nombreuses manifestations de zona ophtalmique. Faut-il leur accorder le caractère d'une épidémie, ou penser à une étiologie par contagiosité ?

Les auteurs rapportent en particulier l'observation d'un zona ophtalmique infantile avec complications cornéennes, ce qui est rare chez l'enfant.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par çy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

L'œuvre de Quénu. — M. Ch. Lenormant a consacré à Quénu, en novembre dernier, une leçon que vient de publier le *Bulletin médical* (2 mars 1935). En voici la fin :

Dans toute cette œuvre si vaste, dans tous ces travaux touchant à des sujets si variés, on retrouve les mêmes idées directrices, la même méthode — et c'est là ce qui en fait l'unité : devant tout problème de pathologie ou de thérapeutique chirurgicales, partir d'une base anatomique et anatomo-pathologique sûre, l'élargir par une conception physiologique et biologique, étudier les faits d'observation ou d'expérience avec une critique impartiale et minutieuse, en tirer des conclusions pratiques raisonnées et logiques, les mettre à exécution, s'il s'agit d'opérer, en ne laissant rien au hasard, en ayant tout prévu et réglé d'avance avec une prudence qui sait à l'occasion être audacieuse, mais qui toujours s'efforce de prévoir et de limiter les risques.

On est confondu devant l'étendue et la diversité de ce qu'a fait ce grand chirurgien. Pour y arriver, il lui a fallu des dons exceptionnels : une puissance de travail peu commune, une intelligence et une clarté d'esprit remarquables, un sens critique aussi aigu vis-à-vis de lui-même que vis-à-vis des autres ; l'érudition de Quénu était digne d'admiration, mais plus encore de probité, sa conscience scientifique, ce besoin de voir clair et de ne dire que ce dont il avait acquis la certitude : on peut aujourd'hui discuter certaines de ses idées et de ses conceptions, dépassées par l'évolution incessante de la chirurgie, on ne peut discuter les faits qu'il a affirmés.

Mais ce qui explique aussi, avec les qualités personnelles de son esprit, la puissance et la solidité de l'œuvre de Quénu, c'est l'éducation complète qu'il avait su se donner — et, en cela encore, son exemple est un grand enseignement. — Il ne s'était pas cantonné dans l'étude de la chirurgie et de la technique opératoire. Avant de s'y consacrer, il s'était pénétré de toutes les disciplines de la science médicale. Il était anatomiste, puisqu'il avait été prosecteur, agrégé d'anatomie, qu'il avait dirigé l'amphithéâtre des hôpitaux pendant quinze ans. Il était anatomopathologiste, ayant rempli les fonctions de chef du laboratoire d'histologie normale et pathologique dans ce même amphithéâtre Il était physiologiste, ayant travaillé au laboratoire de Marey où, vers 1888, il étudiait, par une cinématographie, sans doute un peu primitive, la physiologie de la locomotion. C'est parce que Quénu s'était initié aux méthodes et aux techniques de toutes ces sciences qu'il a pu imprimer un caractère vraiment scientifique à tous ses travaux chirurgicaux.

Ce qu'il avait exigé de lui-même, Quénu l'exigeait des autres. Il avait une conception si haute de la chirurgie, de sa puissance et de son rôle bienfaisant, mais aussi des responsabilités qu'elle comporte, qu'il ne pouvait admettre qu'on l'abordât sans une préparation intellectuelle et morale semblable à la sienne, sans avoir fait ses preuves de science et de conscience. Et c'est pourquoi la dernière intervention d'Edouard Quénu à l'Académie de Médecine fut un plaidoyer pour la création de ce diplôme de chirurgien qui, sanctionnant des études spéciales et un long stage hospitalier, réservait la pratique de la chirurgie à ceux qui, comme lui, ont su s'y préparer par un labeur persévérant et s'en rendre dignes par leurs qualités professionnelles et techniques. Ainsi la dernière parole officielle de Quénu est un acte de foi. dans la grandeur et la dignité de cette chirurgie qu'il avait si bien servie pendant sa longue et laborieuse existence.

Le pharmacien. — M. Jacques Fourcade continue dans *Le Temps* la série de ses études sur la politique et la province. Après le médecin et le vétérinaire, le pharmacien devait trouver place dans ce que M. Fourcade appelle « La Galerie des No-


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2-3 cuil. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
Roger Dacosta_Edit.

tables » et le portrait qu'il trace du pharmacien (*Le Temps*, 9 mars 1935) prévaut les précédents par les mêmes qualités de finesse psychologique :

La rue passe, une rue étroite et mal pavée de sous-préfecture ou de chef-lieu de canton, devant l'étalage des grands bocaux multicolores qui rendent superflue l'inscription traditionnelle : « Pharmacie ». Complétant l'enseigne, un nom. Au-dessous, ce titre : « Pharmacien de 1re classe ». On n'en sait pas d'autres.

L'officine ouvre, par derrière, sur une cour intérieure où, parmi le reliquat des vieilles caisses, des flacons hors d'usage et des pots dépareillés, un maigre parterre de fleurs et de plantes exsangues tente une note de poésie. Tout au fond, entretenue dans sa rouille par de grimpantes verdures, une grille où vient buter un jardinet modeste. Puis, une ruelle encore, déserte un peu crasseuse. Et le bruit lancinant du silence, pour combler les heures.

Là vit, fantôme à lorgnons d'acier et à col de celluloïd, sanglé dans une jaquette d'alpaga ou de serge élimée, conservateur d'un musée bizarre de fioles, de poudres et de « spécialités » diverses, le pharmacien provincial. Portrait ressemblant de lui-même, c'est-à-dire d'un être dénué d'âge certain et d'apparente fantaisie, il semble participer à une sorte d'éternité immobile que traversent, sans l'altérer, les allées et venues d'une clientèle plus crédule que discrète. Debout devant un marbre jaunissant ou un atelier de bois verni où s'étalent de mystérieux grimoires, numérotés de sa main, malaxant une pommade, filtrant une potion, dosant un cachet, il se hâte lentement. Il y a temps pour tout en province. Pour le travail. Pour le loisir. Et même pour la politique, ce beau souci.

Une manière de fatalité incite notre homme à ne se point désintéresser de celle-ci. Peut-on concevoir, en effet, sujet de conversation plus apte à occuper aimablement, ne serait-ce que par courtoisie professionnelle, le délai variable et souvent prolongé qu'implique, en compagnie des clients qui « préfèrent attendre », l'exécution matérielle de leurs ordonnances ? Car tous ne sont pas extrêmement pressés. Pour certains, plus remarquablement désœuvrés, une course à la pharmacie, à la poste, chez un quelconque fournisseur, constitue le fait saillant, la distraction essentielle de la journée. Il convient donc d'en épuiser le suc. Le pharmacien s'y prête avec une grâce d'autant meilleure, qu'il ne méconnaît guère sa compétence en la matière et volontiers en tire, au secret de sa complaisance, une pointe de vanité. L'éclectisme, teinté de préférences sentimentales, qui préside à la lecture assidue qu'il s'impose, depuis des années des journaux censés « d'opinion », lui confère sur ses contradicteurs la précieuse supériorité d'une documentation aussi libérale en ses ressources que tendancieuse en ses déductions. Il étaye au besoin, ses convictions personnelles, pourtant bien assises déjà, sur les réfutations que lui suggère la critique de cette documentation, la bonne foi du glossateur n'excluant pas forcément une commode partialité. Ainsi échappe-t-il à l'écueil classique où sombrent d'excellents encyclopédistes, moins avertis ou moins prévenus : la stérilisation par le scepticisme. Ainsi promène-t-il, sans risque d'égarement ni de corruption, au vaste et mouvant domaine des idées générales, l'immuable sérénité de sa doctrine. Le partisan n'est pas de ceux que l'évidence contraire peut amener à douter de leur certitude. Force capitale, en politique. Croire, d'abord, soi-même en soi, à sa pensée, à ses paroles, est le plus sûr moyen d'être cru. Le degré de persuasion d'une foi se mesure à sa valeur de résistance aux assauts qui ne sont point parvenus à l'ébranler.

Celle du pharmacien triomphe des plus perfides objections. Aux confidences en quête de conseils qui normalement y aboutissent, une pharmacie offre un havre idéal. Le climat s'y découvre particulièrement propice à un prosélytisme judicieux. Vagues et innocentes en leurs principes, les allusions glissées subrepticement à l'oreille du visiteur ne tardent pas à prendre tournure. Tournure politique, s'entend. A la faveur d'une sollicitude qu'aiguine infailliblement vers ses buts une diplomatie subtile, le technicien cède le pas au notable. Et l'officine scientifique de se transformer bientôt, à intervalles réguliers, en petit cénacle politique. Poussons, un soir, avec précaution, la porte de ce club fermé au profane, tandis que, derrière les volets clos, déchirant l'opacité d'un silence rendu sonore par la nuit, l'aboiement absurde d'un chien accompagne longtemps les cahots retardataires d'une carriole qui se rapproche, passe, s'éloigne. La grave horloge du clocher, à quoi répond le carillon plus grêle d'un hospice ou d'un couvent, a laissé choir, comme un lest, les neufs coups de l'heure qui marque, pour les provinciaux, le signal des sommes et des conciliabules clandestins. Invisibles et présents, tapis, pour mieux voir, dans un coin d'ombre, et, pour mieux entendre, muets : regardons, écoutons.

Il y a là une dizaine d'augures, tous notables ou postulants à cet état, groupés autour d'une table où s'entassent de gros livres sur un fouillis inextricable de paperasses, de prospectus et de factures. Le pharmacien, comme de juste, préside. Il a troqué sa jaquette de l'après-midi contre un veston d'intérieur dont la sobriété cadre à meveille avec sa dignité. Ses fidèles, des « purs » entre les « purs », achèvent, cependant que s'amorce le débat, un verre de « tonique » ou de liqueur médicinale promus, pour la circonstance, au rôle de « digestif ». Un plan de délibération a été, par ses soins, établi, et son exorde est salué d'un acquiescement unanime : « De la méthode, messieurs !.... » Quelles questions le politique ne se targue-t-il pas de sérier ? Et de résoudre ? A propos, de quoi s'agit-il ? Exception faite d'événements sensationnels, susceptibles de provoquer, à la satisfaction de chacun, un surcroît d'examen et de discussion, des sujets sensiblement analogues s'inscrivent périodiquement à l'ordre du jour. Celui-ci comprend, à l'ordinaire, deux parties distinctes. Un compte rendu l'inaugure, tour d'horizon sommaire de la situation depuis la précédente séance. Le président, en personne, s'acquitte magistralement de cette préface, qui traite en général de la gestion édilitaire et des incidents spécifiquement locaux. « Les services de la voirie laissent à désirer », souligne l'un. « On n'a pas encore achevé les égouts, curé le canal circulaire, épuré le budget, ni — la négligence est moins vénielle — remplacé l' « Arbre de la Liberté », déraciné par les tempêtes de l'équinoxe.... » Tel autre s'en prend à l'éclairage des allées, à la police des marchés, aux discordes intestines de l'orphéon. Le cénacle désigne, dans son sein, un ambassadeur bénévole, avec mission de soumettre à la municipalité un certain nombre de suggestions, votives ou réprobatrices, selon la nature de ses sentiments à son endroit. On aborde ensuite la partie constructive. Les projets, certes, ne manquent pas. Mais l'abondance des développements oratoires, lourds parfois de contradictions, intrinsèques, obvie, en plus d'un cas, à l'indispensable clarté de leur conclusion pratique. La lumière, en dépit du proverbe, jaillit plus rarement qu'on ne pense de ces échanges intellectuels. C'est néanmoins au cours de ce second épisode que sont évoqués, au fond, les problèmes touchant la « grande politique. La création d'une sous-commission déléguée à la propagande, l'éventualité de contacts plus étroits avec le comité départemental, de pourparlers avec les organes sympathisants de la presse régionale, la réorganisation d'un « trotting » ou d'un « football » indigènes, chaque parti possédant, à titre plus ou moins officieux, *sa* société sportive, *son* cercle, *son* café — les directives, enfin, à distribuer aux agents électoraux, y sont, tour à tour, envisagées. Quant au choix définitif des candidats, il ressortit à des congrès spéciaux où la voix des augures est souvent couverte par le grondement majoritaire de citoyens issus des « couches profondes de la démocratie ».

Dépouillé jusqu'à la prochaine réunion du club de son éphémère primauté, le pharmacien revêtira demain l'équipement austère de son quotidien labeur, penchant sur de délicates analyses et de minutieuses synthèses un binocle mal assuré, heureusement retenu par un cordonnet noirâtre au troisième bouton de son gilet. Un préparateur l'assistera, le potard-type des vaudevilles, — ces drames pudiques, — adolescent timoré, gauche et diligent, dont l'onctueuse humilité ne se déride que par intermittence, aux brusques saillies et aux plaisantes anecdotes du patron. Attelés, côte à côte, à une besogne sans joie, mais non sans bienfait, le rythme de leur double vie n'est pas souvent rompu. Toutefois, puisqu'ils ne songent pas sincèrement à se plaindre eux-mêmes ne nous apitoyons pas trop sur ces artisans obscurs d'une œuvre salutaire par définition.

Xénophobie et librairie. — M. Jacques Boulenger a adressé la lettre suivante au journal *Toute l'Edition* qui l'a publiée dans le numéro du 9 mars :

Voulez-vous me permettre d'ajouter un mot à l'article où Mme Marcelle Loutrel expose le tort que la xénophobie véritablement chinoise d'un certain nombre d'étudiants fait en ce moment non seulement à la librairie, mais à toute la France ?.

On croit vraiment rêver lorsqu'on entend des bonnes gens mus par ce qu'ils croient être le plus pur patriotisme, protester contre le grand nombre des étudiants étrangers dans nos universités et facultés. Vouloir empêcher les étrangers de s'instruire chez nous et chercher à conquérir nos diplômes, *c'est une sorte de crime.*

C'est beaucoup plus grave encore que de chercher à empêcher les étrangers d'y venir acheter des marchandises. Des énergumènes qui attaqueraient les touristes sur la place de l'Opéra,

sans avoir autre chose à leur reprocher que d'être des étrangers, feraient quelque chose de moins stupide que les étudiants qui récemment, jusqu'à la porte du restaurant de la Cité universitaire, venaient maltraiter des camarades qui n'avaient d'autre défaut que d'être nés hors de nos frontières.

Quand on songe à la peine qu'on a eue pour l'établir, cette Cité universitaire, à ce qu'elle a coûté d'argent, de diplomatie, de travaux de toutes sortes, à l'envie qu'elle suscite chez des nations rivales !.... Est-ce que ces jeunes gens ne savent pas que les autres pays font des efforts considérables pour les attirer chez eux, ces étudiants étrangers qu'ils veulent repousser hors de France ? Est-ce qu'ils ignorent que le prestige intellectuel, de notre patrie est à peu près le seul qui lui reste ; que d'ailleurs, tout recul de notre langue, de notre culture, commande un recul de nos marchandises, comme on l'a mille fois constaté en fait, puisque quiconque lit nos livres et s'intéresse aux choses de chez nous est porté à partager nos goûts et à acheter nos produits ?

Combattre l'expansion de la culture française, c'est desservir la France non seulement dans ses intérêts spirituels, mais jusque dans ses intérêts les plus matériels. Il est courant d'entendre les gens se plaindre de trouver si mal faite, voire inexistante, la propagande française, la publicité de la maison France. Et c'est à peine si quelques voix s'élèvent pour protester contre les manifestations néfastes de ces jeunes échauffés !

Je *sais* que beaucoup d'étrangers, inscrits à nos Universités, ont écrit chez eux pour avertir leurs parents, leurs amis, du mouvement xénophobe qui se produit en ce moment chez nos étudiants. Songez à l'effet que peuvent produire de pareilles lettres dans ces pays du Levant, et en Grèce, en Egypte, où l'on parle français depuis des siècles, où traditionnellement, dès qu'une famille a un peu d'argent, elle envoie ses enfants faire leurs études en France. Dans tous ces pays, notre influence culturelle est à cette heure très vivement attaquée par les Anglo-Américains et les Italiens. Dieu sait quels efforts y font les gens de bonne volonté, sans presque aucun appui de l'Etat français, pour la maintenir ! Et voilà que nos rivaux trouvent subitement l'aide la plus puissante chez les étudiants de Paris....

Ah ! ils peuvent se dire patriotes ceux qui attaquent les étrangers au Quartier Latin et à la Cité universitaire !.... On se demande s'il y a une manière plus sûre et plus directe de nuire à la France que celle qu'ils emploient.

La signification du mot préventorium. — *Extrait du rapport présenté par M. Guinard à la Commission permanente de préservation de la tuberculose, sur le projet de réglementation relative à l'aménagement et au fonctionnement des préventoriums. Rapport publié par* La Gazette de la Santé publique (janvier, 1935.)

Plusieurs définitions du préventorium ont été données qui, malgré les modifications et retouches qu'on y a apportées, ne sont pas encore unanimement admises. Elles diffèrent cependant assez peu les unes des autres et on peut y trouver les éléments essentiels, caractéristiques du but, de l'organisation et du fonctionnement des préventoriums.

L'obligation où l'on est, dans le cas présent, de préciser la signification que l'on entend donner au nom du préventorium provient, en grande partie, de ce que ce mot est mal choisi et exprime autre chose que ce que l'on entend lui faire dire actuellement.

Le Professeur Calmette, à qui nous le devons et qui l'a utilisé pour désigner le dispensaire antituberculeux Emile-Roux, de Lille, l'a formé par analogie et en opposition avec *sanatorium*, ce dernier comportant l'idée de guérison, l'autre, l'idée de prévention. Mais il s'agissait alors d'un dispensaire.

Calmette étant revenu, lui-même, au nom de *dispensaire* pour qualifier les organismes antituberculeux de préservation, dont il a donné la formule et le type, le mot *préventorium* a été employé pour désigner des établissements d'hygiène infantile assez différents les uns des autres, aussi bien par leur organisation que par leur fonctionnement.

C'est en 1932, au Congrès international des écoles de plein air, que le préventorium de plein air a été nettement différencié.

Mais, si au sens propre du mot, préventorium veut dire établissement aménagé pour réunir les conditions hygiéniques propres à *prévenir* une maladie, il est bien entendu, aujourd'hui, et l'unanimité est faite sur ce point, que sont qualifiés préventoriums, « des établissements pour sujets déjà tuberculisés » et que le principal but à atteindre est de « prévenir l'aggravation de la maladie chez ceux qui en présentent déjà les manifestations certaines quoique légères. »

Le préventorium n'est donc pas un établissement destiné à prévenir la maladie en général, mais, d'après l'usage établi, ce



mot désigne un organisme *spécialement affecté à la cure aussi bien qu'à la prophylaxie de la tuberculose*, en recevant des enfants à cuti-réaction positive, ayant déjà subi une première atteinte de la part du bacille et chez lesquels il convient d'empêcher que l'infection, dont ils sont porteurs, ne s'aggrave, par des surinfections familiales qui contribueraient au développement de la maladie.

Les préventoriums sont donc des établissements sanitaires qui interviennent directement dans la défense contre la tuberculose. Ils peuvent être rapprochés des sanatoriums, mais ne doivent pas être confondus avec des maisons pour placement d'enfants à la campagne, les colonies de vacances et les écoles de plein air.

Ces derniers organismes dont le rôle prophylactique est incontestable, forment une catégorie à part. Leur participation dans la lutte contre la tuberculose est indirecte, mais ils rendent aussi dans la protection des sujets sains, enfants fatigués, surmenés ou débiles, des services considérables qui méritent d'être très largement encouragés et soutenus.

Si l'on a pu dire que les préventoriums sont des sanatoriums d'enfants, par leur destination à des sujets tuberculisés, atteints de formes légères de la maladie, ils se différencient, cependant, des sanatoriums par la catégorie spéciale des cas auxquels ils sont réservés.

Pas d'échantillons de spécialités pharmaceutiques aux personnes n'appartenant pas au corps médical. — *Lu dans le* SCALPEL :

Je viens de prendre connaissance d'une lettre adressée par une grande firme de produits pharmaceutiques à une *infirmière*; dans cette lettre on lit notamment : Nous vous serions obligés de nous dire les produits qui vous intéressent et de nous retourner la carte ci-jointe dûment complétée, afin de nous permettre de vous inscrire dans nos *listes médicales* (sic). Nous pourrons, de cette façon, vous assurer *l'envoi régulier* de nos échantillons et *littérature*. »

« Je conseille aux firmes qui pratiquent cette répartition d'envoyer leurs représentants visiter les infirmières et accoucheuses. Pourquoi pas ?

« Donc, sur les « *listes médicales* » de cette maison, les médecins figurent avec les infirmières et accoucheuses qui reçoivent *régulièrement* des échantillons médicaux de toutes natures.

« Dans ce domaine, la réclame doit avoir une certaine décence, et les infirmières, accoucheuses, etc... outre qu'elles n'ont pas la moindre compétence pour apprécier la valeur thérapeutique d'un produit, ne sont pas légalement autorisées à en recommander l'emploi.

« De plus, cette pratique peut conduire à des abus dont les conséquences pourraient être graves pour les uns et pour les autres.

« Je m'élève avec énergie contre cette pratique, assez répandue, paraît il, et j'espère qu'à l'avenir, dans leur intérêt propre, les firmes qui ont une conception un peu élevée de leur mission, refusent tout échantillonnage à des infirmières, accoucheuses etc.

« Je crois qu'il suffira de signaler ce fait, bien regrettable, pour que cesse la distribution des échantillons médicaux à des personnes n'appartenant pas au corps médical et n'ayant aucune compétence.

BIBLIOGRAPHIE

L'Année thérapeutique (*Médicaments et procédés nouveaux*), neuvième année 1934, par le Dr A. RAVINA. Un volume de 192 pages : 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Comme chaque année à pareille époque, le Docteur Ravina présente aux praticiens un résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1934, tant en France qu'à l'étranger. Il expose :

1º Les maladies et symptômes (47 traitements nouveaux) concernant entre autres : les aortites, l'anémie pernicieuse, l'angine de poitrine, l'arthrite gonococcique, l'asthme, les brûlures, le cancer du larynx, l'encéphalite épidémique, la furonculose, les hymoptysies, l'hyperchlorhydrie, l'hypertension, l'hypochlorhydrie, la péritonite, la pleurésie purulente, la pneumonie, l'ulcère de l'estomac, l'urticaire, etc.

1º Les techniques et appareils (11 sujets traités) concernant entre autres : l'anesthésie, la radiothérapie, la transfusion sanguine, etc. ;

3º Les médications nouvelles (10 études) concernant entre autres : le-

acides aminés, le calcium, la chrytothérapie, la digitale, l'éphédrine, l'insuline, le venin d'abeilles, le venin de cobra, etc.

Le but de cet ouvrage est, d'autre part, de faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, d'autre part, de leur indiquer les orientations actuelles et certaines méthodes thérapeutiques.

La table alphabétique des matières donne pour chaque matière envisagée les indications et les résultats obtenus.

Le Docteur Ravina a précédemment publié suivant le même plan les années thérapeutiques 1931, 1932, 1933. Ces quatre petits volumes contiennent donc une documentation très complète sur les faits thérapeutiques nouveaux publiés depuis quatre ans ; ils constituent un véritable répertoire pratique.

Traitement chirurgical des dolichôlons par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisee, par le Dr MILHIET. (Thèse de Paris, 1934.)

L'auteur n'envisage dans cet ouvrage que le dolichocôlon, c'est-à-dire l'allongement total ou segmentaire du gros intestin et exclut le mégacôlon en augmentation de volume du gros intestin avec épaississement des parois. Ces deux anomalies — ou maladies — qui ont pu être confondues sont, en effet, bien différentes dans leur étiologie, leurs manifestations cliniques, leur gravité, leur thérapeutique.

Cette thèse comprend trois parties :

La première est faite de généralités étiologiques, anatomiques, et, surtout, cliniques sur le dolichocôlon. La constipation opiniâtre, les crises douloureuses abdominales, et l'aérocolie en sont les principaux symptômes la mésentérite chronique rétractile et le volvulus les principales complications.

La seconde partie envisage, en parlant de la symptomatologie clinique, les indications opératoires que posent les différents cas de dolichocôlon. La constipation, symptôme isolé, dont le traitement a si souvent tenté les chirurgiens d'avant-guerre mais ne leur a pas donné beaucoup de succès, ne sera, la plupart du temps, justiciable que du traitement médical. Les crises douloureuses abdominales et l'aérocolie, après échec du traitement médical, et lorsqu'elles se présentent sous l'aspect de crises d'obstruction intestinale, seront traitées par la résection colique.

La troisième partie envisage les différentes techniques dont la chirurgie dispose pour la thérapeutique du dolichocôlon : plicatures, pexies, anastomoses (iléo-colique, iléo-rectale, colo-colique), interventions sur le système nerveux intestinal. Mais l'auteur rejette la plupart de ces techniques pour proposer le traitement le plus logique : la résection de l'anse dolichocolique.

Il propose, pour cette résection, une technique personnelle : la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. Celle-ci consiste à réséquer l'anse, à pratiquer une anastomose bout à bout et à laisser l'anse extériorisée dans la plaie afin de prévenir les conséquences d'une désunion toujours possible. L'anastomose rentre rapidement dans l'abdomen et la guérison est obtenue en trois semaines environ. Cette technique a un double avantage : celui d'être rapide, comme toute colectomie en un temps, celui d'être sûr comme les colectomies en deux temps, tout en évitant la constitution d'un anus iliaque temporaire.

Les observations du Docteur Sénèque illustrent cette thèse, et affirment le bien-fondé et les bons résultats de cette technique de colectomie.

Le nodule de la corde vocale, par le Dr Jean TARNEAUD. Un volume in-8° de 150 pages, avec 24 fig., 1935 : 30 francs. Libraire Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Le livre de Tarneaud n'est pas seulement une mise au point qui vient à son heure, mais un travail fondé sur de minutieuses observations, d'importantes expérimentations doublées de contrôles anatomiques et radiographiques.

L'auteur expose l'historique des travaux sur le nodule, puis décrit longuement l'étiologie de cette affection et donne, ainsi que le souligne le Professeur SEBILEAU dans sa préface, « une explication entièrement nouvelle de la pathogénie » qui fait comprendre les causes et le lieu d'élection toujours identique de la formation nodulaire.

Après le chapitre d'anatomo-pathologie, les formes cliniques du nodule sont longuement mentionnées en raison de leurs caractères particuliers qu'il importe de reconnaître.

Servi par le stroboscope et ses connaissance laryngo-phoniatriques, l'auteur a pu caractériser tous les symptômes inhérents au nodule, affection rencontrée dans tout abus de la voix, aussi bien dans l'enfance que chez l'adulte, professionnel ou non de la voix.

Tous les modes thérapeutiques du nodule sont étudiés de façon approfondie avec indication précise de leur emploi, suivant les particularités de l'affection nodulaire.

Ce livre sera consulté avec profit par tous ceux qu'intéresse la physiologie et la pathologie du larynx et de la voix.

Le Gérant : A. ROUZAUD

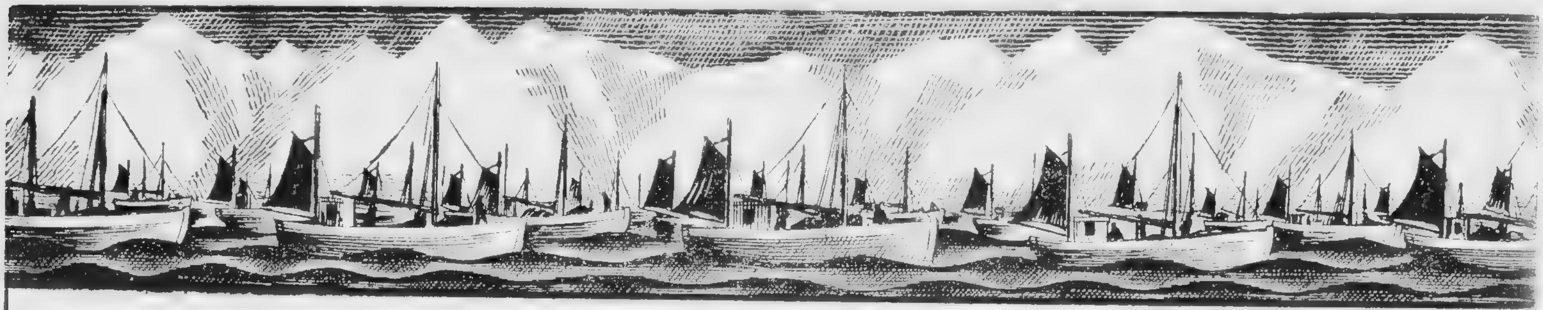
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

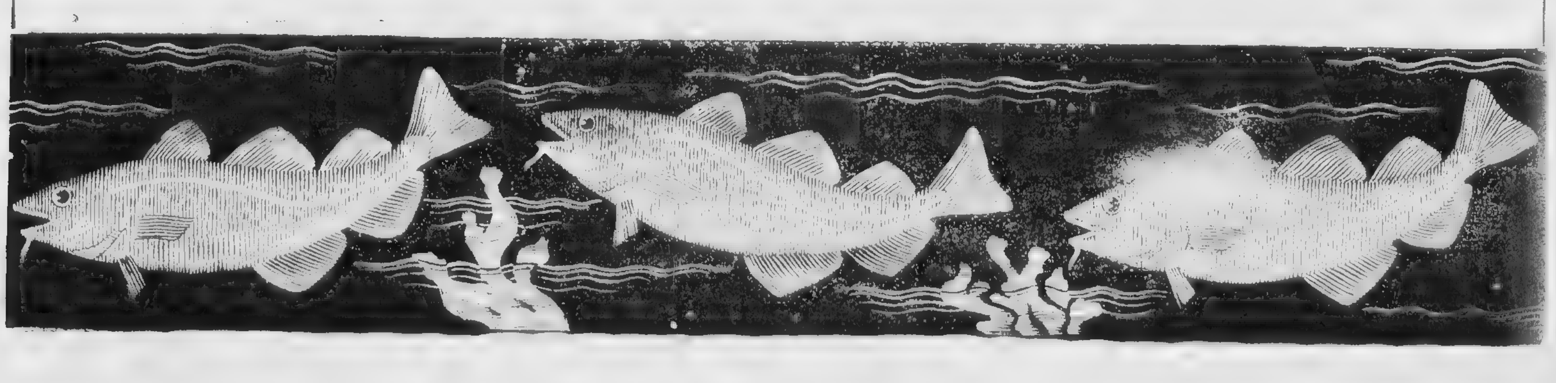
Fondé en 1873 — N° 12 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 MARS 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE





NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 mars. (Thèse vétérinaire). — ARNOUX : Fièvre ondulante humaine d'origine bovine en Saône-et-Loire.

16 mars. — M. VOLLAK. La chrysocyanose (pigmentation aurique primitive des parties découvertes). — M. ANQUETIN. Etude sur les mutilations ethniques. — M. DUJANOVITCH. Du malmenage et du surmenage scolaire. — M. PLAUSSU. Le centre crénothérapique de l'Assistance publique de Paris. — M. FISCHER. Prophylaxie des diarrhées estivales.

19 mars. — M. FORNARI. Sur quelques points particuliers de l'histoire de la leishmaniose splénique. — M. LESPINAT. Etude clinique et nosologique de la gastrite éthylique. — M. THÉVENIN. Etude des méningites à pneumocoques chez l'enfant.

19 mars (Thèse vétérinaire). —. M. Paul DE BAYO. Traitement des broncho-pneumonies du chien par la bactériothérapie.

20 mars. — M. GLEZERIS. La calcémie dans les rhumatismes chroniques. — M. LABRANCHU. Formes prolongées ou formes curables de la maladie d'Addison. — M. NICOLOFF. Les crises de flatulence dans les affections hépatiques. — M. ROZOWSKI. La réaction cutanée des tuberculeux à l'histamine et à l'iode. — M. ZORMAN. Les troubles gastriques des cardiaques défaillants.

21 mars. — M. BLANC. L'érythème noueux. — Mme PERLES La ponction de la rate (procédé de diagnostic cytologique). — M WEINMAN. Les parasites erythrocytières relevés par la splénectomie (Bartonella et éperythrozan).

23 mars. — M. BERTHE. Les ruptures de distension du tendon distal du biceps brachial. — M. GIROT. Les hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen.

Externat des hôpitaux de Paris. —M. Abeille, Mlle Aftalion, MM. Agid, Albahary, Albert, Alison, Amado, Apostolidès, Ardouin, Arnaud, Astié, Astre, Aubouy (Marcel), Aubouy (Roger), Avril, Azaïz, Azouli.

MM. Bailly, Ballade, Ballerin, Mlle Baraquin, MM. Barnier, Barré (André), Barré (Yves), Barrier, Mlle Bartfeld, MM. Bastien, Belloy, Bena, Benalions, Mlle Bénétaud, MM. Ben Haïm, Ben-Hamou, de Berg, Berger, Bernager, Bernier, Berrier, Bessière, Blaire, Blancard, Blanchon, Blestel, Mlle Blieblum, MM. Bloch, Bonnefis, Bonvallet, Bonvarlet, Boreau, Borman, Boucaut, Mlle Bourcart, MM. Brault, Bricaire, Brochemin, Buchenaud, Butet, Buy.

M. Cabrières, Mlle Cahour, MM. Caillé, Camus, Capron, Carbello, Cariage, Carlotti, Mme Carpentier, MM. Carpentier, Castaigne, Catalogne, Mlle Caulliez, M. Cayrol, Mlle Chaminadas, MM. Chaouli, Chardin, Mlle Cheymol, MM. Chilot, de Chirac, Chopard, Chouinard, Christophe, Clerfeuille, Coblentz, Colin, Collard, Colsenet, Compagnon, Congy, Corial, Cornillon, Coste, Coujard, Coulon, Courchet, Courjaret, Crépin, Crèvecœur, Cuadrado, Cuzin, Mlle Cypin.

MM. Dailly, Danion, Darricau, Davy, Debusschère, Decormeille, Mlle Delaffond, M. Delcombre, Mlle Delmas, MM. Demassieux, Denoyelle, Deslandes, Didier, Diengott, Druilbe, Drylewicz, Dubel, Dubost, Ducourneau, Defourmentel, Dufresne, Durand, Durgeat, Mlle Durkheim, M. Durupt, Mlle Duval, M. Duval.

MM. Elhaïk, Enel,

M. Faingold, Mlle Faure, MM. Ferrand, Flandin, Forestier, de Fourmestraux, Fournier, Foy, Mlle François, MM. Fredj, Fronville.

Mlle Gagnier, MM. Galle, Galmiche, Mlle Ganget, M. Garnal, Mlle Garnier, MM. Gaudron, Gauthey, Germain, Gibrat, Gibert, Gillet, Giraud, Girod, Gluck, Goldstein, Gougerot, Gourion, Mlle Granier, M. Granjon, Mlle Grauld, MM. Graveron, Grel, Grémont, Grosse, Grünspan, Guillaume, Guimezanes, Guitard, Guyot (Jacques), Guyot (Paul),

MM. Habas, Hadengue, Haquin, Harel, Hébert, Hémeury, Hermann, Hewitt, Houdart, Mlle Hufnagel,

MM. Iancu, Isorni,

MM. James, Jamme, Jardel, Mlles Jeanperrin, Jolivet, MM. Joly, Jorge, Jugand, Jüllich,

Mlle Kaplan, M. Kartun, Mlle Keim, M. Klein, s MlleKletter, Kouindjy, MM. Krawiecki, Kreisler, Krewer, Mlle Krilichevsky,

MM. Labouré, Lagarde, Mlle Laisney, MM. Lajoinie, Lamy, Lanceau, Landau, Mlle de Lanessan, M. Lanvin, Mlle de Laquière, M. Larcelet, Mlles Lauer, Lazinier, MM. Lebettre, Lebovici, Le Brigand, Le Floch, Léger, Legrand, Leib, Leibovici Mme Lejard, MM. Le Lay, Lelièvre, Le Louët, Lemaire, Lemarchand, Lemierre, Léra, Mlle Lerner, MM. Leroux, Leurier, Mlles Leuret, Leuthreau, MM. Lévèque, Lichnewsky, Lobjois, Lobrichon, Loiseau, Loublié,

Mlle Magallon-Graineau, MM. Mage, Maigne, Maille, Mailliez, Malingre, Malvezin, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, March, Mlle Marette, MM. Marinetti, Marlingue, Marnier, Marsault, Martin, Martin de Frémont, Masson (Maurice), Masson (René), Massoum Khani, Matheron, Matron, Mlle Maureil-Deschamps, M. May, Mlle May, MM. Mayaud, Méline, Mendelsohn, Mlle Merle, M. Meunier, Mlle Michon, MM. Minkowski, Miquelard, Moch, Mlle Molitor, M. Momon, Mlle Monghal, MM. Monteau, Mordo, Mlle Moreilhon, MM. Morel, Mothon, Mlle Mottez, Mme Moulier, MM. Mouton, Mselati, Muller (François), Muller (Jean),

MM. Nataf, Neel, Neufeld, Neumann, Nguyen-Trang-Nam,

MM. Orgogozo, Orinstein,

MM. Pach, Paley, Panthier, Mlle Papot, MM. Paris, Parrot, Parsy, Mlles du Pasquier, Pauliac, MM. Pelaez, Penit, Pergola, Perigois, Pestel, Petit, Petitot, Mlle Pétron, MM. Peyron, Philippe, Piarrat, Pinchianat, Pinès, Piot, Pons, Postel-Vinay, Pouret, Pradelle, Pradouza, Prestrot, Prochiantz, Pyronnet,

Mlle Raab, MM. Radzievsky, Raufman, Raust, Raymond, Mlles Raymond, Rémond, MM. René Boisneuf, Révérand, Rey, Reynaud, Reynès, Rie, Mlles Rist, Rivet, MM. Roch, Roger-

Rognon, Mlle Rosental, MM. Roubinet, Rouget, Roy, Rud. nansky, Ruel, Ryckebusch,

Mlle Saas, MM. Sadri, Salet, Salinési, Mlle Saulnier, MM Schermann, Schifte, Schtakleff, Sclafer, Mlle Seror, MM. Serre, Sevileano, Seyer, Mlle Sibertin-Blanc, M. Sieurin, Mlle Slim y Villegas, M. Sohier, Mlle Soudant, MM. Soulier, Sterboul, Stora Mlle Szezesniakowski,

Mlle Tarrade, M. Tavernier, Mlle Tavernier, Mme Témime, née Morhange, MM. Tisca, Todoskoff, Tola, Torlet, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Tran-Van-Hoa, Tran-Van-Luong, Tremblin, Tricot,

MM. Ulmann, Umdenstock, Uzan (Elie), Uzan (Maurice),

MM. Vasquez, de Vaudelade du Breuillon, Verliac, Verriez, Verroust, Vialard-Goudou, Vignon, Villebrun, Vinour, Vittrant,

Mlle Weissbrod, MM. Wibrotte, Wolf,

M. Zaepffel.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Vendredi 29 mars, à 10 h. 45, amphithéâtre de M. le Professeur Sergent, présentation par le Docteur L. Chauvois de son « Schéma nouveau de la circulation du sang », avec projections et films cinématographiques.

Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). *Cours de clinique et de médecine des enfants.* Cours de vacances, Pâques 1935 du 24 avril au 4 mai, Professeur Nobécourt : Conférence clinique à 9 h. 15 tous les matins.

Mercredi 24 avril, 10 h. 15, Professeur Nobécourt : Ouverture du cours.— 10 h. 30, Docteur Boulanger-Pilet : Syndromes hypophysaires. — 16 heures, Docteur Veslot : La rougeole des nourrissons. — 17 heures, Docteur Gouyen : Syphilis ostéo-articulaire chez l'enfant.

Jeudi 25 avril, 10 h. 30, Docteur Veslot : L'acrodynie. — 16 heures, Docteur Kaplan : Opothérapie thymique. — 17 heures, Docteur Gouyen : Les péricardites tuberculeuses.

Vendredi 26 avril, 10 h. 30, Docteur Boulanger-Pilet : Acquisitions nouvelles sur la diphtérie. — 16 heures, Docteur Kaplan : Les accidents sériques. — 17 heures, Docteur Ducas : Traitement du diabète chez les enfants.

Samedi 27 avril, 10 h. 30, Docteur Liege : La transfusion du sang. — 16 heures, Docteur Ducas : Acquisitions récentes sur le rhumatisme articulaire aigu. — 17 heures, Docteur Liege : Les abcès du poumon.

Lundi 29 avril, 11 heures, Docteur Pretet : Les stomatites. — 16 heures, Docteur Martin : Méningite cérébro-spinale à méningocoques. — 17 heures, Docteur Janet : Vomissements acétonémiques.

Mardi 30 avril, 10 h. 30, Docteur Duhem : Radiologie pulmonaire chez les enfants. — 16 heures, Docteur Janet : Le scorbut. — 17 heures, Docteur Paraf : La contagion de la tuberculose.

Mercredi 1er mai, 10 h-30, Docteur Cathala : Splénopneumonie. — 16 heures, Docteur Tixier : Prophylaxie de la syphilis. — 17 heures, Docteur Babonneix : Les encéphalites aiguës.

Jeudi 2 mai, 11 heures, Docteur Duhem : Physiothérapie de la poliomyélite. — 16 heures, Docteur Pichon : Les syndromes myocarditiques dans l'enfance. — 17 heures, Docteur Babonneix : Les tumeurs cérébrales.

Vendredi 3 mai, 10 h. 30, Docteur Tixier : Le B. C. G. — 16 heures, Docteur Pichon : Les péricardites rhumatismales. 17 heures, Docteur Paraf . Nouveaux traitements de la tuberculose chez l'enfant.

Samedi 4 mai, 10 heures, Professeur Nobécourt : Cours de clinique. — 16 heures, Docteur Martin : Le kala-azar. — 17 heures, Docteur Lebée : Les dystonies neuro-végétatives.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet nº 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Un certificat est délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au secrétariat de la Faculté.

Ligue française contre le rhumatisme. Secrétariat-trésorerie, 3, avenue du Président-Wilson, Paris. — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le samedi 23 mars 1935, à 16 heures précises, à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris.

Séance scientifique à 16 h. 30 : La spondylose rhizomélique :

a) M. J. Forestier : Les signes de début (avec projections) ;
b) MM. O. Crouzon et Gaucher : Les formes cliniques.
c) MM. P. Weil : Aux confins de la spondylose rhizomélique.
d) M. Alajouanine : Le syndrome biologique et M. Lacapère.
e) M. Simon (Strasbourg) : Les traitements chirurgicaux.

Nota. — Etant donné le nombre des rapports, l'exposé de chacun d'eux est strictement limité à quinze minutes.

Union médicale latine. — Le dîner de Printemps annuel de l'UMFIA sera cette année donné en l'honneur de la Roumanie et des médecins roumains.

Ce dîner est fixé au jeudi 11 avril, au Palais d'Orsay, à 20 heures précises, sous la présidence de son Excellence Dinu Cesiano, ministre plénipotentiaire de Roumanie à Paris, et sous la présidence de M. le médecin général inspecteur Rouvillois.

Pour y participer, envoyer les inscriptions au siège social de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) en y joignant chèque ou mandat-carte représentant le prix du dîner , soit : 50 francs par personne.

Nécrologie. — Docteur Jean Arrous, de Prades (Pyrénées-Orientales). — Docteur Louis Attila, de Josselin (Morbihan). — Docteur Joseph Bosvieux, de Ville-d'Avray (Seine-et-Oise). — Médecin colonel Raymond Bernard, de Paris. — Docteur Edgard Beckardt, de Cernay (Haut-Rhin). — Docteur Buret, de Paris, 2, rue Casimir-Delavigne (VIe), ancien président de la Société de médecine de Paris, décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur Henri Codet, décédé à Viroflay, le 12 mars, dans sa 81e année. — Docteur Xavier Darget, ancien conseiller général d'Orthez (Basses-Pyrénées). — Docteur Alfred Dujardin,

de Lille. — Docteur Emmanuel DALBES, de Capendu (Aude), décédé à l'âge de 59 ans. — Docteur Jules GRANDCLÉMENT, de Villeurbanne (Rhône), conseiller général du Rhône, ancien maire de Villeurbanne, décédé dans sa 67e année. — Docteur HALGAND, de Paris, 161, boulevard Haussmann, oto-rhino-laryngologiste. — Docteur Pierre-Lucien JOLY, de Bar-le-Duc (Meuse). — Docteur Auguste LAMARE, de Paris. — Docteur LEMAIRE, de Monthermé (Ardennes). — Docteur Lucien LACOMBE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — Docteur Alexandre LEMERCIER, de Paris. — Docteur Albert MIQUET de Sainte-Gauburge-Sainte-Colombe (Orne). — Docteur Charles OHLEYER, de Wissembourg (Bas-Rhin). — Docteur Léon SCHAEPELINCK, de Lille, décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur Jean SERVIÈRES, de Caudecoste. — Docteur Alexandra SCHWARTZMANN (Mme), décédée à l'âge de 35 ans, de Paris. Docteur VINCENT, décédé à Paris à l'âge de 61 ans. Docteur Carlo LOTTI, de Pise, professeur de pathologie médicale, décédé à l'âge de 56 ans. — Professeur SANTE DE SANCTIS, de Rome, membre de l'Académie royale de médecine italienne, fondateur de l'Institut de psychologie expérimentale de Rome, décédé à l'âge de 73 ans. — Professeur Michele BOLAFFIO, de Modène, directeur de la Clinique obstétrico-gynécologique, décédé à l'âge de 52 ans.

M. Paul Juillerat. — La mort de M. Paul Juillerat, membre du Conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité départementale de la Seine repousse un peu plus dans l'ombre du passé ce qu'on appela la « période héroïque » de la lutte pour l'hygiène que Wurtz venait de stigmatiser si durement.

Après de solides études classiques, — obligé d'aider tout aussitôt sa mère, directrice d'école de la Ville de Paris à la retraite, — il renonça aux grandes Écoles qu'il avait rêvées, et entra au concours comme expéditionnaire à la Préfecture de la Seine.

Alphand l'eut vite remarqué. Il devait devenir chef des Services d'hygiène et au lendemain de la loi du 15 février 1902, fut chargé de l'application à Paris, des dispositions relatives à l'hygiène des maisons : par sa compétence, son autorité, son tact, plus de 50.000 dossiers furent vite constitués, qui ne donnèrent lieu qu'à trois ou quatre recours au Conseil d'État : proportion illusoire.

En 1903, il fut chargé de la création d'un casier sanitaire des maisons : patiemment, il accumula, aidé en cela par son collaborateur, M. Lesueur, les documents ; après quatorze ans de recherches et d'efforts, encouragé par l'inoubliable savant qu'était le Docteur E. Roux, il publia ses premiers résultats et révéla l'existence à Paris, d'îlots tuberculeux, les délimita et allait permettre d'entreprendre sur des bases scientifiques, la lutte contre le taudis.

Tour à tour l'Institut et l'Académie de médecine lui décernèrent des prix : une circulaire du ministre de l'Intérieur recommanda aux Préfets de généraliser la pratique des casiers sanitaires.

M. Delanney, préfet de la Seine, l'appelait au Conseil d'hygiène, à la conservation du Musée d'hygiène, etc.

Membre de nombreuses Commissions, il apportait partout l'inestimable concours de son expérience spécialisée.

A sa retraite il fut en outre président de la Commission des logements insalubres, il ne la quitta qu'à regret, lorsque sa santé déjà déclinait.

Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur par M. Léon Bourgeois et M. Paul Strauss, devenu ministre de l'Hygiène et qui avait jugé depuis longtemps de ses longs et féconds efforts, lui décerna la croix d'officier de notre Ordre national.

Le *Progrès Médical* où il publiait le 6 janvier 1906 une conférence sur « le choix d'un logement, son aménagement, son entretien », ne pouvait le laisser partir sans adresser un ultime salut à ce bon ouvrier d'une époque laborieuse dont on parle peu aujourd'hui, mais qui fut à l'origine du mouvement sanitaire en France.

Reste l'homme : extrêmement instruit, érudit même, lisant beaucoup, travaillant sans cesse à se tenir au courant, s'intéressant à toutes les branches de l'activité humaine, apportant à tout ce qu'il faisait un esprit sûr, un jugement droit, une critique indépendante.

Profondément bon, spontanément serviable à tous, il gardait en son cœur une place pour ses amis ; il les aimait profondément, comme le besoin d'une âme d'élite ; combien parmi ceux qui se pressaient au bord de sa tombe, qui ne songeaient à l'immensité de sa perte, et de la leur !

Dr A. FILLASSIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur les Imidazols

Par M. LOEPER, A. LESURE, A. MOUGEOT et J. PARROD

I. Action toxique

La résorption des imidazols dans le tube digestif, leur formation même dans l'intimité des organes, leur accumulation dans les tissus et leur élimination par le rein, posent le problème de leur toxicité.

Cette toxicité a été étudiée par beaucoup d'entre eux. Nulle pour l'imidazol pur, elle est considérable pour l'imidazol éthylaminé ou histamine qui occupe l'extrémité de la chaîne toxique. Elle est variable pour les autres imidazols connus.

Nous avons tenté de la préciser pour quatre corps peu étudiés ou nouveaux dont nous avons déjà montré les propriétés vasculaires.

Le diarabinoimidazol ;
L'imidazolformamide ;
Le méthyl 4 imidazol ;
L'hydroxyméthylimidazol.

Nous avons injecté ces produits à doses progressives sous la peau des souris ou dans leur péritoine.

En injection sous-cutanée la diarabino I et l'hydroxyméthyl I ont à peu près la même toxicité.

La mort ne survient guère qu'en 18 heures avec des doses déjà considérables de cinq et même dix centigrammes.

En injection péritonéale la toxicité est plus grande et il suffit de 2 centgr. 5 pour produire la mort en 3 heures.

Le méthyl imidazol est très toxique. Par voie sous-cutanée 1 centgr. peut provoquer la mort en un quart d'heure.

Par voie péritonéale 5 milligrammes tuent en 5 minutes.

Le cobaye a une résistance plus grande : 5 à 10 centigrammes sont une dose mortelle, 20 centigrammes une dose foudroyante.

Lorsque l'animal ne succombe pas trop rapidement, les accidents observés, aussi bien chez les souris que chez les cobayes, sont de type épileptique : phase tonique, phase clonique, phase paralytique, quelquefois état tétaniforme et opisthotonos. Les accidents peuvent débuter par une sorte de frisson initial et persistent jusqu'à la mort.

Celle-ci survient dans le coma avec inspirations profondes et rares.

A l'autopsie le cœur est en diastole ou en systole : en diastole avec 6 centigr. d'hydroxyméthylimidazol, en systole avec un centigr. seulement de méthyl 4 imidazol.

Les imidazols semblent donc avoir une certaine élection pour le système nerveux. Leurs effets convulsifs, paralytiques, tétaniformes et bulbaires sont assez différents de ceux signalés pour l'histamine que certains auteurs disent hypnotique et non convulsivante.

Comme l'organisme animal et humain peut réaliser des synthèses et des combinaisons multiples d'imidazols, on est en droit de se demander quel rôle peuvent avoir ces corps dans la genèse des phénomènes cliniques observés au cours des intoxications intestinales et des autointoxications.

II. Action hydropigène

L'histamine a des propriétés vasodilatatrices et exsudatives certaines. Ces propriétés ont été mises en évidence par toute une série de recherches expérimentales et cliniques, les plus connues sont l'intradermo et la cuti-réaction.

Sans doute ces propriétés appartiennent aussi à d'autres imidazols dont l'action vasculaire se rapproche par certains côtés de celle de l'histamine.

Nous avons, pour en démontrer l'existence, étudié les quatre imidazols indiqués plus haut. Nous les avons injectés en solution titrée dans une des pattes antérieures et postérieures de souris à la dose de 1/2 c. c., soit de 2 centigr. 5 par comparaison avec un même volume de sérum physiologique injecté dans la patte symétrique.

Nous avons mesuré ensuite par dessiccation l'hydratation de chaque patte 60' après l'injection.

Patte injectée	Perte de poids Souris A	Perte de poids Souris B
de 1/2 c. c. d'hydroxyméthylimidazol	55 %	58 %
Patte injectée de 1/2 c. c. de sérum pur	45 %	48 %

La perte de poids est donc plus considérable de 10 % pour la patte injectée d'imidazol ; un tel résultat tend déjà à prouver la lente résorption de l'imidazol ou son action hydropigène.

Nous avons alors injecté dans le péritoine de 12 souris 1/2 c. c. ou 1 c. c. de solution à 5 % de divers imidazols, soit exactement 2 cgr. 5 à 5 cg.

Voici les résultats obtenus :

Volume injecté	Diarabino-imidazol	Hydroxy-méthyl	Méthyl. 4	Formamide
	Liquide péritonéal recueilli.			
Souris A 1 c.c.	0	2 c. c.	0	0
Souris B 1 c.c.	2 c. c.	2 c. c.	0	0
Souris C 1 c.c.	2 c. c.	2 c. c.	0	1 c. c.

Fait assez remarquable les résultats obtenus chez huit cobayes sont assez semblables bien que plus frappants en raison du volume du liquide injecté.

Volume injecté	Diarabino	Hydroxymétyl	Métyl. 4	Formamide
	Liquide péritonéal recueilli.			
Cobaye 2 c. c.	4 c. c.	5	0	0
Cobaye 2 c. c.	4 c. c.	5	0	0

Il semble donc bien que le diarabinoimidazol et l'hydroxyméthyl aient une action hydropigène que ne possèdent point les autres dont la résorption est au contraire complète et rapide.

Chez tous les animaux, souris et cobayes, le liquide recueilli est : trois fois incolore, trois fois séreux, trois fois légèrement hémorragique. Même quand le liquide est clair ou séreux on y trouve à peine 3 gr. 10 d'albumine par litre et de très rares éléments desquamés ce qui indique le caractère transudatif du liquide ascitique obtenu. La proportion de chlorure de sodium est de 6 ‰ environ.

Ces résultats sont intéressants si on les rapproche de l'abondance des imidazols dans certains liquides d'œdème ou d'ascite chez l'homme.

Ils posent à nouveau le problème du mécanisme toxique de certains œdèmes.

III. Action sur la musculature gastrique

On connaît depuis longtemps les propriétés vaso-dilatatrices et hypotensives de l'histamine et de quelques corps voisins.

Dans une note antérieure nous avons spécialement étudié l'action sur les vaisseaux et sur le cœur de certains composés imidazoliques ; l'imidazol formamide, l'oxyméthyl imidazol, le méthyl 4 imidazol et le diarabinoimidazol. Nous avons montré que tous ces composés injectés dans le sang sont hypotenseurs à l'exception du diarabinoimidazol, et que tous sont hypotoniques sur les artères en survie, à l'exception du méthyl 4 imidazol.

L'action sur les viscères a été aussi signalée pour quelques-uns d'entre eux. L'imidazol pur agit déjà sur les fibres de l'utérus gravide.

L'histamine fait de même et se montre assez active sur l'intestin et sur l'estomac.

Par contre le benzimidazol l'est peu et le triphénylimidazol est plutôt hypnotique. Ces discordances rappellent celles que l'on observe dans l'action sur les vaisseaux. Elles se retrouvent encore pour les 4 imidazols signalés plus haut.

Sur l'estomac des grenouilles *in vitro*, en effet, l'hydroxyméthyl, le méthyl 4 et l'imidazol formamide sont sans effet; et le dirabinoimidazol est au contraire très actif.

En solution à 10 cg. pour 30 c. c. de sol. de Ringer, il produit d'une part l'accroissement du tonus, d'autre part l'apparition de vagues périodiques de longue amplitude.

Le diarabinoimidazol se comporte donc un peu comme la pilocarpine qui est d'ailleurs un dérivé de l'imidazol oxycarbonique.

Pour préciser l'action physiologique nous avons étudié le pouvoir renforçateur de certains médicaments sympathicotropes ou vagolytiques.

L'atropine qui est un vagolytique empêche l'action du diarabino. Quant au tartrate d'ergotamine et à l'yohimbine qui sont sympathicolytiques, ils la décuplent au contraire ; mais ils font apparaître une certaine contraction avec l'hydroxyméthyl imidazol qui était inactif complètement avant cette adjonction.

Il semble donc que certains imidazols agissent sur les fibres lisses de l'estomac ; mais que cette action dépend en partie de leur influence nerveuse, puisque des médicaments vagolytiques ou sympathicolytiques sont susceptibles de l'influencer. Cette hypothèse s'accorde d'ailleurs assez bien avec la constatation souvent faite d'une action inverse mais symétrique des imidazols sur les fibres des vaisseaux et sur les fibres des viscères.

IV. La rétention des imidazols chez les cardio-rénaux

C'est dans le dédoublement des protéines, que ce dédoublement se produise dans le tube digestif ou dans les tissus, que naissent ces produits hétérocycliques auxquels on donne le nom générique d'imidazols. Ces imidazols constituent des combinaisons variées et complexes sur lesquelles ont insisté spécialement M. Guggenheim, Berthelot, Parrod et dont nous avons récemment tenté de préciser le dosage chimique (1).

Certains de ces imidazols sont nettement toxiques. L'histamine en est le type. Leur action est à la fois vasculaire (2) et viscérale. Elle se fait sentir plus encore sur la fibre musculaire lisse que sur le parasympathique. Nous avons cru pouvoir leur attribuer la part principale dans la production de certains troubles morbides des typhiques (3) et nous les avons incriminés encore dans les réactions de certaines entérites et dysenteries. Et ce n'est certainement pas tout. On les trouve dans la plupart des sérums normaux à la dose de 12 à 15 milligrammes. Cette proportion peut s'accroître dans la typhoïde les cirrhoses, les broncho-pneumonies, les intoxications alimentaires avec ou sans éruption et peut atteindre 22 milligrammes.

Mais l'élimination rénale est constante, rapide et abondante : le taux urinaire, de 60 milligrammes à l'état normal pour une alimentation donnée, peut s'élever à 150.

Le rapport des imidazols du sérum aux imidazols des urines se maintient donc aux environs de 1/6 et ne peut que s'abaisser quand le rein est normal.

En ce qui concerne les affections cardiaques il reste tel si la lésion est compensée : hypertension, cardiopathie, de tout ordre, mais il s'accroît dans la décompensation, dans les néphrites et les compressions des uretères où la perméabilité du rein est notablement atténuée. Voici quelques exemples avec les rapports correspondants :

	Imidazols en milligr. Sérums.	Urines	Rapport $\frac{IS}{IU}$
S. Hypertension compensée....	13	160	1/10
J.	11	76	1/7
H. Hypertension décompensée	8	32	1/4
G. Compression des uretères..	18	traces	1/18
H. Asystolie.	20	98	1/5
C. —	65	16	1/3
G. —	29	29	1/1
D. —	26	traces	1/26
S. —	17	64	1/4
W. —	18	21	1/15

Au cours de ces états d'asystolie ou de néphrite le liquide d'œdème, habituellement très pauvre en imidazols, peut en contenir jusqu'à 5,7 et 47 milligrammes, ce qui est considérable et témoigne d'une accumulation. Fait intéressant, lorsque la décompensation cesse, que le liquide d'œdème se résorbe et que survient la crise urinaire, le taux des imidazols augmente d'abord dans le sang et bientôt dans l'urine ainsi qu'en témoignent les chiffres suivants :

	Imidazols en milligr. Sérums	Urines	Rapport $\frac{IS}{IU}$
S. Asystolie..............	17	61	1/4
Crise urinaire	29	130	1/5
D. Crise urinaire...........	14	492	1/37
H. Asystolie	20	98	1/5
Crise urinaire...	9,5	168	1/16

La rétention des imidazols dans les affections cardio-rénales ne fait donc point de doute. Leur abondance dans le liquide d'œdème semble démontrée. Leur élimination à la crise est frappante. On est en droit de rechercher le rôle que peut jouer cette rétention dans la production des exsudats interstitiels, dans leur entretien et dans leur accroissement.

V. La crise d'imidazols à la période critique de certaines maladies

La présence dans le sérum et dans les urines d'une assez forte proportion de produits voisins de l'histamine est donc indiscutable au cours de certaines affections de l'intestin et elle peut être incriminée dans la production de certains troubles neuro-vasculaires d'origine entéritique. Mais l'origine intestinale, pour fréquente qu'elle soit, n'est pas exclusive.

Les imidazols circulants ne viennent, en effet, pas seulement de l'intestin, mais aussi des tissus. Un très grand nombre de processus aigus ou chroniques, congestifs ou phlegmasiques, microbiens ou mécaniques, sont susceptibles de leur donner naissance. C'est ainsi que nous en avons trouvé dans le sérum des asystoliques aussi bien que des broncho-pneumoniques, des urémiques que des rhumatisants aigus. Le taux peut atteindre au cours de la maladie de 18 à 26 milligr. et il est considérable, bien qu'il ne représente pas, ainsi que nous l'avons dit, de l'histamine pure, mais toute une série de composés voisins.

Habituellement, ainsi qu'on l'a vu plus haut, quand le rein est sain, l'élimination des imidazols par les urines est assez proportionnelle à leur abondance dans le sang. Les chiffres urinaires varient de 60 à 80 milligr. et sont, par conséquent, en regard des chiffres sanguins, dans le rapport de 1/5 au minimum. Ce rapport s'abaisse quand les imidazols urinaires atteignent 100 à 120 milligr., à la seule condition que le rein soit perméable.

---

(1) M. Loeper, Lesure et Thomas. Le dosage des imidazols (*C. R. de la Société de chimie biologique*, mai 1934, et *Bulletin de la Société de chimie biologique*, octobre 1934.)

(2) M. Loeper, A. Mougeot et Aubertot. L'action vasculaire de quelques imidazols. (*C. R. de la Société de biologie*, 5 mai 1934.)

(3) M. Loeper, A. Lemaire, D. Mahoudeau et A. Lesure. Hypotension des typhiques et imidazols. (*B. de la Société médicale des hôpitaux* 16 janvier 1934.)


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Il s'élève au contraire, jusqu'à 1/3, 1/2, et même 2/1 lorsque le rein fonctionne mal et que sa perméabilité est réduite.

Une telle élévation est habituelle dans la période asystolique des affections cardiaques et aussi dans l'insuffisance cardiaque des hypertendus ; elle l'est plus encore dans la néphrite chronique et surtout dans l'oblitération des uretères (1).

Comme toutes les substances retenues, les imidazols se déversent dans les tissus et s'y retrouvent. Il est difficile de dire s'il s'agit d'une dissémination, d'une accumulation ou d'une rétention vraie. La même discussion a d'ailleurs été faite à propos de l'urée. Toujours est-il qu'il n'est pas rare de trouver, dans le liquide ascitique ou dans le liquide d'œdème, des taux imidazoliques anormalement élevés de 6 à 18 milligr. (2).

***

La crise urinaire est connue dans tous ses détails. Il n'est pas besoin de rappeler qu'elle est autant une crise de tissus qu'une crise de rein ; elle l'est dans les maladies mécaniques comme dans l'asystolie, inflammatoires et phlegmasiques comme la pneumonie, l'érysipèle et les méningites aiguës, dans les maladies toxiques encore, comme les intoxications de toutes sortes. L'élimination urinaire représente la somme totale de toutes les crises des organes et des tissus. A ce moment, les exsudats se résorbent et les produits de leur transformation, globulines, acides aminés passent dans le sang et, de là, dans l'urine, à ce moment aussi, les épanchements se vident et le liquide accumulé s'élimine par le rein avec ses chlorures et les autres substances qui y étaient dissoutes.

Ce sont des faits constatés à maintes reprises par MM. Chauffard, Achard et Laubry et par nous-mêmes (3). Il n'y a pas jusqu'aux crises sanguines, produites par les rayons X dans les larges applications des néoplasmes, qui ne s'accompagnent de ces débâcles de polypeptides, d'acides aminés et d'imidazols.

Quand donc les urines contiennent des imidazols en excès, ces imidazols peuvent être dus à la résorption des exsudats ou des déchets des tissus.

Les cas suivants, pris entre plusieurs, montrent cet accroissement.

Les premiers correspondent à des asystolies.

	Corps histaminiques en milligr.		
	Sérum	Urines	Œdèmes
1° Mme S..., asystolie, œdèmes	17	64	7
La même. Après la crise........	16	160	
2° Mme W... asystolie...........	18	21	14
Echec de la médication diurétique.	26	29	

On peut voir dans ce tableau l'imidazolémie passer de 17 à 29 avant la crise et retomber à 16 après elle, tandis que l'imidazolurie s'élève et se maintient à des chiffres très élevés : fait assez curieux, les œdèmes se résorbent parallèlement. Comme ils étaient riches en imidazols, on peut vraiment admettre qu'ils sont en partie la source des produits éliminés.

Les cas suivants concernent des affections aiguës et ils sont superposables ; ils montrent bien cette relation.

	Corps histaminiques en milligr.	
	Sérum	Urines
Bronchopneumonie p. d'état......	22	
Crise urinaire....................	13	139
Bronchopneumonie, défervescence ..	Traces	188
Bronchopneumonie, état............	Traces	Traces
Bronchopneumonie, défervescence...	17	61

(1) M. Loeper, Perrault et Lesure. — Rétention des imidazols dans les affections cardio-rénales. *Bull. de la Société de Biologie*, 25 octobre 1934.

(2) M. Loeper, Perrault, Bioy et Lesure. — L'origine parentérale des imidazols. *C. R. Soc. de Biologie*, 10 novembre 1934.

(3) M. Loeper. — Le mécanisme régulateur de la composition du sang. *Thèse de Paris*, 1903. — Ch. Achard : Commun. diverses résumées, *in Troubles des échanges nutritifs* (Masson), 1928. — M. Loeper et Mlle Lebert : La globulinémie à la période terminale de la pneumonie. *C. R. de la Biologie*, 1931.

La crise urinaire d'imidazols est donc encore patente dans les états aigus inflammatoires. Elle y marque comme dans l'asystolie la résorption de l'exsudat phlegmasique et son élimination (1).

Peut-être ce passage abondant, dans le sérum, de produits souvent toxiques, a-t-il son rôle dans l'apparition de certains troubles que l'on constate lors de la résorption des œdèmes et des exsudats infectés ? Peut-être le choc, signalé par Vaquez, et par nous-mêmes, est-il produit par ces résorptions à la fois mécaniques et toxiques ?

Peut-être certaines dilatations vasculaires, certaines céphalées, certains refroidissements critiques trouvent-ils là leur explication ou une partie de leur explication ?

Nous nous garderons de faire autre chose que des hypothèses et nous nous bornerons à conclure :

1° Qu'il existe à la fin de certaines maladies une crise d'imidazols comme il existe une crise d'urée et de chlorures et à bien d'autres substances ;

2° Que cette crise dépend souvent de la résorption des exsudats et de la fonte des liquides accumulés ;

3° Que souvent aussi l'élimination urinaire est précédé d'un d'un accroissement passager d'imidazols dans le sang, comme elle est souvent précédée d'une azotémie fugace et précritique.

Ces constatations méritent d'être retenues dans l'interprétation de certains troubles satellites de la crise urinaire.

BIBLIOGRAPHIE

M. Loeper, Mahoudeau et Lesure. — Hypotension des typhiques et imidazols. (*Bulletins et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 16 janvier 1934 et *Progrès Médical*, n° 7, 17 février 1934).

M. Loeper, Mougeot et Aubertot. — Sur l'action vasculaire de quelques imidazols. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CXXI, 5 mai 1934, p. 35 et *Progrès Médical*, 23 juin 1934, n° 25.

M. Loeper, Perrault, Bioy et Lesure.— L'origine parentérale des imidazols. (*Ibid.*, 10 nov. 1934.)

M. Loeper et Mahoudeau. — Imidazolémie après absorption de foie. (*Bull. et mém de la Soc. méd. des hôp.*, mai 1934.)

M. Loeper, Perrault et Bioy. — La crise d'imidazol à la période critique de certaines maladies. (*Presse médicale*, n° 98, déc. 1934.)

M. Loeper, Perrault et Lesure. — Syndromes histaminiques d'origine intestinale. (*Bulletin de l'Aëc. de médecine*, tome CXII, n° 38, 27 nov. 1934.

M. Loeper, Lesure et Thomas. — Le dosage de s imidazols (*C. R. de la Soc. de chimie biologique*, mai 1934 et *C. Rendus*, nov. 1934).

M. Loeper, Mougeot et Parrod. — L'action toxique de quelques imidazols : action hydropigène, action sur la musculature gastrique ((*C. R. de la Soc. de Biologie*, février 1935.)

(1) M. Loeper. — Les crises hématiques. *Clinique et Laboratoire de l'Hôtel-Dieu* (Masson, éditeur), Paris, 1904.

« Je n'étais pas un bon médecin, mes études avaient été trop hâtives, mon stage dans les hôpitaux, trop court, mais sans aucun doute, j'étais un médecin qui réussissait. Quel est le secret de la réussite? Inspirer la confiance. Qu'est-ce que c'est que la confiance ? D'où vient-elle ? de la tête ou du cœur... Je sais seulement qu'elle ne s'acquiert pas dans les livres, ni au chevet de nos malades ; c'est un don magique, accordé aux uns, comme un droit à leur naissance, et refusé aux autres. »

(Axel Munthe. — Le livre de San Michele, traduit par Paul Rodonachi. Cité par le *Journal des Praticiens.*)

CHRONIQUE

Les théories de Paul Ferrier

Les théories de PAUL FERRIER, son interprétation du terrain tuberculeux, les principes de sa thérapeutique, ce sont des données qui sont devenues classiques presque d'emblée. Si classiques que bien des auteurs ne citent même plus l'initiateur, ce qui est la marque même de la gloire et qu'il est difficile de se renseigner sur ses idées précises. Aussi j'ai été heureux de recevoir son livre (1) pour entrer dans l'intimité de sa pensée.

L'idée maîtresse de PAUL FERRIER dérive d'une trouvaille faite par ALBERT ROBIN, ce grand homme qui a connu la vogue et qui n'a pas réalisé sa destinée. ALBERT ROBIN avait signalé, en 1889, à l'Académie de médecine, la phosphaturie des tuberculeux. De nombreuses études parurent ensuite, soit sous sa signature, soit sous son inspiration, au sujet de la nutrition des tuberculeux. Puis ce fut le silence et, plus tard, le Professeur ALBERT ROBIN lui-même traitait de légende sa découverte.

Or, quelques années après, PAUL FERRIER voyait reparaître à sa consultation un tuberculeux, dûment contrôlé, qu'il croyait mort et qui était parfaitement guéri. FERRIER fut assez frappé, chez cet ex-condamné, par l'état de ses dents : jaunes, dures, inébranlables. A ce premier jalon, d'autres vinrent s'ajouter confirmant aux yeux de notre auteur qu'un terrain riche en chaux empêche l'évolution de la tuberculose. Puis il vit une jeune fille de seize ans mourir d'une forme suraiguë de la tuberculose et une dame d'environ 45 ans d'une forme aiguë. Or, les dents de ces deux malades étaient dans le plus complet délabrement, sans consistance, et elles dénonçaient une période de décalcification longue et encore active.

Au congrès de Médecine de 1900, FERRIER signalait que l'état des dents pouvait peut-être fournir un élément de pronostic dans l'évolution de la tuberculose. Bientôt l'idée se précisait dans son esprit et dans son entourage.

ALBERT ROBIN avait parlé de phosphaturie et, aussi, de déminéralisation. En réalité, pour FERRIER, il y a perte de chaux et perte d'acide phosphorique.

L'organisme perd normalement, par vingt-quatre heures, une certaine quantité de phosphates, dont il n'existe aucune trace macroscopique dans une urine de volume suffisant et provenant des voies urinaires saines. Les sels phosphatiques ainsi excrétés comprennent ceux qui résultent de l'usure journalière des tissus, et, aussi, ceux de l'alimentation qui n'ont point été utilisés à leur passage dans l'organisme. Les phosphates, ainsi émis, ne constituent pas la phosphaturie d'ALBERT ROBIN et PAUL FERRIER. Ils n'apparaissent pas dans une urine refroidie.

Tout autres sont les caractères d'une urine qui contient les phosphates de la troisième catégorie : de densité augmentée, de couleur pâle, d'odeur fade, elle est peu acide au tournesol, quelquefois même elle est alcaline à l'émission, bien qu'elle renferme plus d'acide que la précédente. En se refroidissant, elle laisse peu à peu précipiter une sorte de poussière blanc jaunâtre très fine qui se réunit au fond du vase ou de la bouteille. Elle fermente rapidement en prenant une odeur ammoniacale de plus en plus prononcée.

Cette phosphaturie, PAUL FERRIER la considère comme l'émission de phosphates provenant de la corrosion acide des os et des dents, ostéorragie, dit notre auteur.

Or, après avoir passé en revue diverses particularités propres aux ostéomalaciques et autres syndromes de décalcification, FERRIER insiste sur la légèreté osseuse qui est commune à tous ces cas et qu'il nomme ostéocie.

L'ostéomalacie serait due à ce qu'un ou plusieurs acides d'origine gastrique ou intestinale, en particulier l'acide lactique, pénètrent dans le sang par les voies normales d'absorptions du chyle, s'y combinent avec le phosphate tricalcique des os et des dents et entraîne dans l'urine les sels plus ou moins solubles qu'ils y ont formés.

Les fermentations dues à une hygiène alimentaire défectueuse sont à l'origine de ces acides. Les acides citrique, malique, tartrique, sorbique, contenus dans les fruits, ont le même effet et l'acide carbonique qui peut résulter de leur transformation ultime prend une part importante à la désagrégation osseuse. Les acides sulfurique, chlorhydrique, azotique, tous les acides des métalloïdes sont passibles de la même accusation.

Et FERRIER attire l'attention sur leurs sels, dont l'action est désastreuse dans la tuberculose. Alors, en effet, qu'on accuse le fer de provoquer des hémoptysies, alors qu'on pourrait en dire autant de la quinine administrée *per os* ou par injection aux tuberculeux paludéens, ce sont en réalité les sels de fer et ceux de quinine qui sont nocifs à cause de leur acide.

C'est en se fondant sur ces prémisses que P. FERRIER dirige son traitement.

Il s'agit essentiellement d'empêcher l'introduction d'acides, puis de s'opposer à la formation d'acides dans l'estomac et l'intestin ; donc, somme toute, de régler et de savoir guider l'alimentation du tuberculeux.

Les repas seront au nombre de trois : 1° parce qu'un plus grand nombre en provoquerait inévitablement le chevauchement qui favorise une formation d'acide lactique ; 2° parce qu'un plus grand nombre ferait séjourner trop longtemps dans l'estomac les aliments qui y subiraient un métabolisme incorrect. Entre les repas, il ne sera permis aucun aliment solide ou liquide, surtout pas de lait qui est siège et cause de fermentation.

Une demi-heure avant le repas du matin, une heure et une demi-heure avant ceux de midi et du soir, on boira un verre d'eau et, autant que possible, de l'eau contenant du carbonate de chaux. Ces eaux sont très abondantes en France. Elles dominent à Paris. On peut remplacer l'eau du pays par celle d'Evian, Pougues, Saint-Galmier. Mais PAUL FERRIER proscrit les eaux de Vittel, Contrexéville, Martigny. Les eaux des villes comme Cannes et Menton surtout, qui contiennent pas mal de bicarbonate de chaux sont recommandables. L'eau ainsi ingérée, à distance du repas, dilue et neutralise le contenu gastrique, favorise les contractions de l'estomac et aide à son évacuation.

Les œufs qui font l'objet d'un ostracisme injustifié pourront être cuits de toutes les manières.

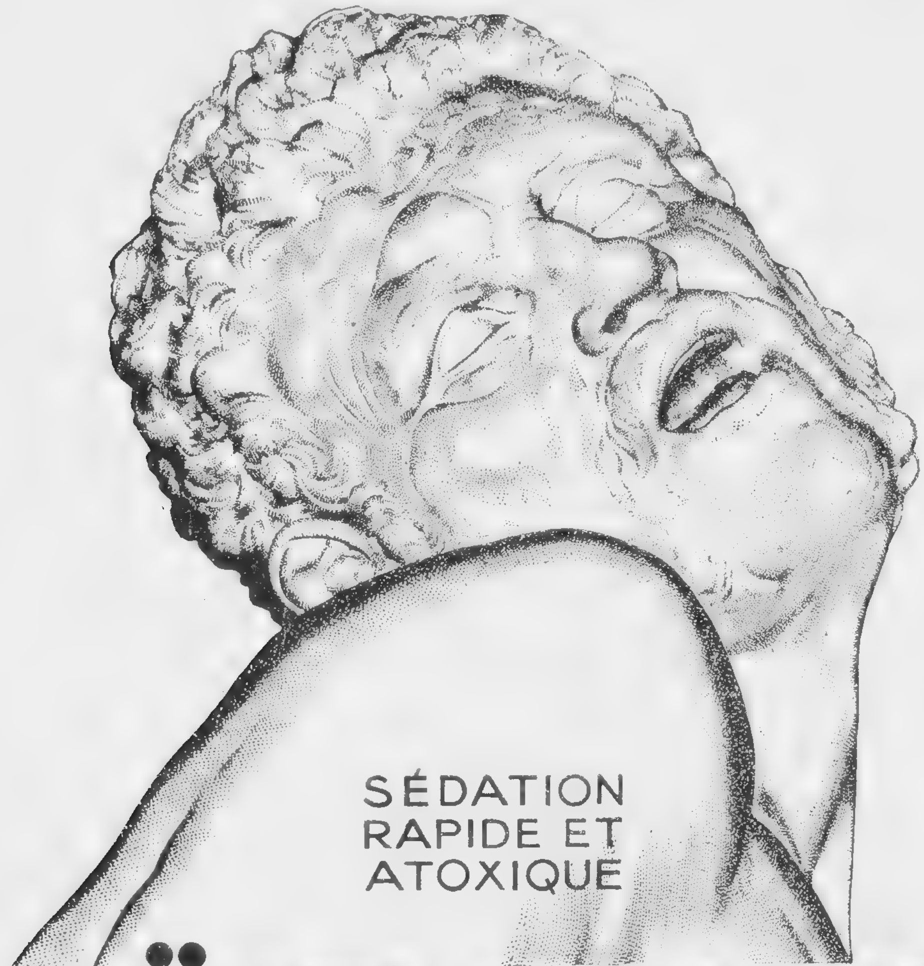
Le poisson sera grillé, rôti ou cuit au court-bouillon dans lequel on ne mettra que des légumes ou condiments foliacés et aucune racine (en place de carotte, une feuille de céleri, en place de navet ou de rave, du chou). Il sera mangé sans sauce avec un peu de court-bouillon concentré à cet effet. La quantité des albuminoïdes sera la plus grande possible.

Les légumes seront cuits à l'eau salée (bouillie d'avance lorsqu'elle est calcaire) et accommodés soit au jus de viande dégraissé à froid, soit à l'extrait de viande Liebig.

Les desserts seront exceptionnels. En tout cas, ils ne doivent pas être ajoutés à un repas déjà suffisant en soi. Ils doivent remplacer une partie et la diminution doit porter sur les féculents ou autres hydrates de carbone.

Pour suivre les effets du traitement, on se fondra sur l'examen de l'urine. Il faut la faire recueillir en deux pério-

(1) PAUL FERRIER. — La guérison de la tuberculose basée sur l'étude de la guérison spontanée. Deuxième édition. Robert Thoreau, La Charité-sur-Loire, 1934.


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

des de douze heures chaque jour et la faire verser à chaque miction dans une bouteille de verre clair. Au bout de douze heures, la bouteille sera mise de côté en lieu frais. Une nouvelle bouteille recevra les mictions suivantes. La première sera examinée après deux ou trois heures (mais toujours après le même temps) par le patient qui notera la hauteur du dépôt pour la communiquer à son médecin lors d'une entrevue ultérieure. De même pour les suivantes.

Ne pas consacrer plus de vingt-quatre heures à cette expérience avant de commencer le traitement, mais la continuer en vue de surveillance. La corrélation entre l'aspect de l'urine et l'état général frappent profondément le malade. On le prévient quand la température élevée et les phénomènes fébriles sont fonction de la cause qui détermine le précipité de l'urine et s'atténueront rapidement en même temps que diminuera puis disparaîtra le précipité. Selon la docilité du malade, en deux à dix jours, l'apyrexie est obtenue et tout le cortège évolutif a disparu en même temps que cesse plus ou moins vite l'ostéorragie.

L'auteur administre, d'autre part, des sels de chaux, des sels insolubles que d'aucuns estiment inassimilables. Il en dit tous les résultats. Or, dans le but d'empêcher des femmes de perdre leurs dents pendant la grossesse, il les a calcifiées avec du phosphate tribasique au point que l'accouchement fut rendu laborieux en raison de la dureté du crâne fœtal et du bassin maternel, l'usage de la substance calcaire ayant été continué au delà du huitième mois ; la résistance osseuse permit aux nouveau nés, le jour de la naissance, de tenir la tête verticale et de rester assis pourvu qu'on les eût mis dans cette position. Il en conclut à l'assimilation du phosphate.

On peut, d'ailleurs, se guérir avec le seul régime, sans prendre aucune préparation calcaire, pourvu que le régime soit complètement « anoxyde ». Les tuberculeux ne sont pas hypocalcémiques et ne sont pas plus décalcifiés que les non-tuberculeux. La calcification du sang est hors de débat : pendant la période assez brève du transport des phosphates désagrégés, c'est non une hypo, mais une hypercalcémie qu'on ne manquerait pas de rencontrer si la prise de sang était faite avant l'arrivée des sels de spoliation dans les voies urinaires.

***

Il faut se méfier de la boulimie des tuberculeux. Leur estomac de gros mangeur réclame impérieusement un remplissage total qui constitue enfin la satiété. Mais il s'en faut que leurs capacités digestives soient au niveau de leur appétit. Or, ce sont les capacités qui devront être scrupuleusement reconnues, suivies et respectées, surtout au point de vue des hydrates de carbone (les corps gras étant interdits). Le premier verre d'eau, en modifiant le chyme, en rétablissant les contractions du muscle, détermine fréquemment des éructations ayant l'odeur des aliments non évacués. Si le second verre provoque aussi des renvois odorants, il serait nécessaire d'attendre qu'ils n'aient plus d'odeur ou qu'il ne s'en produise plus avant de commencer le repas. De plus, il y a là l'indication formelle à diminuer aux repas suivants, d'un sixième à un quart la somme de ces aliments autorisés.

Le lait tient la première place parmi les aliments acidifiables. Nombre de médecins le prescrivant encore aux tuberculeux pour les faire engraisser, sans égard pour les dégâts dont il est coupable. Il contient bien en effet du phosphate tricalcique, mais la fermentation du sucre de lait, survenant après deux heures environ, détruit absolument les avantages que devrait assurer la composition de ce liquide.

On évitera toute substance acide, vinaigre, jus de citron, jus d'orange, jus de fruits quelconques, tous ces fruits eux-mêmes et toutes les préparations, cuites ou crues, qu'on ne peut faire. On ne se laissera pas surprendre par le paradoxe de la douceur du fruit : elle ne fait que masquer une acidité qui est toujours maxima à la pleine maturité. L'utilité des vitamines qu'ils sont censés fournir ne peut être mise en balance avec la nocivité de leurs acides. Les fromages quels qu'ils soient, doivent être proscrits pour la même raison.

Tous les corps gras rancissent dans l'estomac. On supprimera beurre, graisse, huile en nature et on ne laissera pas manger les sauces à l'exception de la petite quantité qui peut être adhérente à la partie solide des mets. Il est rare que les fritures soient assez bien faites pour qu'il ne pénètre pas un peu de corps gras dans l'objet qu'on fait frire. Mieux vaut donc s'en abstenir.

Le pain doit être grillé lentement de manière à offrir à l'intérieur une légère couleur blonde, indice que la levure est brûlée. En cet état, un adulte n'en doit pas prendre plus de cent-vingt grammes par jour répartis également entre les trois repas.

L'acidité naturelle du vin, la transformation du vin et de l'alcool en acide acétique expliquent que la seule boisson autorisée par Paul Ferrier soit l'eau. Pour aider à la digestion, on peut sans grand inconvénient permettre des infusions de café, de feuilles comme le thé et la verveine, mais peu sucrées ; on s'abstiendra des infusions de fleurs.

Alors que manger ?

Les aliments conseillés sont toutes les viandes sans graisse, les œufs, le poisson (mais non les poissons gras : maquereau, hareng, sardine, thon, saumon), les légumes verts (haricots verts, petits pois très jeunes, laitues, chicorée, choux de toutes sortes, cresson, à l'exclusion de tous les légumes racine) ; les légumes secs (haricots, lentilles, pois cassés, petits pois, les pâtes et les pommes de terre. Les légumes verts devraient apparaître à tous les repas, les légumes secs à deux ou trois seulement par semaine.

Le traitement de Ferrier a-t-on dit souvent, fait trop maigrir. Sans l'approfondir, on le délaisse alors, et on s'évertue à faire engraisser le malade. Celui ci, à cette manœuvre, perd d'abord ses forces, puis le poids acquis, et enfin la vie elle-même. Ferrier connaît un certain nombre d'exemples de cette tournure thérapeutique.

Mais avant tout pourquoi faire engraisser des gens dont maints organes sont déficients ?

Il ne faut pas être un gras, proclame Ferrier.

Qui s'inscrit parmi les premières victimes d'une épidémie de grippe ? Qui succombe à l'occasion d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ? Ne sont-ce pas les sujets rebondis, ventripotents, à face vultueuse ?

Au delà de quatre-vingts ans, voyons-nous des maigres ou des gras ? Ferrier n'a souvenir, pour sa part, d'aucun gras, tandis que les premiers sont relativement nombreux.

Ferrier expose ensuite les mérites de la poudre de viande administrée à la Debove et les inconvénients des poudres de viande préparées d'avance pour usage commercial.

***

Enfin il indique diverses applications de sa méthode. En particulier, il rappelle qu'un rein convaincu de tuberculose est enlevé sans miséricorde, et que si les deux sont atteints, le malade n'a plus qu'à attendre la mort.

Or, d'après lui, rien n'est plus facile à guérir qu'un rein tuberculeux. Il obéit merveilleusement à sa thérapeutique. Il ne faut pas prescrire de lait ; car, conséquence inévitable, l'albuminurie devient massive. Il faut supprimer le lait, donner uniquement de la viande, des œufs, du poisson, peu de féculents et de la poudre calcaire.

Henri Vignes

ACTUALITÉS

Neuvième conférence des Psychanalystes de langue française le 2 février 1935, à Paris

Le Docteur Parcheminey, président, ouvre la conférence par une allocution dont nous donnons quelques extraits :

« ... J'adresserai tout d'abord mes remerciements et ceux de notre Société au Professeur Claude qui nous a toujours donné l'appui de sa haute autorité, et qui met chaque année avec tant de bienveillance l'amphithéâtre de la clinique à notre disposition.

« Notre Congrès sera voilé de tristesse par le fait de la disparition d'une collègue, Mme Eugénie Sokolnicka. Elle aura eu la joie d'assister au développement progressif de notre Société, à l'essor de plus en plus grand de la psychanalyse dans le monde, dans les sphères médicales ou scientifiques. Un témoignage marquant de la vitalité de notre groupement français réside dans la fondation au cours de l'année écoulée d'un *Institut de psychanalyse* où les médecins et étudiants désireux de s'instruire trouvent un enseignement théorique et pratique de notre science. Qu'il me soit permis de remercier ici la personnalité éminente, si dévouée à notre cause, à laquelle l'Institut doit son existence.

« On a souvent prédit la vanité de nos efforts, le déclin rapide de nos idées. Au cours de l'année, j'ai lu,sous la plume d'écrivain ou de critiques en vedette, que le freudisme était rayé des cadres passé de mode définitivement. J'avoue m'etre fort réjoui de cet acte de décès péremptoire, ayant toujours été hostile à un freudisme de salon dont nous n'avons que faire. Si ces auteurs ont voulu prétendre que la psychanalyse en tant que science est à l'agonie, je répondrai que pour des moribonds nous ne nous portons pas trop mal.

« C'est qu'en réalité la psychanalyse a trouvé dans la clinique son véritable terrain d'expression, elle a à son actif une source d'acquisitions solides dont chaque année fortifie la valeur et, tout en ayant étendu son activité vers d'autres branches de la connaissance, le problème clinique demeure en quelque sorte l'épine dorsale de notre mouvement scientifique.

« Je n'entends nullement minimiser les autres branches où l'activité de la psychanalyse s'est révélée fructueuse, mais en raison de ma formation médicale, je voudrais insister sur le critère clinique.

« Il domine au fond toute la question, c'est la formation clinique et le besoin d'obtenir une action concrète qui ont dirigé Freud dans ses efforts : avant de s'orienter vers la psychiatrie, Freud avait été désabusé tour à tour par l'électrothérapie qui, au moment des travaux d'Erb devait révolutionner la thérapeutique, puis par le côté incomplet des recherches anatomopathologique : je ne reviens pas sur les premiers travaux de Freud concernant l'hystérie, ils sont présents à tous.

« Actuellement si l'on veut jeter un rapide coup d'œil sur les résultats acquis, on peut dire que le problème des névroses repose sur des données solides. Avec la notion de la *libido*, c'est en réalité tout le problème des instincts qui entre en jeu et donne une base biologique à cette théorie : l'inconscient ne nous apparaît pas comme une abstraction philosophique, mais comme le mode d'expression de cette couche instinctive, dont nous étudions l'évolution, les arrêts de développement, les inhibitions...

« Le point de vue thérapeutique a été mis en valeur dans la psychanalyse par l'utilisation rationnelle du phénomène mystérieux du transfert, véritablement primordial. C'est par l'utilisation de ce transfert, sorte de catalyseur psychique, qu'on a pu modifier les processus de l'énergétique mentale... »

Le Docteur Parcheminey donne ensuite la parole au Docteur P. Schiff pour l'exposé résumé de son rapport sur : « *Les paranoïas au point de vue psychanalytique* ».

Le Docteur Schiff rappelle que la Société française de psychanalyse s'est efforcée de donner au public médical une vue d'ensemble des données pyschanalytiques par rapport aux maladies mentales classiques. Il a essayé lui aussi une confrontation de la psychanalyse et de la psychiatrie sur la question de la paranoïa non pour opposer les deux doctrines mais pour les éclairer l'une par l'autre.

Dans la *première partie* (psychiatrique) de son rapport, l'auteur en justifie le titre par une rapide revue historique des doctrines qui ont eu cours depuis un siècle sur les délires de persécution et par un exposé sommaire de la doctrine classique actuelle. La psychanalyse, en effet, aboutit inévitablement à un regroupement nosographique de ces psychoses, mais ce regroupement se trouve amorcé par des travaux psychiatriques récents sur cette question effectués en dehors de la psychanalyse. L'auteur montre qu'en France, au cours d'un siècle, se fit un lent travail de discrimination clinique et de catégorisation progressive qui aboutit vers 1910 à la conception de Sérieux et Capgras sur les folies raisonnantes : la paranoïa est restreinte par ces auteurs à un groupe de rares malades dont la machinerie mentale est intacte mais fonctionne à faux et qui ne sont ni des hallucinés ni même des revendicants. En Allemagne durant la même période, des discussions sur l'étiologie psychique des diverses psychoses à base paranoïaque obscurcissent longtemps le problème mais finalement Kraepelin, se ralliant aux idées françaises décrit une paranoïa unique, à caractère intellectuel qui correspond au délire d'interprétation de Sérieux-Capgras et qui constitue encore aujourd'hui la conception classique de cette psychose, ainsi fortemetn schématisée et restreinte.

Le rapporteur montre que depuis vingt-cinq ans, l'opinion classique qui ne considère dans la paranoïa que les phénomènes conscients,est battue en brèche par l'étude de l'inconscient et par celle du dynamisme affectif générateur de la psychose paranoïaque comme des autres maladies de l'esprit. L'intuition morbide, qu'il avait mise en relief, dans une communication de 1927, expose les forces profondes qui font agir les malades, elle démontre que l'action extérieure et l'automatisme mental ressentie par le sujet traduit seul en réalité une dénégation du sujet en présence de processus instinctifs qui le révoltent, ces phénomènes constituent un véritable *syndrome de reniement*. Dans le cas de la paranoïa, le reniement effectif s'efferce avant tout à l'encontre de la communauté sociale car c'est dans celle-ci, dans les vissicitudes de la vie sociale, que le paranoïaque puise les éléments de sa psychose. Le travail de ces vingt-cinq dernières années, avec Kretschmer, Claude, Hesnard, de Clérambault, Logre a montré que les incidents sociaux, leur retentissement anormal est à la base de la psychose, que celle-ci est créée au point de vue psychologique par une tension exagérée du contact social, pour parler comme le rapporteur. Ce qui importe dans le délire d'interprétation comme dans les psychoses connexes, c'est moins l'atteinte de l'intelligence, la présence plus ou moins prépondérante des illusions, des hallucinations « vraies » ou fausses que le trouble générateur, que le *thème persécutif*. C'est autour de ce thème que doit se faire la nosographie et Schiff propose de réunir en un seul groupe des *folies persécutives* le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras (paranoïa de Kræpelin), les délires de revendication, de grandeur, de filiation et de supposition parentale, les délires de jalousie, l'érotomanie, les délires passionnels, la paranoïa sensitive de Kretschmer, les délires d'influence et d'action extérieure, certains délires hallucinatoires systématisés, certaines paraphrénies et la plupart des hypocondriaques. Les folies persécutives formeraient ainsi un groupe d'ensemble, dont les éléments sont bien étudiés et connus et qui s'opposeraient aux folies maniacodépressives et aux folies dissociatives du type de la démence précoce.

Dans la *deuxième partie* (psychanalytique) de son rapport, l'auteur montre que la psychanalyse soutient et justifie le regroupement nécessaire auquel aboutit nécessairement la conception énergétique des psychoses qui est celle de l'époque actuelle. Elle montre en effet à la base de toutes les folies persécutives un fait essentiel, la notion d'une homosexualité refoulée. Extraite des mémoires d'un aliéné (cas du président Schreber) par Freud qui en reconnut intuitivement toute l'importance, cette notion de l'homosexualité basale de la paranoïa est à retenir, elle est facile à vérifier par la clinique quotidienne comme dans la bibliographie clinique ancienne, car la maladie consiste justement dans l'irruption jusqu'à la conscience du complexe à peine larvé et sous forme d'une double négation. Le refus, par le sujet, d'admettre la possibilité d'aimer un etre de même sexe que lui, entraîne en retour la croyance que les autres êtres le haïssent : dans la paranoïa plus que dans toute autre psychose joue le mécanisme freudien de la *projection*. Les travaux de l'école hollandaise de Jelgersma ont tenté de fournir une explication de ces faits de projection homosexuelle, en montrant les rapports entre l'idée de persécution et les phé-

BIBLIOGRAPHIE

Les enfants qu'il faut réadapter. *Ceux qui entendent mal. Ceux qui comprennent mal. Ceux qui parlent mal. Ceux qui respirent mal.* par G. DE PARREL. Un volume in-16 de 288 pages, avec 59 figures et tableaux dans le texte, 1935. 20 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Le Docteur G. DE PARREL qui depuis vingt-cinq ans, s'acharne avec une courageuse ténacité à l'œuvre complexe de la récupération des infirmes de l'audition de la parole et de l'intelligence, nous apporte dans le nouveau livre qu'il publie avec Mlle le Docteur Hoffer, professeur honoraire de l'Université, sa dévouée collaboratrice, toutes les précisions nécessaires sur la conduite à tenir, sur les mesures à prendre et sur les principes directeurs à suivre.

Comment dépister précocement ces déficients, comment les soigner, comment les réadapter, dans quels établissements les placer ? Telles sont les questions capitales auxquelles répond clairement ce véritable *guide de médico-pédagogie* pour chacune des catégories d'enfants ci-dessus énumérées.

Un tel ouvrage est indispensable à tous ceux qui se préoccupent de la réadaptation des jeunes sujets entravés dans leur développement psychophysique, sensoriel, ou moteur, c'est dire qu'il offre un particulier intérêt pour les médecins de famille ou d'école, pour les éducateurs.

Éléments en matière médicale homœopathique, par le Docteur Paul CHIRON ; 2e éd., revue ; 1 vol. in-8°, prix : 55 francs. Peyronnet, éditeur, 7, rue de Valois, Paris.

Cette nouvelle édition entièrement revue et considérablement augmentée contient l'étude de cent médicaments homœopathiques.

Pour faciliter cette étude, ont été établies, à la fin du volume, une table des médicaments ainsi qu'un répertoire des comparaisons qui, dans cette nouvelle édition sont extrêmement détaillées.

Les Septicémies à Bacille perfringens. *Etude clinique, anatomique et expérimentale*, par le Docteur Henri PONS. 1 vol. gr. in-8 de 196 pages avec 12 figures : 40 fr. Baillière, édit., 19, rue Hautefeuille, Paris-VIe.

Au cours de ce travail, l'auteur expose successivement l'historique de la question, les données bactériologiques actuelles, l'étude du rôle pathogène du bacille perfringens, l'analyse critique des principales observations pouvant servir à une étude pathogénique enfin il rapporte deux observations personnelles, l'exposé des recherches anatomo-pathologiques qui s'y rattachent et l'état actuel de ses recherches expérimentales. Dans un dernier chapitre, enfin, il essaie de faire une synthèse clinique et pathogénique des septicémies à bacille perfringens.

Chimiothérapie transcutanée capillaire et cancer, par le Docteur Carlo SCHIEPPATI. Un volume in-8° de 64 pages avec figures, 15 francs. Vigot, frères, éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris.

Le Docteur C. Schieppati, ayant mené ses expériences à bonne fin, offre aujourd'hui, pour la première fois, au monde des médecins, une exposition complète du résultat de plus de dix ans de travail silencieux. Cette publication qui paraît en trois langues — italien, français et anglais — sera une désillusion pour quiconque y cherchera un traitement radical du cancer avec des données pratiques. L'auteur y expose la nouvelle doctrine qui l'a guidée dans la recherche d'un but bien plus modeste : l'individualité la plus compréhensive et synthétique de l'étiologie et sa démonstration expérimentale ayant pour but, quoique inavouée, la solution de l'immense problème du cancer.

Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, par le Docteur Clément SIMON. Un volume de 226 pages, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La première série des « Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie » publiées en 1930 avait été très favorablement accueillie par la critique et par les médecins. Ce nouveau recueil en est le complément et les 39 lettres qu'il contient font connaître bien les points de la dermatologie usuelle qui n'avaient pas été traités dans le premier volume.

La forme épistolaire qu'adopte l'auteur lui permet de traiter les questions les plus diverses sans aucun ordre prémédité. Il exclut les théories, ne présente que des faits et les seules conclusions thérapeutiques qui en découlent et que la pratique a montrées valables, ce livre n'est-il pas d'ailleurs fondé sur une pratique journalière et sur une expérience acquise au cours des années.

S'il est parfaitement inutile au médecin praticien de connaître toutes les classifications élaborées jusqu'à ce jour en dermatologie, il lui faut un livre qui lui permette d'apprendre à voir, à entendre, à conduire une enquête symptomatique et une fois parvenu au diagnostic, qui lui indique les moyens de guérir.

Ce nouveau recueil d'exposés cliniques, comme le premier, aura toute sa faveur.

Le mouvement Evolutionniste Tunisien, par CHEDLY KHAIRALLAH. Notes et documents. Tome 1. Éditions de l'impr. de Tunis, Tunis. 5 fr.

Chedly Khairallah, esprit très cultivé, écrivain maniant parfaitement la langue française est un des leaders, sans doute même le leader-chef du mouvement autonomiste tunisien. Son journal a été récemment supprimé par le Gouvernement du protectorat de la régence.

On conçoit l'intérêt de son ouvrage. Mais, pour en discuter, il faudrait des volumes.

Je recevrai avec plaisir les tomes suivants. E. de M.

nomènes de cette sexualité passive que la psychanalyse englobe sous le terme d'analité.

Pour expliquer les phénomènes de régression psychique, le rapporteur est obligé de décrire les divers stades du développement libidinal. La clinique psychanalytique de la paranoïa montre dans ces cas un retour à un stade libidinal primitif, le stade sadique-anal où les instincts d'agression, de destruction et de mort se donnent carrière, et aussi à un stade libidinal ultérieur, dit stade phallique où, pour l'auteur, se situe principalement le masochisme et où jouent particulièrement les fixations homosexuelles et incestueuses. L'étude psychanalytique de la paranoïa démontre en effet le rôle important joué dans cette psychose par le caractère dit « anal » d'une part (Freud, Abraham) et aussi par l'association homosexualité-inceste.

Le rapporteur conclut en reprenant un à un les éléments du groupe des folies persécutives défini dans la première partie de son travail et en montrant dans chacun d'eux la part respective à attribuer aux divers facteurs psychanalytiques qu'il a énumérés dans la seconde partie. Il insiste sur les associations cliniques que les symptômes à caractère psychanalytique permettent de constater dans les diverses folies persécutives. Il termine par des considérations médico-légales et thérapeutiques.

Discussion

Le Professeur Hesnard a été très heureux de voir que le rapporteur a mis en évidence la part qui revient à la psychiatrie française dans l'évolution des idées sur la paranoïa. Il se plaît à relever le fait que M. de Clérambault avait beaucoup évolué, puisqu'il admettait en dernier lieu l'explication psychanalytique dans son essence. C'est du moins l'impression que M. Hesnard avait eue au cours d'une discussion avec lui, peu de temps avant que la psychiatrie dût porter son deuil. L'idée que des individus ont en eux des idées si révoltantes qu'ils sont obligés de les « altrualiser » est à la base de l'explication psychanalytique.

M. Hesnard aurait souhaité que Schiff insistât davantage sur la parenté de l'hypocondrie avec la paranoïa. Un véritable hypocondriaque est un paranoïaque en puissance : l'hypocondrie est une sorte de paranoïa dans laquelle le persécuteur est le mal au moyen duquel le malade se détruit.

Du point de vue psychanalytique, on ne saurait nier le refoulement de l'homosexualité chez les paranoïaques. Mais, à côté des cas où l'homosexualité est au premier plan, il en est où l'homosexualité est sur le même plan que chez n'importe quel autre malade. A ce propos, M. Hesnard tient à préciser que le sens donné par les psychanalystes au terme d'homosexuel lui paraît trop étendu. Un homosexuel pour eux, serait un individu qui a gardé certains reliquats d'érotisme anal. Plusieurs de ses malades ont été des cas de mysogynie. Ils avaient des besoins sexuels normaux et les satisfaisaient de façon normale, sans ressentir aucun besoin érotique homosexuel. Et précisément parce qu'ils n'avaient aucun goût érotique homosexuel, à ceux d'entre nous qui leur appliquaient les principes de pure obédience freudienne ils opposaient une résistance désespérée.

Le Docteur Codet indique que le rapporteur réunissant des types en apparence polymorphe, montre que le début s'effectue par une brusque apparition dans la conscience, sur le mode très général de l'intuition, qu'il avait également notée. Mais le rapporteur en précise le sens et la portée ; il nous montre que, dans tous les cas de cet ordre, il y a une lutte du conscient pour évincer de son champ des images ou des sentiments jugés indésirables. Ne pouvant les tolérer comme siens, le sujet les projette dans le monde extérieur. Il paraît au Docteur Codet que ce fait de reniement comme l'appelle le rapporteur, on peut dire aussi de répudiation, a une portée très étendue : l'halluciné situe ses représentations interdites dans le monde extérieur en les expliquant par des actions magiques, pseudo-scientifiques ; l'hypocondriaque reporte la fâcheuse responsabilité sur un trouble, organique, qui est bien reconnu comme étant dans sa personne mais indépendant de sa personnalité psychique.

Chez le persécuté, la projection des tendances refoulées est manifeste ; il les attribue à autrui, sa conviction est d'emblée absolue, mais sa tendance personnelle l'amène à défendre cette conviction avec les ressources dialectiques de son esprit. Il rentre justement dans la catégorie des « raisonnants » étudiés par les classiques.

La solution du second problème, celui des causes vraiment étiologiques, est beaucoup plus difficile et nous laisse encore devant pas mal d'explications très ingénieuses mais hypothétiques.

Le Docteur Pichon trouve qu'un des grands intérêts de ce rapport est d'étendre le débat en attirant l'attention sur une équivoque très répandue parmi les psychiatres. L'origine des troubles, dans la paranoïa, est toujours effective. Si l'on parvient à démontrer que la paranoïa est avant tout un trouble de la régulation affective, on aura acquis une notion très importante : car les folies sont toutes des folies morales, il n'y a pas de folies intellectuelles.

Le Docteur Lœwenstein remarque que le rapporteur semble n'avoir pas envisagé la différence entre les névroses de transfert et les névroses narcissiques. Les névroses de transfert sont caractérisées par le fait que le névrosé trouve un contact avec le psychanalyste, alors que le paranoïaque n'en trouve aucun. Si Freud a créé ce terme de névrose narcissique, c'est que dans les cas où il a réussi à analyser un paranoïaque, il a retrouvé des mécanismes psychogéniques analogues à ceux de la névrose. Les mêmes mécanismes peuvent donc aboutir, dans un cas à une névrose, dans tel autre cas à une paranoïa. C'est pour cela que Freud a essayé de décrire le mécanisme de la régression à un stade narcissique de la *libido*. Que cette étude du mécanisme mène ensuite à la constatation de l'homosexualité, c'est là une seconde étape, mais non la découverte essentielle dans la connaissance de la paranoïa.

On pourrait évidemment trouver de l'homosexualité dans toute névrose. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est que cette homosexualité est un élément formateur dans la paranoïa.

Le Docteur de Saussure croit qu'il y aurait eu avantage à insister sur la régression vers un stade parfait de l'ambivalence, c'est-à-dire vers l'impossibilité de dissocier l'amour de la haine. L'inversion se produit à ce sade de la pensée syncrétique qui ne permet pas de dissocier deux sentiments opposés. On n'a pas assez encore insisté sur ce fait.

Le Docteur Nacht note quelques réflexions que lui a suggérées le rapport. Dans le matériel apporté spontanément par les malades, on peut saisir le retour aux conditions psycho-affectives qui sont à la base de leur état. C'est ainsi qu'il y a lieu d'attacher une grande importance au côté biologique du problème : la défense automatique contre un élément de souffrance. En outre, il note que le rapport a laissé de côté le rôle du sur-moi. Or, ce rôle est éclatant dans les délires mélancoliques mais il est également très évident dans les délires d'interprétation et dans les délires d'influence. En ce qui concerne la base biologique des états paranoïaques, Nacht donne deux exemples cliniques qui lui paraissent instructifs.

Le Professeur Laignel-Lavastine dit tout le plaisir qu'il a eu à entendre l'exposé du rapporteur et aussi combien il a été intéressé par ce qu'on dit ses argumentateurs. Il lui a paru, d'après ce qu'ont dit MM. Schiff et Hesnard que la psychanalyse permet de retrouver des mécanismes communs à des troubles en apparence antinomiques, comme l'hypocondrie, la jalousie et le délire de grandeur. Le rapport, partant, en somme, de l'instinct de conservation, a en effet cherché à réunir, dans une synthèse peut-être un peu prématurée, toutes les formes de paranoïas. Si l'on considère ces diverses maladies au point de vue psychanalytique, on peut en effet légitimement réunir des groupes que la clinique psychiatrique sépare. Claude Bernard a déjà montré que les manifestations pathologiques sont une réaction à une agression, mais il convient de faire les distinctions nécessaires entre les perturbations physiques de la personnalité et les difficultés que le sujet éprouve à s'évader d'une situation extérieure pénible.

Mme Morgenstern insiste sur la parenté des phénomènes paranoïaques avec les phénomènes de dépersonnalisation.

Le Docteur Odier reprocherait à Hesnard d'avoir trop insisté sur ce qui sépare les psychanalystes des psychiatres, quand nous cherchons précisément à nous rapprocher. Il ne peut se rallier aux idées de Schiff sur le développement du masochisme.

Hesnard dit qu'en ce qui concerne la paranoïa nous ne savons pas ce que sont en réalité les mécanismes paranoïaques. Pourtant nous connaissons certains de ces mécanismes : les paranoïaques se sont « accrochés » à un stade sado-masochiste très primitif et n'ont pas atteint le stade œdipien.

En ce qui concerne l'évolution affective du paranoïaque Odier pense que les propositions de Freud sur l'orgine des idées paranoïaques avec les postulats inconscients et les projections secondaires qui les caractérisent, indiquent une chronologie du processus.

A l'encontre de Lœwenstein, Odier pense qu'il y a une différence essentielle entre la névrose et la paranoïa : dans la névrose, l'agression est un mécanisme de défense contre le complexe œdipien ; dans la paranoïa, cette attitude passe au second plan. Dans la paranoïa le sur-moi ne joue pas du tout le

rôle qu'il joue dans les névroses, le paranoïaque n'a pas du tout ce mécanisme régulateur qui l'empêche de se heurter à la société.

Docteur Cénac. — Il est évident que le terrain psychiatrique est extrêmement mouvant mais le terrain psychanalytique ne l'est pas moins. Il y a danger de remettre en doute au nom des doctrines psychanalytiques des notions psychiatriques qui doivent être considérées comme stables, telle l'autonomie du délire d'interprétation de Sérieux-Capgras. Il faut avant tout, distinguer, comme l'a dit M. Laignel-Lavastine, les malades qui ont des tendances pulsionnelles de ceux qui ont des tendances hallucinatoires. On fait une confusion quand on parle, non de psychose paranoïaque, mais de névrose narcissique. Cénac pense qu'il y a un très grand intérêt à maintenir les barrières entre les mécanismes névrotiques et les mécanismes psychotiques et il estime extrêmement dangereux d'entreprendre, en dehors d'une investigation psychanalytique discrète, une thérapeutique psychanalytique chez des malades qui présentent un sytème délirant : toute intervention de ce genre ne pourra avoir d'autre effet que de renforcer le délire. Cénac se demande si la paranoïa existe réellement en dehors du délire. Il termine en soulignant encore une fois avec force les contre-indications au traitement psychanalytique des délires paranoïaques.

Le Docteur Borel se demande s'il y a intérêt à reprendre le groupement ancien des délires de persécution. Il vaut mieux prendre pour unité une réaction : or, la paranoïa, telle qu'elle est comprise en France en est une, très individualisée. Précisément, vous y voyons ce symptôme constant de l'homosexualité. Il est possible que le syndrome formateur soit à la base d'homosexualité. Mais M. Borel n'a pas l'impression que cette homosexualité soit l'essentiel de la psychose : le paranoïaque ne fait que se servir de son homosexualité. Quand on observe ces malades psychanalytiquement, on découvre le « comment » de leur délire, mais il y a tellement d'autres homosexuels refoulés ! Et nos connaissances actuelles montrent que la psychanalyse n'a pu aller jusqu'au bout et atteindre la racine du trouble mental, elle n'a pu aller jusqu'au « pourquoi ».

Docteur O.-L. Forel. — La séance d'aujourd'hui fait se rejoindre la psychiatrie et la psychanalyse. A ce point de vue M. Forel a été frappé par la modération du rapporteur dans ses conclusions. La distinction clinique importante entre la névrose et la psychose paranoïaque ne doit jamais être perdue de vue.

M. Forel remarque que le rapporteur n'ait pas fait non plus allusion au diagnostic clinique différentiel entre la paranoïa et la démense paranoïde. Chez les paranoïdes il y a vraiment tous les intermédiaires entre les types paranoïaques et les types schizophréniques mais on n'y voit pas ces folies induites, ces meneurs d'hommes, comme dans la paranoïa proprement dite. Ceci dit, il s'associera avec ceux qui ont mis en garde contre le danger de l'étiquette nosographique.

Le Docteur Lacan, dans la tension de contact social dont parle Schiff, a cru percevoir une transformation de ce que lui-même a appelé la tension sociale, mais il n'a, pour son compte, jamais envisagé une limitation du contact social chez le paranoïaque ; il estime, comme le rapporteur, que, dans son ensemble, la paranoïa nécessitera encore de nombreuses études. Pour lui l'essentiel de la question est dans une étude toujours plus poussée de la personnalité et des formations structurales au cours des diverses psychoses.

Docteur Laforgue. — Il serait important de bien faire la distinction entre deux formes de paranoïas : celles où l'hérédité prédomine, et celles où la réaction est due à une révolte qui n'a pas trouvé une forme libératrice d'expression.

Dans sa réponse aux argumentateurs, le Docteur Schiff remarque qu'il a avant tout voulu confronter, pour les rapprocher, les données psychiatriques et psychanalytiques et qu'il a dû forcément, partant de ce point de vue, négliger certaines questions qui lui ont paru secondaires quant au dessein qu'il avait entrepris. Il reconnaît la justesse de certaines observations sur des faits qu'il avait volontairement négligés afin de ne pas faire entrer toute la psychiatrie dans son rapport et constate avec satisfaction que sa conception des folies persécutives a recueilli de nombreuses approbations. S'il ne croit pas aux interprétants résignés, comme fait le Docteur Hesnard, il est d'accord avec ce dernier, et l'a exposé, sur la parenté étroite des mécanismes hypocondriaques et paranoïaques, il considère l'hypocondrie comme une variété de psychose persécutive. C'est volontairement qu'il a rayé de son travail un chapitre, déjà composé, sur le sur-moi, il pense avec Odiez que le conflit paranoïaque se fait par arrêt ou par régression à une phase d'inactivité du sur-moi. C'est à dessein également qu'il a omis de distinguer la névrose et la psychose paranoïaques car cette distinction controversée aurait abouti aux problèmes de la constitution et de l'hérédité paranoïaques qui lui semblent insolubles pour le moment, et en dehors de son plan de travail.

La question principale est de savoir pourquoi certains mécanismes psychanalytiques banaux prennent dans la paranoïa une importance prépondérante et jouent un rôle d'élément formateur. La réponse à cette question est probablement à chercher, comme le veut Odier, dans leur relation chronologique avec le complexe d'Œdipe et aussi dans la complaisance totale accordée aux éléments destructifs de la *libido* et à la sexualité passive. Le rapporteur déclare qu'il n'a pas été convaincu par les objections faites à sa théorie du masochisme débutant au stade phallique et se rallie en terminant à l'idée défendue par Lacan et selon laquelle de véritables progrès psychiatriques et psychanalytiques ne pourront avoir lieu dans la question de la paranoïa que par l'établissement de monographies cliniques très détaillées se rapportant à des cas individuels.

H. Codet

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Médecine générale

La mortalité diabétique est en voie d'augmentation dans certains pays : Norvège, Suède, Angleterre, Pays de Galles, le Massachusetts ; l accroissement le plus faible s'observe chez les enfants, le plus élevé sur les sujets âgés et surtout chez les femmes âgées.

Par contre les statistiques ont montré une diminution de cette mortalité entre 40 et 50 ans pendant la guerre dans les pays soumis à des restrictions alimentaires et entre 20 et 40 ans depuis l'application de l'insuline.

Il faut chercher du côté de l'alimentation la cause de l'aggravation de la mortalite diabétique. Si l'on compare la consommation du sucre en 1930 avec celle de 1890, on constate qu'elle fut de 30 à 50 % plus élevée en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis et trois fois plus grande en Norvège et en Suède. On sait que la mortalité diabétique augmente avec le bien-être.

Il n'est pas sans intérêt de comparer la mortalité du diabète avec celle de la tuberculose ; elle s'est modifiée en des directions opposées non seulement pendant la guerre, mais encore pendant la période de paix consécutive ; dans les deux cas c'est toujours l'alimentation qui joue le rôle principal.

(O. Scheel. La mortalité du diabète et l'action de l'insuline. *Acta medica scandinavica*, supplementum LIX.)

Dans la polyarthrite rhumatismale aiguë on trouve fréquemment des signes d'endocardite et de myocardite ; on a soutenu que le myocarde était constamment intéressé. Il devient de plus en plus évident que l'affection articulaire ne constitue point l'élément central de la maladie et que le terme d'infection rhumatismale aiguë est préférable à celui de polyarthrite rhumatismale aiguë.

On admet qu'il existe un virus spécifique — à vrai dire inconnu — du rhumatisme ; on admet que cette infection rhumatismale spécifique est une infection chronique, qui se maintient dans l'organisme à l'état latent et donne par intermittences des symptômes cliniques manifestes. Les Américains mettent en cause une variété hémolytique du streptocoque.

Par contre, la question des polyarthrites chroniques progressives est beaucoup plus discutée et donne lieu à quatre conceptions différentes :

1° Les formes aiguës aussi bien que les formes chroniques de la polyarthrite sont dues au même virus, probablement un streptocoque.

2° La fièvre rhumatismale aiguë possède un virus propre, qui attaque le cœur dans la majorité des cas, mais ne donne jamais naissance à des polyarthrites chroniques ; celles-ci sont dues à un autre virus, probablement un streptocoque.

3° Le virus de la fièvre rhumatismale aiguë est spécifique, mais peut, dans un certain nombre de cas, donner naissance à des polyarthrites chroniques secondaires, dans lesquelles les

lésions valvulaires sont fréquentes. Il existe une forme primaire de polyarthrite due à un autre virus, probablement un streptocoque.

4° La polyarthrite aiguë est due à une infection. La polyarthrite chronique est due à des troubles de nature nutritive et probablement aussi à des troubles du système nerveux végétatif et des glandes endocrine.

(Gunnar Kahlmeter. De l'existence de lésions myocardiques et valvulaires dans les diverses formes de polyarthrites chroniques et des conclusions qu'on en peut tirer touchant l'étiologie et le groupement clinique des polyarthrites chroniques. *Acta medica scandinavica*, supplementum LIX.)

L'endocardite maligne aiguë n'est pas d'un diagnostic facile.

Les lésions endocardiques existent toujours mais ne sont souvent trouvées qu'à l'autopsie.

Les phénomènes généraux, symptômes apparents de l'infection, permettent de penser à un état septicémique, mais pas plus.

Les embolies sont constantes ; elles se font parfois avec fracas ; mais elles peuvent aussi passer inaperçues.

L'observation d'un chômeur de 59 ans montre que l'on fit successivement les diagnostics de grippe, de fièvre typhoïde et de septicémie. Le sang contenait un bacille qui fut identifié comme étant du Friedlander.

L'autopsie révéla la présence d'une endocardite aiguë végétante de la triscupide.

(Sylvio Leblond. Un cas d'endocardite maligne aiguë. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, décembre 1934.)

Les hémorragies ulcéreuses abondantes ont été notées chez 289 malades, pendant la période 1923-1932, au Kommunehospitalet de Copenhague.

Le traitement a été *homogène* : repos absolu pendant deux ou trois jours sous l'influence de la morphine, puis régime léger et progressif, exceptionnellement des coagulants ; la transfusion n'a éte pratiquée que chez 14 malades.

Les hommes étaient en grande majorité : 211 sur 209.

Les malades étaient répartis en deux groupes : pour 203 c'était la première hémorragie ; 18 moururent (8,9 %) ; les 86, qui avaient déjà une ou plusieurs hémorragies, présentèrent une mortalité plus faible ; 5 succombèrent (5,9 %) ; le pronostic de la première hémorragie est plus sérieux chez les vieux que chez les jeunes ; par contre il semble meilleur dans les cas où l'hémorragie constitue l'unique symptôme.

L'autopsie, pratiquée dans 16 cas, révéla 12 ulcères solitaires et 4 fois des ulcères multiples.

(Tage Christiansen. On massive hemorrage in peptic ulcer. *Acta medica scandinavica*, 11 février 1935.)

Pédiatrie

Il est probable que la fièvre typhoïde passe assez fréquemment inaperçue chez l'enfant ; 75 cas, observés en 1932 et 1933 à l'hopital de la Charité de Shreveport, montrent que la symptomatologie diffère quelque peu de celle de l'adulte.

Le début brusque est la règle dans l'enfance ; les symptômes de début les plus fréquents sont la fièvre, la céphalée et la douleur abdominale.

La maladie se présente sous une des trois formes suivantes : légère et de courte durée, sévère à prédominance nerveuse, accidentellement à localisation gastro-intestinale marquée.

Il est bon de soupçonner tous les cas fébriles chez l'enfant et de mettre en œuvre toutes les ressources cliniques pour arriver au diagnostic.

(C.-H. Webb. The diagnosis of typhoid fever in infancy and childhood. *New Orleans medical and surgical Journal*, décembre 1934.)

Le sang de convalescent est indiqué dans la pneumonie de l'enfance.

L'auteur a utilisé le sang du père, qui avait eu une pneumonie trois mois auparavant, chez un enfant de treize mois.

Une injection de 10 c.c. intramusculaire fut suffisante pour amener la résolution du processus.

(Fabian Tascon. Contribucion al tratamiento de las neumonias en la infancia por la hematoterapia. *Siglo Medico*, 13 octobre 1934).

Dermatologie

L'action pathologique de la lumière sur la peau peut être simple ou complexe, bénigne ou redoutable.

L'analyse d'un certain nombre de cas a montré qu'une quantité d'énergie lumineuse parfaitement inoffensive peut devenir nocive, si l'organisme est sensibilisé.

On connaît quelques-unes des substances photosensibilisatrices ; c'est ainsi que la thérapeutique de la blennorragie par les injections de gonacrine a donné lieu à des incidents désagréables ; certains malades, exposés au soleil, présentent brusquement une dermite phlycténulaire des parties découvertes ; celles-ci guérit en laissant une forte pigmentation, qu'on appelle le hâle acridinique.

(G. Holm. Contribution à l'étude des maladies dites de lumière. *Scalpel*, 1er décembre 1934).

Thérapeutique

Le magnésium a de nombreuses applications thérapeutiques.

Dans les affections digestives il agit comme excitant de la sécrétion gastrique, absorbant des gaz intestinaux, purgatif et cholagogue.

Il est sédatif en injections sous-cutanées ou intramusculaires de 2 c. c. de solution à 50 % ; il est prescrit, à doses plus élevées et par voie veineuse, dans la chorée, le parkinsonisme, le tétanos, l'agitation.

Les propriétés anticancéreuses du magnésium ont été étudiées ; elles semblent avoir une valeur préventive.

On a recommandé accessoirement le magnésium comme recalcifiant, anaphrodisiaque, antipyrétique, cytophylactique, antianaphylactique, antidote de la strychnine et des acides, alcalin, antihémorragique, anesthésique ; on l'a prescrit dans les affections rénales, l'impuissance, les troubles prostatiques, la tuberculose, les affections cutanées, les infections, l'hypercalcémie, les plaies, l'asthme bronchique.

Ces tentatives thérapeutiques, plus ou moins couronnées de succès, ont été faites avec le sulfate, le chlorure et l'oxyde.

(Antonio Aguilar. Aplicaciones principales de las sales magnesicas. *Semana Medica*, 27 décembre 1934).

Le bismuth a été utilisé dans les angines par Aristides Monteiro, avec des résultats excellents et rapides ; sur 1 021 cas 97 ont guéris en un ou deux jours ; les 44 autres concernaient des angines phlegmoneuses profondes.

A la suite de ces observations Marinho a procédé à une classification d'urgence clinique : angines à sérum, angines à bismuth.

Par contre J. Kos et Leao Velloso prétendent que le bismuth n'a aucune action et qu'on perd du temps à le prescrire.

Personnellement nous avons utilisé le bismuth avec succès dans les angines aiguës diphtériques ; nous employons, dans les formes phlegmoneuses, le vaccin antipyogène de Bruschettini, qui localise la suppuration et la tarit rapidement ; nous proposerions donc de compléter la classification de Marinho : angines à bismuth, angines à sérum, angines à vaccin ; on se basera naturellement sur les résultats du prélèvement pour diriger la thérapeutique dans le sens le plus favorable.

(Aristides Monteiro. Sobre a prioridade do emprago de bismuto nas anginas agudas. *O Hospital*, décembre 1934).

L'hépatothérapie est appelée à jouer un grand rôle dans la pratique.

C'est tout d'abord le traitement spécifique de l'anémie pernicieuse ; la tendance actuelle est de la renforcer par l'extrait splénique.

Elle aurait aussi une action marquée sur le système réticulo-endothélial et serait particulièrement indiquée dans la tuberculose pulmonaire.

Elle est également à recommander dans la maigreur constitutionnelle, l'ictère.

Elle a aussi quelques indications mineures : hypotensive, antihémoptoïques.

(Alfonso Pirera. Epatoterapia ed emopoieei epastica. Anemis da disepatismo. *Rinascenza Medica*, nos 22 et 23, 1934).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1935

De l'emploi possible des injections sous-cutanées d'eau physiologique contre l'envenimement par morsure de vipère ou piqûre de scorpion. — *M. Etienne Sergent.* — Des expériences de laboratoire nous ont montré que la simple injection sous-cutanée d'eau physiologique protège la souris blanche contre les conséquences de l'inoculation antécédente, en un autre point du corps, de plusieurs doses mortelles de venin de vipère. C'est ainsi que sur 151 souris traitées de la sorte, 25 survivent à l'inoculation de venin (16 p. 100), tandis que toutes les souris « témoins » (au nombre de 174) succombent et que le sérum spécifique n'en sauve que 59 sur 151 (39 p. 100). Il semble donc que l'eau physiologique exerce une action empêchante marquée sur les effets toxiques du venin de vipère, peut-être en diluant le venin dans l'organisme avant qu'il ait eu le temps d'y produire les désordres habituels.

Des résultats du même ordre ont été obtenus par l'injection d'eau physiologique à des souris ayant reçu plusieurs doses mortelles de venin de scorpion.

Il serait intéressant de rechercher, dans les cas où l'on serait dépourvu de sérum antivenimeux, si des injections sous-cutanées massives d'eau physiologique ne pourraient pas être employées utilement pour traiter l'envenimement chez l'homme et chez les animaux domestiques. Il y aurait intérêt à injecter la plus grande quantité possible d'eau.

Valeur comparative de quelques réactions de fixation du complément ou de floculation sur le sang et le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis expérimentale et dans la spirochétose spontanée du lapin. — *MM. A. Bessemans* et *L. Asaert.*

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 9 mars 1935

La Peyronie et l'hôpital de la Charité. — *M. Barbillion* montre, en même temps que les origines de cet hôpital en 1602, les démêlés qui pendant plus d'un siècle et demi divisèrent les frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu ou de la Charité, et les chirurgiens du collège de Saint-Côme. Tandis que les religieux se croient en droit d'exercer, dans l'hôpital qu'ils ont fondé, la chirurgie grande et petite et de former des élèves, les chirurgiens parisiens n'entendent abdiquer aucun des privilèges que Philippe le Bel a concédé à leur grand ancêtre Jean Pitard. Aussi protestent-ils de leur droit exclusif d'exercer la chirurgie, d'instruire les compagnons gagnant maîtrise et de leur décerner la licence.

Grâce à Mareschal, surtout à La Peyronie et à La Martinière qui se succèdent auprès du roi Louis XV dans la charge du premier chirurgien, la chirurgie officielle, celle du collège de Saint-Côme, si dépréciée sous le règne précédent par la fusion avec les barbiers, reconquiert par la faveur du roi toute son autonomie. Elle reçoit notamment en 1724, entière satisfaction dans ses querelles avec les religieux de la Charité.

Les Maisons de santé de la Terreur. — *M. J. Hérissay.*

Notes sur le plessimètre. — *M. Ph. Dally.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1935

Perforation duodénale du calcul biliaire. — *M. Lardennois* rappelle une observation de son ancien Interne M. Morice. Puis il en relate une deuxième. Il s'agissait d'une femme qui, 20 jours après une hystérectomie vit sa cicatrice sous-ombilicale se rouvrir, et s'écouler du liquide bilieux. La malade fut réopérée quatre ans après, et l'on trouva une anastome choléocysto-gastrique spontanée.

Synovectomie pour tuberculose du genou. — *M. Richard* n'a jamais vu que de très mauvais résultats après cette opération pour des lésions démontrées tuberculeuses. Il relate deux observations caractéristiques.

Novocaïne dans les artérites douloureuses. — *MM. Leriche* et *Fontaine* ont utilisé cet analgésique en injections péri-artérielles ou péri-sympathique lombaire. Depuis quelque temps, ils font l'injection dans l'artère elle même. Le soulagement dura parfois 48 heures.

Volvulus de l'S iliaque. — *M. Hardouin* (de Rennes), rapporte quatre observations personnelles. Dans un cas, il a traité la lésion par simple détorsion, et le malade fit une récidive traitée par résection. Les trois autres malades ont été traités par la résection.

Histidine dans les Ulcères gastro-duodénaux. — *MM. Deplas, Lenormand* et *Fournial.* — D'après quinze cas personnels, les auteurs ne croient pas pouvoir affirmer que l'histidine donne des guérisons définitives. Mais l'amélioration fonctionnelle est toujours intéressante, en particulier dans le traitement pré et post-opératoire.

Histidine et Ulcères gastro-duodénaux. — *MM. Stolz* et *Weiss* font part de leur expérience personnelle qui remonte maintenant à deux ans. Ils concluent que l'histidine espace et diminue les crises ulcéreuses, qu'elle exerce sur la muqueuse digestive une action trophique et qu'elle semble favoriser la cicatrisation des ulcères.

Vaccination anti-tétanique. — *M. J.-L. Faure* estime qu'il faut être prudent, mais qu'il est possible actuellement de la recommander.

M. Desplas, considèrent que le risque de tétanos n'est pas important, croit que la vaccination obligatoire est superflue.

Sympathectomie veineuse. — *M. Merry* (de Gien). — M. Picot, rapporteur. L'auteur a fait une résection d'une veine poplité oblitérée, et a vu l'œdème chronique dont se plaignait le malade regresser. Dix ans après, la guérison s'est maintenue.

Moignon douloureux. — *M. Proust.* — L'opéré, qui présentait des crises douloureuses épileptiformes dans son moignon, n'a pas été très amélioré par la resection d'un gros nevrome.

Jejunostomie en Y. — *M. Lardennois* présente une malade a qui il a fait cette opération pour un néoplasme gastrique ayant envahi le colon transverse et ayant déterminé une occlusion.

Résection tibio-tarsienne. — *M. Basset* présente ce malade chez lequel il a fait cette opération avec un bon résultat.

Séance du 20 février 1935

Tumeurs confluentes du cuir chevelu. — *M. Aurray* présente le moulage d'une observation de *M. Guimaraes-Porto* (de Rio). Cette femme avait 90 adénomes qui furent enlevés en quelques séances.

Flexion permanente des deux pouces. — *M. Sorrel* relate cette observation de *MM. Chureau* et *Detouillon* (de Châtillon-sur-Seine).

Abcès colibacillaire. — *M. Basset* a vu une malade qui présentait un abcès à colibacilles de la région épigastrique et où le trajet fistuleux conduisait dans la région appendiculaire. La guérison fut obtenue par l'appendicectomie.

M. R. C. Monod a observé un abcès pré-pancréatique d'origine appendiculaire, et rappelle une observation analogue de *M. M. Schwartz.*

Radiographie dans l'occlusion. — *M. Brocq* présente une observation dans laquelle la radiographie après lavement permit de localiser l'obstacle.

M. Mondor discute des avantages et des inconvénients des examens après préparation. Il conclut que l'examen après ingestion ou lavement est à peu près sans danger et peut rendre d'énormes services.

M. P. Duval insiste sur la nécessité rigoureuse de l'exploration radiologique en présence d'un syndrome d'occlusion. Cependant il existe d'autres causes de distension intestinale,



telles qu'aérocolie ou aeroiléie, qui sont à bien connaître pour éviter des laparatomies inutiles.

Luxation rétro-lunaire du carpe. — *M. Cadenat* rapporte six observations d'intervention par voie dorsale dues à *MM. Couniot* et *Merz*.

Séance du 27 février 1935

Sur le mécanisme de la maladie de Volkmann. — *M. Leriche* rapporte une observation où toutes les méthodes utilisées, sympathectomie, artériectomie, infiltration stellaire aboutirent à un échec. Une résection du poignet ne suffit pas encore. Mais une désinsertion des fléchisseurs finit par donner une bonne fonction.

M. Leveuf publie une observation personnelle analogue où seule fut efficace un raccourcissement des deux os de l'avant-bras.

M. Sorrel montre que la pathogénie de la maladie de Volkmann est loin d'être élucidée.

De la chondrogénèse hétérotopique. — *M. Leriche* se demande comment se produit la chondrogénèse et si les chondromes bénins sont bien des tumeurs *M. Lenormand* partage entièrement l'opinion de *M. Leriche* à propos de ces tumeurs.

Radiographie dans l'occlusion. — *M. Gosset* apporte six documents qui montrent quels services peuvent rendre les examens radiologiques dans l'occlusion intestinale.

Panaris de la face dorsale. — *M. Moure* rapporte un travail de *M. Pelle* (de Rennes). — D'après des observations, l'auteur montre qu'il existe des suppurations de la face dorsale des doigts qui se propagent secondairement à la face palmaire.

Tumeur du nerf cubital. — *M. de Martel* présente une observation de *MM. Monteiro* et *Fialho*. Il insiste sur la nécessité d'énucléer la tumeur sans interrompre la continuité nerveuse.

M. Petit Dutaillis est du même avis. Mais il croit qu'une telle précaution n'est pas toujours possible. Dans ce dernier cas, il estime que le meilleur moyen de rétablir la continuité nerveuse est de faire une greffe par un nerf prélevé sur chien vivant.

M. Mouchet a eu l'occasion d'opérer deux cas de schwannome l'un du nerf cubital, l'autre du nerf médian.

M. Gosset croit aussi qu'il n'est pas toujours possible de ménager le nerf, et que dans ce cas, l'hétéro-greffe vivante est la meilleure.

Hématométrie à la suite de curiethérapie du col utérin. — *MM. Proust, Parat* et *P. Palmer* présentent cette observation intéressante.

G. MENEGAUX.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er février 1935

Technique de la résection gastro-duodénale. — *M. Mario Donati*, professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Milan, décrit sa technique de la résection gastro-duodénale qui se caractérise : par le souci d'extérioriser le moins possible les organes ; par la simplification de la fermeture du duodénum par un instrument spécial ; par un procédé particulier de suture des tranches gastro-jéjunales au moment de l'abouchement de la bouche gastrique dans le grêle. Lorsque le duodenum est bien libéré de ses adhérences et que sa section est possible au niveau de la première portion, M. Donati utilise un instrument spécial qui n'écrase pas le duodénum, mais le comprime entre deux mors ondulés. Les mors de cet instrument représentent deux peignes dont les dents émoussées, en s'imbriquant, plissent les parois duodénales. Une aiguillée de fil de lin passée dans une rainure de l'instrument enfile les plis formés par le duodénum godronné. Celui-ci est sectionné au ras de l'instrument. Il ne reste qu'à saisir les deux bouts du fil de lin et à les nouer pour que le bout duodénal soit étroitement clos. Lorsqu'il existe un ulcère bas situé sur la paroi postérieure du duodénum, il faut ouvrir franchement celui-ci, le plus près possible du pylore et exciser l'ulcère sous le contrôle de la vue, de façon à conserver tout ce qui est possible de la paroi saine du duodénum. Le lambeau de la paroi duodénale qu'on a respecté permettra de fermer le moignon, sans aucune tension, par une suture à deux plans.

Au moment de l'anastomose gastro-jéjunale, la suture des tranches antérieures est faite par un surjet extra-muqueux invaginant, simple, rapide et sûr. On commence cette suture en enfonçant l'aiguille dans la sous-muqueuse de l'intestin, au niveau du bord de la muqueuse. L'aiguille transperce, de droite à gauche, la sous-muqueuse et la musculaire, pour sortir de la séreuse à deux ou trois millimètres du bord de la section. On enfonce ensuite l'aiguille sur la séreuse gastrique, quelques millimètres plus loin du bord de la section de l'estomac et, en pénétrant suivant un trajet oblique en direction de droite à gauche, à travers la séreuse et la musculaire, on parvient à la sous-muqueuse, on la charge complètement en glissant le long de la paroi extérieure de la muqueuse et l'on sort enfin tout près du bord de la section de cette dernière. On tire alors le fil. De cette façon, les bords restent invaginés avec l'accolement des séreuses, tandis que les points de suture demeurent cachés.

Depuis le 1er octobre 1932, M. Donati a pratiqué dans la clinique chirurgicale de Milan 151 résections gastro-duodénales avec une mortalité de 3,30 %.

Cette communication a été accompagnée de la projection d'un film cinématographique.

Le traitement par greffes ostéoplastiques des destructions de la mâchoire inférieure. — *M. Dufourmentel*, à l'occasion de quelques cas récents d'élimination massive de la mâchoire inférieure, présente un film cinématographique montrant les différentes greffes qui permettent la reconstitution de tout le segment détruit comprenant, à la fois, la peau, la muqueuse et l'os. Ces vastes mutilations, dont il avait vu de nombreux cas pendant la guerre, s'observent encore indépendamment de tout traumatisme, sous l'influence de trois causes principales : le noma, les ostéites étendues consécutives en particulier aux grands accidents de la dent de sagesse et les radium-nécroses.

Dans les trois cas, les éliminations peuvent être considérables, allant jusqu'à la totalité de la mandibule comme il apparaît sur un des malades dont l'opération a été filmée. L'auteur présente ainsi les temps successifs du traitement et les résultats qui, malgré la complexité apparente de la reconstruction, sont aussi satisfaisants au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

Greffe ankylosante du rachis pour mal de Pott. — *M. Raphaël Massart* présente un film cinématographique qui montre sa technique personnelle dont les deux points particuliers sont : 1° le malade est opéré, étendu à plat ventre sur un hamac de toile qui permet de corriger la gibbosité ; 2° le malade, aussitôt l'opération faite et sans qu'il soit mobilisé est enfermé dans un corset plâtré qu'il gardera trois mois. Cette technique permet à la greffe d'être à l'abri de tout mouvement jusqu'à sa prise définitive.

Pseudarthrose congénitale du tibia. — *M. Raphaël Massart* présente un film cinématographique qui montre la technique qu'il emploie dans le traitement de cette lésion. Celle-ci, longtemps considérée comme incurable conduisait à l'amputation les jeunes enfants qui en étaient atteints. L'auteur utilise pour combler la perte de substance le greffon prélevé sur la mère au moment même de l'opération. Dans une même salle, sur deux tables différentes, la mère et l'enfant sont endormis au rectanol. On a eu soin, au préalable, de vérifier les groupes sanguins. L'opération, sitôt finie, la jambe est immobilisée dans le plâtre.

Cholécystostomie. — *M. Victor-Pauchet* présente un film cinématographique des divers temps de cette opération facile, appelée à rendre de grands services dans nombre d'affections hépatiques. Il insiste sur différents points de technique en particulier sur la nécessité de fixer la vésicule simplement au péritoine pariétal si on veut obtenir par la suite une occlusion spontanée, rapide de la fistule, et sur l'avantage de faire sortir la sonde par un petit orifice distinct de l'incision exploratrice.

Des conditions de sécurité au cours du forage de la prostate ou résection endoscopique de la prostate. — *M. Georges Luys* insiste tout d'abord sur la nécessité de ne pas faire de distinction entre les deux mots : résection endoscopique et forage de la prostate, car ce sont deux termes qui

désignent la même intervention destinée à détruire par les voies naturelles tous les obstacles prostatiques qui empêchent la miction. Par contre, c'est la section à sec qu'il convient de différencier de la section dans l'eau, la première ayant une supériorité opératoire indiscutable sur la seconde. Tous les accidents signalés au cours de la résection endoscopique n'ont été observés qu'avec la résection dans l'eau, jamais avec la résection dans l'air. La section dans l'air a une puissance de pénétration bien plus considérable. La vue n'est pas gênée. La douleur est moins vive, ce qui permet de se passer d'anesthésie générale. Les manœuvres sont plus simples, mieux contrôlables. Dans les incidents opératoires, tels que l'hémorragie opératoire, la section dans l'air comporte, pour arrêter l'hémorragie, un électrode spécial de gros diamètre dont la puissance d'action est considérable et dont l'effet est immédiat et sûr.

Bref, le forage de la prostate, effectué à sec, présente toutes les conditions de sécurité nécessaires à assurer la bonne réussite de l'intervention dont le pronostic opératoire est essentiellement bénin. C'est la méthode de sécurité. Cette communication a été accompagnée de projections de clichés photographiques et de dessins.

Considérations sur la méthode du traitement des brûlures par le tannage. — *M. Fernand Masmonteil* présente une malade qui, gravement brûlée, a été soignée avec un très bon résultat par le tannage associé aux greffes cutanées.

L'auteur insiste sur la valeur de ce traitement qui recouvre les surfaces atteintes d'un pansement protecteur noirâtre, insensible, souple, supprimant ainsi presque complètement les douleurs et les pansements et laissant à sa suite une cicatrice souple, d'excellente qualité. Il rappelle, à ce propos, le principe, le mode d'application et les avantages de cette méthode.

Séance du 15 février 1935

Ulcération et volvulus de l'anse grêle sigmoïde : perforation, pneumatose mésentérique ; pyopneumopéritoine. Résection. Guérison. — *M. Luquet* fait un rapport sur une observation de *M. L. Achmatowicz* (de Vilno, Pologne) concernant une femme de 83 ans qui présenta successivement une ulcération siégeant sur le bord mésentérique de l'anse sigmoïde, un volvulus de cette anse, une perforation de l'ulcération, une pneumatose mésentérique et un pyopneumopéritoine. Une résection de l'anse sigmoïde permit de guérir la malade. Le rapporteur pense que ce cas très rare et schématique pourrait apporter une explication de certains pyopneumopéritoines de cause inexpliquée.

Tumeur géante du côlon transverse. Opération. Guérison. — *M. Cresson* communique l'observation d'une très volumineuse tumeur du côlon transverse, très mobile, du type encéphaloïde, appartenant au point de vue histologique à la variété d'épithelioma glandulaire un peu atypique, en voie de nécrose et de périnéoplasite inflammatoire antérieure. Résection du côlon transverse en dehors de la cavité abdominale, après fermeture de l'incision opératoire à sa partie inférieure, et accollement des bouts restants du côlon en canon de fusil, avec abouchement à la paroi. Guérison.

A propos du traitement chirurgical de l'estomac biloculaire par la résection gastrique haute. — *M. Luquet* communique l'observation d'une malade présentant cette affection et traitée, avec succès, par la résection haute de l'estomac complétée par un polya sur la poche supérieure en employant la technique de Victor Pauchet. A ce sujet, il s'étonne que cette technique, décrite depuis plus de dix ans, soit encore ignorée par certains chirurgiens.

Butée ostéoplastique de la hanche à contrefort iliaque technique opératoire. *M. Marcel Galland* (de Berck-Plage) montre que les butées ostéoplastiques de la hanche doivent être à volet iliaque à charnière très basse, emboîtant la tête exactement en haut et en arrière. Mais ces volets doivent être solidement appuyés à leur face supérieure. L'auteur décrit une technique permettant la construction d'un puissant contrefort iliaque. Incision de Smith-Retersen. Rugination des faces externe et interne de l'aile iliaque. Rabattement soigné d'un volet iliaque prélevé aux dépens de la table externe. Deux coups de ciseau frappés : 1° sur la crête iliaque à 5 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure ; 2° sur le bord antérieur de l'os iliaque à 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et au-dessus de la charnière du volet. Eversement en dehors du massif iliaque antérieur par fracture en bois vert. Ce contrefort peut être clivé pour une meilleure adaptation. Fixation en place de ces pièces osseuses au catgut. Opération courte, sèche, non shockante. L'auteur présente les radiographies de trois cas qu'il a opérés avec succès d'après cette technique.

Elections. — Ont été élus :

Membres titulaires : MM. Audain, Bailleul, Bernard, Etienne Bovier, Bretegnier, Brouet, Duhail, Fayot, Galop Jullien Robert, Lascombe, Maximin, Meuge, Monsaingeon, Papillon, Pascalis, Roche, Theillier.

Membre associé : J. Belot (de Paris).

Membres correspondants nationaux : MM. Benoiste-Pilloire (de Kerpape). M. Roger Chureau (de Chatillon-sur-Seine).

Membres correspondants étrangers : MM. Serge Judine (de Moscou, U.R.S.S.), Alexander Limberg (de Léningrad, U. R. S.S.), Luiz Ignacio de Barros Lima (de Recife, Brésil), Joaquim de Brito (de Rio-de-Janeiro, Brésil), de Moscoso (de Rio-de-Janeiro, Brésil).

Séance du 1er mars 1935

Deux cas d'appendicite vus au huitième jour, avec gros plastron. Sérum anticolibacillaire de Vincent. Opération facile treize et vingt jours après. — *M. Barbet* communique ces deux cas d'appendicite avec gros plastron qu'il a vus huit jours après le début de la crise. Les deux malades reçoivent trois injections de sérum anticolibacillaire de Vincent, espacées de deux jours en deux jours. Dans les deux cas, le plastron se résorbe très rapidement et l'auteur peut opérer l'une des malades treize jours, l'autre vingt jours après leur entrée. Dans les deux cas l'opération est très facile et la guérison se produit en huit jours. Dans le premier cas, on trouva un appendice qui avait été complètement sectionné au cours de la crise.

Les nouvelles techniques opératoires dans les divisions palatines. Le déplacement ptérygoïdien de Limberg. — *M. Dufourmentel* présente trois femmes qui étaient atteintes de division palatine extrêmement large : jusqu'à présent, les chirurgiens consultés n'avaient pas osé intervenir. C'est ce qui explique que, bien qu'habitant Paris, ces trois malades fussent arrivées respectivement à l'âge de 17, de 25 et de 30 ans, sans être opérées. Elles portaient seulement des obturateurs tout à fait insuffisants. Pourtant, la fermeture intégrale, avec un magnifique progrès phonétique, fut obtenue par la technique de Limberg (de Léningrad) que M. Dufourmentel a apprise auprès de son auteur lui-même dans un récent voyage en U. R. S. S. Cette technique consiste essentiellement dans le déplacement de toute l'aile interne de l'apopgyse ptérygoïde et dans la suture des masses véloplatines, maintenues par des plaques de celluloïd. En réalité, chez les femmes présentées par l'auteur, ce dernier temps a été remplacé par la suture musculaire en masse selon la technique de V. Veau.

Volumineuse hydronéphrose gauche chez un enfant. Néphrectomie gauche. Rupture de l'hydronéphrose droite suivie d'anurie : pyélostomie. Disparition des mictions par les voies naturelles : urétéro cysto néostomie. — *M. Masmonteil*, en son nom et au nom du Docteur *Schreiberg* (de Paris) présente un enfant de six ans chez qui a été pratiquée, il y a quatre ans, une néphrectomie gauche pour hydronéphrose volumineuse. Trois ans après, surviennent des phénomènes d'hydronéphrose intermittente du côté droit, suivis de rupture de la poche avec anurie complète : une pyélostomie est faite. Mais, à la suite de cette intervention, les mictions par les voies naturelles disparaissent pendant six mois. La radiographie ayant montré l'existence d'un rétrécissement urétéral inferieur, on fait une urétero-cysto-néostomie. Depuis les mictions sont normales ; la fistule lombaire a disparu et l'enfant a repris son existence habituelle. Cette observation démontre l'efficacité de cette anastomose sur un sujet porteur de rein unique.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Avortement à répétition et insuffisance thyroïdienne : succès du traitement opothérapique

Dans le cas rapporté par MM. Le Lorier et Maurice Mayer à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (4 février 1935), il s'agit d'une malade présentant des signes de myxœdème qui a fait six avortements successifs et qui a pu conduire une grossesse à terme lorsque l'opothérapie thyroïdienne a été instituée. Les avortement s'étaient toujours produits vers le troisième mois après un écoulement hydro-hématorréique et malgré des traitements arsenicaux ou mercuriels pratiqués quoique les réactions sérologiques aient toujours été négatives. Ce n'est qu'à la septième grossesse que le traitement thyroïdien et iodé a été pratiqué sans interruption ; la grossesse a évolué jusqu'au terme. Au cours de l'allaitement a recommencé une huitième grossesse ; mais, n'ayant pas eu de traitement, la femme a fait un avortement dans les mêmes conditions qu'antérieurement.

Abcès pulmonaire d'origine dentaire

MM. Bonnamour et Danic (*S. Nat. de Méd. et des S. M. de Lyon*, 13 février 1935) rapportent l'observation d'un abcès pulmonaire d'origine dentaire certaine. En effet, les symptômes d'abcès et d'expectoration survinrent après une stomatite avec pyorrhée et abcès dentaire. La radiographie des maxillaires montra plusieurs racines abcédées. Le traitement consista en soins dentaires, avec injections d'hyposulfite de soude et d'émétine. La guérison survint dans des délais normaux. Ces abcès d'origine dentaire paraissent guérir simplement dans un grand nombre de cas.

A propos des suppurations osseuses métastatiques au cours des furoncles et anthrax chez l'adulte

M. R. Peycelon (*S. Nat. de Méd. et des S. M. de Lyon*, 6 février 1935) constate que l'ostéomyélite aiguë vraie est assez rare chez l'adulte. Il vient d'en recueillir deux cas récents apparus l'un à la suite d'un anthrax, l'autre de furoncles. Chez les deux malades, l'ostéomyélite se localisa au fémur, et la guérison fut obtenue après incision de l'abcès et curettage des lésions. Il n'y eut ni fistules, ni récidive. L'ostéomyélite de l'adulte, consécutive à ces lésions cutanées, a une allure subaiguë, souvent torpide, elle est le plus souvent diaphysaire et superficielle. L'hémoculture révèle la présence de staphylocoque dans le sang. Le pronostic ne parait pas aussi grave que dans les autres formes.

Un cas d'anévrysme de la crosse aortique chez une femme de 80 ans

MM. Pallasse et Colas (*S. Nat. de Méd. et des S. M. de Lyon*, 6 février 1935) rapportent l'observation et les pièces nécropsiques d'une femme de 80 ans présentant une néphrite chronique et décédée de bronchopneumonie. Elle n'avait jamais eu de traitement spécifique et son anévrysme était absolument latent. En effet, l'autopsie permit seule de le découvrir, volumineux, avec poche pleine de caillots organisés. Il existait en outre des plaques gélatiniformes sur l'aorte, pas d'insuffisance aortique, mais un gros cœur et des reins atrophi- ques avec lésions de néphrite chronique.

Les paralysies diphtériques tardives et la sérothérapie

Quelques travaux récents ont remis en doute l'efficacité du sérum antidiphtérique sur les paralysies tardives. Il semble cependant dit M. Dufour (*S. Méd. des Hôp. de Lyon*, 5 février 1935) que le sérum se montre efficace dans la plupart de ces cas, qu'il s'agisse de paralysies graves ou de paralysies bénignes. Il serait regrettable que des données expérimentales, si intéressantes soient-elles, aboutissent à une abstention sérothérapique systématique. L'auteur rapporte quatre exemples récents où le sérum eut une action rapide et sûre.

A propos de l'emploi abusif du bismuth dans le traitement de la syphilis récente

M. Graps (*S. clinique des H. de Bruxelles*, 9 février 1935) sur un total de 4.000 observations, a pu recueillir une dizaine de cas de syphilis récente traitée exclusivement au bismuth par des cures théoriquement suffisantes et suivies régulièrement. Ce traitement donne une pseudo-guérison se manifestant par un silence clinique et sérologique prolongé ; puis une réapparition d'accidents cliniques et de positivité sérologique. L'auteur insiste sur le fait que le bismuth à lui seul n'est pas un agent thérapeutique suffisamment énergique pour traiter les syphilis récentes. Il préconise un traitement mixte conjugué par l'arsenic trivalent et le bismuth. Chaque médicament doit être administré comme si chacun d'eux était donné seul ; une série d'arsenic comporte une dose totale de 10 centigr. par kilogramme, avec un maximum de 6 gr. chez la femme et 7 gr. chez l'homme. Le bismuth est administré en même temps par voie intramusculaire. On fait au total 4 ou 5 séries analogues à la première, chacune étant suivie d'un repos d'un mois.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par çy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

La médecine et le monde de l'argent. — La revue *Esprit* a été fondée il y a deux ans par une importante équipe de jeunes hommes pour dénoncer ce qu'ils ont appelé le « désordre établi » et fonder un ordre nouveau sur la primauté du spirituel ; ils entendent par là l'établissement d'un régime « personnaliste et communautaire » dirigé à la fois contre l'individualisme libéral et contre les régimes totalitaires.

Quelque opinion qu'ils aient sur les tendances générales d'*Esprit* (1), médecins et pharmaciens liront avec intérêt le procès généreux, sans démagogie que le Docteur Vincent vient d'ouvrir dans le numéro de mars *de cette revue sous le titre* : *La médecine dans le monde de l'argent.* Tout le problème médical, nous annonce-t-on, études, déontologie, organisation du Corps médical, de la pharmacie, des hôpitaux, de la médecine sociale, y sera posé.

(1) Le n° 6 fr. 50, à *Esprit*, 137, faubourg Saint-Denis, Paris, X^e.

La médecine comme toutes les branches de l'activité humaine, est actuellement entraînée dans le grand bouleversement de la crise mondiale, subissant le renversement de toutes les données économiques sur lesquelles était édifiée la société capitaliste et qui chancellent.

L'exercice de la médecine, tel qu'il est individuellement pratiqué, n'est pas du tout en harmonie économique avec les besoins impérieux de l'humanité. C'est un anachronisme. Le médecin praticien exerce la médecine avec une installation qui lui est propre. Plusieurs pièces, dans son local, sont réservées à sa profession et ne servent, au total, que quelques heures par jour. Une installation de radiologiste, qui a coûté des dizaines, parfois des centaines de mille francs et qui fonctionne une heure par jour est considérée comme ayant un bon rendement. Le médecin doit avoir chez lui, en permanence, un auxiliaire intelligent, capable de répondre au téléphone, de prendre des adresses, d'interpréter des demandes imprévues et de prendre des initiatives. Chaque médecin doit avoir son téléphone, son instrumentation assez onéreuse. Chacun doit posséder en propre une auto au moins. Les médecins de campagne occupés sont obligés d'en avoir deux. Tout cela crée une masse de frais généraux telle que le prix de la visite est à la fois trop élevé pour le malade à bourse modeste et trop peu rémunérateur pour le médecin, surtout en ce qui concerne les tarifs des assistés, qui ne couvrent même pas les frais professionnels correspondants.

Il en résulte que, pour subsister, le médecin est obligé de fournir une journée de travail plus longue que celle de la moyenne des hommes, surtout si l'on fait entrer en ligne de compte le temps minimum que chaque médecin devrait consacrer au travail personnel, pour maintenir son niveau d'instruction professionnelle.

Que se passe-t-il quand certains médecins, en quête d'un revenu élevé, veulent accroître le « rendement » de leur profession ? La journée ne comporte que vingt-quatre heures et souvent ceux dont je parle tiennent à en consacrer quelques-unes à leurs loisirs, ce dont on ne saurait les blâmer.

Que faire alors ? On peut augmenter le prix des visites au-delà du tarif syndical minimum. Certains le font et continuent à pratiquer une médecine digne de ce nom. Mais seuls le peuvent ceux qui exercent dans une clientèle riche. A la clientèle pauvre, le tarif de la visite importe plus que la qualité des soins reçus. Et comment en serait-il autrement, étant donné le dénuement dans lequel le capitalisme maintient les classes laborieuses ? C'est pourquoi les médecins qui veulent accroître le « rendement » de leur profession usent généralement d'autres procédés. Ils cherchent à multiplier le nombre de leurs actes médicaux. Par quels moyens y parviennent-ils ?

Pour certains, l'augmentation se fait en quelque sorte d'elle-même. Leur capacité professionnelle, leur valeur morale, tous les impondérables d'où naît un courant de sympathie font affluer vers eux la clientèle. Contents de leur succès au début, ils se plient au surmenage nécessaire. Puis celui-ci devient si considérable qu'ils ne peuvent s'en tirer qu'au détriment de leur travail professionnel. Obligés de faire coûte que coûte, dans une journée, un nombre considérable de visites, ils sont obligés, contre leur gré, de bâcler leurs examens. Leur journée devient une course échevelée à travers la ville ou la campagne, course avec la pendule qu'il faut à tout prix gagner. Ils rentrent le soir exténués, se relèvent la nuit souvent, car ils sont dévoués. Leur santé s'altère. Ils persévèrent. En quelques années, ils ne sont plus qu'un cadavre enrichi. Ils ont brûlé une vie. Ils ont perdu le contact avec l'humain. Ils ont mécanisé leurs muscles et leur cerveau. Ils n'ont plus pour toute consolation, qu'à se payer un bel enterrement.

Un autre type de médecin à grand rendement est celui qui cherche à accroître démesurément le champ de sa clientèle par les procédés de réclame, les rabatteurs, ce qu'on appelle le « faire-savoir ». Dans la clientèle riche ou moyenne, il multiplie le nombre des visites. Dans la clientèle pauvre, il multiplie le nombre des maladies. Un procédé courant, qui permet à la fois de faire valoir ses talents de guérisseur et de justifier le nombre inconsidéré des visites, consiste à amplifier la gravité du mal. Il est des médecins dans la bouche desquels les bronchites deviennent des broncho-pneumonies, les entérites des typhoïdes, les angines des diphtéries et les maux de tête des méningites. Il est aisé alors de multiplier les miracles thérapeutiques, pour sa plus grande gloire.

Notons d'ailleurs qu'il ne s'agit souvent que d'une question de nuance, dans laquelle il est impossible d'incriminer d'une façon nette l'intention du médecin. Il est en effet parfois nécessaire au médecin le plus consciencieux de diminuer ou d'amplifier, en parole, la gravité du mal, soit pour rassurer une mère trop pusillanime, soit pour exiger les soins nécessaires de parents trop enclins à la négligence. Souvent aussi, ces entorses plus ou moins sérieuses à la vérité sont conditionnées par l'état d'esprit du public. Car celui-ci ignore qu'un diagnostic exact est souvent impossible dès le début d'une maladie. Il exige pour celle-ci un nom dont la consonnance ne lui soit pas inconnue. Il est tout prêt à reprocher au médecin de n'avoir pas vu « tout de suite » la gravité de l'affection.

D'autres procédés sont encore usités à l'occasion pour accroître le rendement d'une clientèle médicale. Ainsi, lorsque survient, à l'école ou dans une agglomération, une petite épidémie d'une maladie bénigne, on peut sans grand dommage

P. L. M. — Relations directes avec les stations de Combloux Mégève et Villard de-Lans

Réenregistrer vos bagages, vous procurer de nouveaux billets, autant de soucis que vous n'aimez pas avoir en cours de route. Ces deux formalités vous sont évitées sur le P. L. M... C'est ainsi que vous pouvez obtenir au départ de toutes ses gares des billets directs pour Combloux, Megève et Villard-de-Lans, stations d'altitude reliés. les deux premières à la gare de Sallanches, la troisième à celle de Grenoble par des services d'autocars en correspondance avec le chemin de fer. Vous n'avez donc plus, à la descente du train, à vous procurer un billet d'autocar. Le billet qui vous a été délivré par votre gare de départ, vous suffit pour le parcours total : voie ferrée et route. Vous bénéficiez de la même facilité pour l'enregistrement de vos bagages qui est effectué désormais de bout en bout.

Megève et Combloux sont respectivement à 13 km. et à 8 km. de la gare de Sallanches (six relations par jour), Villard-de-Lans à 32 km. de celle de Grenoble (cinq relations par jour).



éviter de satisfaire à la déclaration obligatoire. Les mesures d'hygiène nécessaires ne sont pas prises. L'épidémie dure un peu plus longtemps. Et c'est tout profit pour le Corps médical intéressé.

Les circonstances matérielles aidant, telles la construction d'une usine, d'un groupe d'habitations, le lotissement de vastes terrains, la clientèle de certains médecins arrive à s'accroître de façon telle que leur médecine n'est plus qu'un simulacre de médecine, une distribution de papiers. Plus d'examens complets de malades. Plus d'ordonnances soigneusement commentées. Plus de maladies scrupuleusement suivies, en s'efforçant de dépister le plus petit signe de début d'une complication.

C'est surtout dans les quartiers populeux et dans la banlieue des grandes villes que sévissent ces « marchands de médecine ».

Le Docteur X..., à Saint-D..., « fait » le million par an. Voici comment. Sa femme et lui, tous deux médecins, « se relayent » au cabinet de consultation de 7 heures à minuit. Un assistant « fait l'extérieur », c'est-à-dire les visites à domicile. Trois infirmières font piqûres, pointes de feu, rayons ultra-violets, etc... C'est l'usine.

L'entraînement, la mécanisation de l'esprit permettent à certains praticiens « à grosse clientèle » de faire des diagnostics à vue, auxquels répondent des traitements stéréotypés. L'emploi des spécialités pharmaceutiques, évitant de formuler, gagne du temps et supprime les risques d'erreur. Bientôt, la renommée faite, la clientèle lancée, il ne s'agit plus que de « tenir le coup » physiquement et « d'éviter les tuiles ». Il s'agit de savoir louvoyer dans la rapidité du savoir-faire. Le « flair clinique » du praticien se réduit alors à opérer la distinction entre « les malades à tuile », qu'il envoie à l'hôpital, se déchargeant ainsi facilement d'une responsabilité qui peut être dangereuse pour sa bonne réputation et « ceux qui n'ont rien », auxquels il prescrit n'importe quoi.

Le résultat est que les grands malades ne sont soignés qu'à l'hôpital, avec un retard souvent néfaste et dans des conditions, qui, nous le verrons, sont loin d'être idéales. Quant aux petits malades, à la masse des gens qui présentent de petits troubles susceptibles de céder à un traitement approprié, pourvu qu'on se donne la peine d'en déterminer la cause par un examen approfondi, quant à ceux-là, ils n'ont qu'à conserver leurs petites misères. Pourvu qu'on fasse semblant de les soulager momentanément par un traitement symptomatique et qu'ils soient, grâce aux palabres, assez convaincus de la valeur de leur médecin pour revenir, dans quelques semaines ou quelques mois, lui apporter le montant dune nouvelle consultation, c'est tout ce qu'on désire.

D'autres requins de la profession médicale font entrer en ligne, pour accroître leur clientèle, tous les procédés du commerce déloyal. Ils font des consultations à des prix défiant toute concurrence. Le pauvre public y accourt, bénissant la modicité des prix. Il ne se rend pas compte que la qualité de ce qu'il reçoit en échange de ses quelques francs constitue encore une escroquerie.

Certains ont l'art de se poser en grands maîtres de la médecine, soit en critiquant de façon systématique et injustifiée les diagnostics et les traitements de leurs confrères, soit en affichant des titres qu'ils n'ont pas, soit en se faisant appeler par leur infirmière : « Monsieur le Professeur ».

Un « grand spécialiste » des ulcères de jambe voit 200 malades par jour. Ceux-ci défilent tour à tour dans son cabinet, où il est assis à côté d'une petite table, sur laquelle « trois petites salières », farouchement gardées à vue, renferment tout son secret. Les malades arrivent devant lui, leur pansement défait. Il saupoudre la plaie avec le contenu d'une, deux ou trois des petites salières, suivant le cas. L'infirmière met une compresse humide et termine le pansement. On fournit une bande Velpeau neuve à chaque pansement. Voilà encore un grand homme qui gagne beaucoup d'argent !

Dans tout pays qui compte plus d'un médecin, les rivalités entre confrères sont à peu près constantes. On voit ainsi s'établir entre des hommes qui, dans d'autres circonstances seraient très capables de sympathiser, des haines féroces que rien ne justifie, si ce n'est la prétention de gagner plus d'argent que le voisin. Les populations d'ailleurs, loin de tenter la conciliation, ne cherchent qu'à attiser ces haines, à les créer si elles n'existent pas. C'est là un morceau de choix pour les langues des commères. Entre les rivaux, tous les procédés de combat deviennent bons. La critique incessante, le mensonge, la calomnie, habilement maniés, font leur œuvre. Des acolytes répandent les fausses nouvelles. A combien de médecins qui voyaient leur clientèle se raréfier, n'est-il pas arrivé d'apprendre par un tiers leur longue maladie, ou même leur mort ?

La dichotomie, sur laquelle nous reviendrons, peut aussi intervenir dans le recrutement des consultations à bas prix. Témoin, ce médecin qui fait payer ses consultations moitié moins cher que ses confrères, ce qui lui assure une nombreuse clientèle et une grande popularité. Mais chaque jour il se donne pour tâche de découvrir, dans le vaste champ qui lui est ainsi offert, un ou plusieurs malades ayant plus ou moins besoin d'une radio, d'un examen de laboratoire, d'un bandage, dont l'ample moisson dichotomique doublera le gain dû aux consultations.

On comprend très bien qu'à pareille besogne la conscience de l'homme et le savoir du médecin s'usent rapidement. L'intérêt scientifique est vite mort. Les honoraires ne devraient être que le moyen donné à l'homme de subsister pour exercer sa fonction sociale, celle-ci étant le but. Au lieu de cela, ils deviennent eux-mêmes le but, la fonction sociale n'étant plus que le moyen ou même seulement le prétexte nécessaire pour y accéder.

Contagionner ou contaminer ? — M. André Thérive, qu'on lit toujours avec plaisir et avec profit — on ne saurait en dire autant d'Abel Néant — écrit ceci dans les *Nouvelles littéraires* (9 mars 1935) :

« Je lis dans une chronique spirituelle sur la grippe, où la plume est censée tenue par une jeune fille (on a reconnu la manière de notre confrère Robert Dieudonné) : *la grippe fait mode. Nous nous la passons comme un flambeau. J'ai contagionné la bonne qui a contagionné la crémière...*

Contagionner est une néologisme qui semble entrer en concurrence avec *contaminer*. Pourquoi ? parce que ce dernier verbe s'applique aux maladies très graves et évoque même certaines mésaventures vénériennes, car, par euphémisme, et pris absolument il a été spécialisé dans ce sens-là.

Il s'ensuit que *contagion* étant courant et de bonne compagnie, il engendre son verbe. »

Le Sourcier moderne (*Manuel de l'opérateur à la baguette et au pendule : eaux, minerais, biologie*), cinquième édition revue et corrigée par Henry de France. Un ouvrage 196 pages avec figures et photographies. Broché : franco 11 francs. Librairie agricole et horticole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

On ne nie plus aujourd'hui que, dans beaucoup de mains, la baguette et le pendule aient un singulier pouvoir. La nouvelle édition du livre de M. de France, remise au point, apporte donc un outil précieux aux personnes désireuses de s'informer sérieusement et de pratiquer la recherche de l'eau, des minerais, même des maladies. Ce livre est, en effet, à la portée de tous par sa rédaction claire et ramassée, comme par son prix.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 13 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 30 MARS 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Supplément illustré

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — 25 mars — M. GUIR. Valeur thérapeutique du bleu de méthylène dans l'asphyxie. — M. WOLSZTAJN. Les troubles digestifs au cours de la période menstruelle. — M. LAQUERRIÈRE. Des images triangulaires du lobe inférieur droit, le rôle du lobe cardiaque. — M. GUICOURG. Etude des courants de basse fréquence.

26 mars. — M. PAGES. Thérapeutique endo-nasale de l'asthme. — M. GARY. Fracture de la base du premier métacarpien. — M. NAUD. Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies dans la syringomyélie. — M. PERGOLA. Myosites infectieuses aiguës et chroniques, abcès primitifs des muscles. — M. FULCONIS. La mastoïdite dans la pathologie infectieuse du nourrisson. — M. JOSEPH. La tension artérielle chez les vieillards. — M. MYMARK. Considérations sur la présentation de l'épaule et son traitement. — Mlle DEROMBIÈS. Une forme particulière de la méconnaissance systématique. L'illusion du sosie. — M. DEVALLET. La paralysie générale chez l'enfant. — M. GOLDENSTEIN. L'élément psychique comme facteur déterminant ou déclanchant certaines anémies aplastiques. — M. ROYER. La réaction de types méningitiques du benjoin colloïdal dans certaines maladies mentales. — M. HORNSTEIN. Etude de l'opothérapie thyroïdienne dans l'hérédo-syphilis de la seconde enfance. — M. SCHAINÈS. Eczéma et insuffisance hépatique. — M. LAROCHE. Sur l'ordre hygiénique et psychologique de la construction et disposition intérieure des établissements hospitaliers. — M. SELBONNE. Le principe de similitude en thérapeutique. — M. TRINH-HUM-LOI. Etudes de quelques mesures d'hygiène et de prophylaxie applicables aux villages annamites au Tonkin.

27 mars. — M. FISZMAN. Le test d'Aldrich et Mac-Chure chez la femme enceinte. — M. LÉPINE. Les accouchements en occipito-sacrée. — M. MIRZAI. Les rapports de la rétrodéviation de l'utérus et de la stérilité. — M. WEISZ. Etudes des perforations utérines dans l'avortement. — M. LEROY. Les manifestations menstruelles extra-génitales.

Célébration du centenaire de la mort de Dupuytren. — Le centenaire de Dupuytren sera célébré à l'Hôtel-Dieu le 7 avril 1935, à 14 heures, sous la présidence de M. le Professeur Carnot.

Un discours sera prononcé par M. le Professeur Gosset.

A cette occasion une exposition rétrospective permettra de réunir des souvenirs de l'illustre chirurgien.

Conférences préparatoires au concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire (candidats à quatre inscriptions de médecine). — Une série de conférences d'anatomie et d'histologie destinées exclusivement à la préparation au concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1935 est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 27 mars prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance qui aura lieu au Val-de-Grâce (petit amphithéâtre de l'Ecole d'application) le mercredi 27 mars, à 20 h. 30.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) — *Séance du Conseil d'administration du mardi 19 mars 1935.* — M. Forestier au retour d'une mission aux Etats-Unis, montre l'intérêt qu'il y aurait à faire faire par un professeur ou à son défaut un agrégé des conférences scientifiques sur les travaux d'hydrologie faits en France, qui sont complètement inconnus de l'autre côté de l'Atlantique, M. Villaret serait peut être disposé à aller aux Etats-Unis l'an prochain avec son agrégé M. Justin-Besançon. MM. Sergent et Gros pensent qu'il serait important de faire des conférences cliniques.

M. Forestier signale ensuite l'effet déplorable produit aux Etats-Unis par les réclames en faveur d'une levure. Le public médical américain est indigné en voyant dans ces réclames les portraits de médecins français, les seuls qui paraissent actuellement, ceux de médecins étrangers ayant cessé de paraître.

M. Minopoulos expose les grandes lignes d'une association internationale qu'il est en train de constituer en réunissant médecins, légistes, ingénieurs, etc., ayant fait leurs études en France.

M. Hartmann donne lecture d'un article publié dans le grand journal espagnol *El Debate* exposant que 200 étudiants sud américains demandent à continuer leurs études en Espagne et à quitter la France étant donnée la manière dont y sont traités les étudiants étrangers.

Election de nouveaux membres : Docteurs Deschamps, Justin-Besançon, Martin, Emanul Anca.

Fondation Roux. — A partir du 1er mars, une souscription nationale sera ouverte à l'effet de réunir des ressources qui, sous le nom de Fondation Roux, serviront à payer des bourses d'études à de jeunes étudiants qu'attire le goût des sciences biologiques.

La souscription est d'un minimum accessible à tous, représenté par des reçus de 1 franc, détachables d'un carnet qui en contient 100 et d'un maximum indéterminé en échange d'un nombre de carnets quelconque.

Pour les envois de souscriptions et les demandes de carnets de reçus de 1 franc, s'adresser à : M. Dufaure, trésorier, 205, rue de Vaugirard, compte chèque postal Paris 1857/20.

Fondation « Lady Tata » bourses en vue de recherches médicales, 1935-36. — Cette Fondation a été créée en avril 1932 par un don de Sir Dorabji Tata (de Bombay), en souvenir de sa femme Lady Tata, dans le but de favoriser les recherches sur les « maladies du sang », et plus particulièrement sur la « leucémie ».

En juin 1933 a eu lieu l'attribution des quatre premières bourses de la Fondation « Lady Tata » et quatre autres furent attribuées en 1934. Ces bourses peuvent être renouvelées chaque année, jusqu'à une durée totale maxima de trois ans, mais il est probable qu'en 1935, les administrateurs vont avoir au moins

deux vacances à combler. Les bourses sont d'un montant annuel de £ : 400.- (quatre cents livres sterling) chacune, et attribuées à des travailleurs (hommes ou femmes de toutes nationalités) pour des recherches sur les maladies du sang et plus particulièrement sur les leucémies. Généralement, les candidats sont dans l'obligation de consacrer tout leur temps à ces recherches, cependant si l'un d'eux donne une partie de son temps à l'enseignement, il ne sera pas contraint de résilier son emploi, à la condition que les Administrateurs, conseillés par les Comités, soient d'avis que les devoirs de sa charge ne l'empêcheront pas de consacrer le meilleur de son activité à ces recherches.

Les candidats agréés le seront d'abord pour une année, et cela à compter du 1er octobre 1935.

Les demandes de bourses « Lady Tata », émanant des candidats résidant sur le continent européen devront parvenir pour le 15 avril 1935 au plus tard au Professeur A. Vacha, Calvinstrahe, 27, Berlin, NW 40, qui envoie aux postulants les imprimés nécessaires.

Hôpital Foch. — Le 17 mars, l'hôpital Foch, Œuvre des médaillés militaires, inaugurait ses nouveaux services de consultations externes et de prophylaxie sociale.

Cette nouvelle œuvre due à l'initiative et à la générosité des amis de l'hôpital Foch était solennellement remise à la Société des médaillés militaires par M. le Docteur Paul Descomps médecin-chef de l'hôpital Foch et président des amis de l'hôpital Foch.

De très nombreuses personnalités assistaient à la cérémonie.

Comité d'études de propagande transcendantale. — Le Comité d'études présidé par M. le Docteur Foveau de Courmelles, lors de sa dernière réunion, a décerné les primes suivantes :

1.000 francs et un diplôme à M. le Docteur Albert Leprince, de Nice.

1.000 francs et un diplôme à M. Larvarou, de Rennes.

Rappel de prix : Un diplôme à M. le Docteur Jules Regnault, de Toulon.

1.000 francs à Mme Jacqueline Chantereine, de Paris.

Hospices civils de Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'hôpital de Grange-Blanche à Lyon le lundi 18 novembre 1935 à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux spécialiste d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices ; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscriptions sera clos le jeudi 7 novembre 1935, à 18 heures.

Concours pour la nomination de deux médecins-adjoints à l'Hospice départemental Paul Brousse à Villejuif (Seine). — Les inscriptions seront reçues du 4 au 13 avril 1935 inclusivement de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures à la Préfecture de la Seine (Direction des Affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e Bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, pièce 227), dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

Toute demande d'inscription parvenue après cette date ne pourra être accueillie.

Premier Congrès international des médecins amis du vin. (Lausanne, 26-31 août 1935.) — Le Comité d'organisation du premier Congrès international des médecins amis du vin vient de se réunir sous la présidence de M. le Professeur Portmann, président du Congrès.

Le Comité demande instamment à tous les médecins qui désireraient prendre part au Congrès de se faire inscrire le plus tôt possible et d'envoyer le titre de leur communication libre ou de leurs observations avec un résumé de vingt lignes en français.

Adhésions et communications devront être adressées à M. Léon Douarche, directeur de l'Office international du vin, 1, place du Palais-Bourbon, Paris (VIIe).

Le programme du Congrès comprend les trois questions suivantes :

Les vitamines du vin, par le Professeur Baglioni (Rome) ;
Le vin dans les maladies de la nutrition, par le Docteur Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris.
Le vin en psychiatrie, par le Docteur Anglade, de Bordeaux.

Le Congrès tiendra ses séances à la Faculté de médecine de Lausanne les 26, 27 et 28 août 1935. Il sera suivi de trois journées d'excursions dans le vignoble au tour du Lac Léman et dans le Valais. Des excursions facultatives seront organisées à des conditions particulièrement favorables pour les congressistes à Zermatt et dans l'Oberland bernois.

Le prix de la carte de congressiste est de 100 francs français elle donne droit à la participation aux travaux du Congrès, au banquet de clôture, au transport des trois journées d'excursions et aux publications du Congrès. Chaque congressiste a droit de faire bénéficier sa femme et un autre membre de sa famille des avantages du Congrès, en souscrivant pour chacun, une carte de 80 francs français qui ne donne pas droit aux publications.

Des prix spéciaux seront accordés aux Congressistes par les hôteliers lausannois ; des réductions de tarif sur les voies ferrées et les lignes maritimes sont également prévues.

Le programme détaillé sera publié fin avril.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Douarche, secrétaire général administratif du Congrès, 1, place du Palais-Bourbon, Paris (VIIe).

Le Comité d'organisation invite tous les groupements médicaux s'intéressant à la défense du vin dans les divers pays, notamment dans les pays viticoles, à participer aux travaux du Congrès, les assurant d'un accueil cordial avec la traditionnelle simplicité de l'hospitalité helvétique.

Une rue Magnan à Suresnes. — Magnan mourut à Suresnes dans la Maison de santé qu'il avait fondée.

Appelant ces souvenirs, M. Henri Sellier, conseiller général de la Seine, et Maire de Suresnes, considérant que le Docteur Magnan qui fut pendant quarante ans environ chef de service de l'Admission à l'Asile clinique de Sainte Anne, a notamment fait progresser d'une manière considérable les méthodes d'observation, de persuasion et de douceur dans le traitement des aliénés

— Considérant qu'à l'occasion du centenaire de sa maison, il est justifié de pérenniser sa mémoire dans la commune qu'il a habitée longtemps et où il est décédé, en donnant son nom à une voie voisine de l'établissement qu'il a fondé et dirigé, a décidé que le nom de Magnan serait donné à une rue de Suresnes.

Nécrologie. — Docteur Pierre MERMET, de Lons-le-Saunier (Jura), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Docteur

Marcelino WEISS Y GRAMATGES, professeur de stomatologie et fondateur de l'École de chirurgie dentaire de Cuba. — Docteur Arnaud-Edmond ROUTIER, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris, dans sa 82e année.

BIBLIOGRAPHIE

Education physique. *Principes techniques généraux*, par Marguerite DESPAUX. 1 vol. in-16 de 112 pages avec figures. 7 fr. 50. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

« Ce petit livre n'est pas un manuel », expose l'auteur, qui s'est contenté d'écrire une sorte de guide sommaire des inattaquables principes généraux qui sont à la base de l'éducation musculaire, comme le syllabaire est à la base de l'intelligence littéraire, comme le solfège est à la base de l'harmonie et de la symphonie dans le monde des sons.

L'éminent universitaire qui en a écrit la préface a noté le caratère purement scientifique de cette substantielle contribution au complexe problème de l'E. P. d'un professeur exceptionnellement expérimenté. Mlle Despaux s'étant inspiré de ses connaissances acquises pendant toute la guerre dans un centre de rééducation des mutilés ; ensuite, en suivant les cours de l'Institut d'Education Physique de l'Université Royale de Gand, puis dans les écoles surpeuplées du Nord (Lille, Douai, Tourcoing, Roubaix) et enfin dans les écoles : primaires supérieures, normales et à l'Institut supérieur d'éducation physique de l'Université de Bordeaux.

Dès sa publication, le livre de Mlle Despaux a été accueilli avec faveur par de hauts fonctionnaires du département de l'Education nationale, qui ont confirmé les appréciations formulées par le préfacier, et souligné l'opportunité et l'utilité de cet excellent ouvrage « riche de science très profonde, mais très simplifiée et rigoureuse ».

Descartes : *Lettres sur la morale*. (Correspondance avec la princesse Élisabeth, Chanut et la reine Christine.) Texte présenté, revu et annoté par Jacques CHEVALIER. Bibliothèque de philosophie. Un vol. in-8° écu de 360 pages, broché, 30 francs. Boivin et Cie, éidteurs, rue Palatine, Paris.

L'intérêt qui s'attache à ces lettres tient d'abord à ce qu'elles constituent le texte essentiel pour l'intelligence de la morale cartésienne, pièce capitale du système. Descartes, qui peut paraître, à première vue, un pur théoricien des idées, n'a jamais séparé, dans son esprit, les préoccupations pratiques de la recherche spéculative. Comme il le dit en maints endroits des *Règles*, du *Discours* et des *Principes*, son principal dessein était de rendre les hommes meilleurs et plus heureux. Mais, toujours circonspect, et soucieux de ne rien publier qui ne fût au point, il eût sans doute emporté dans la tombe le secret de sa morale sans l'occasion de cette correspondance avec la princesse Élisabeth de Bohême et la reine Christine de Suède, qui par leur fortune et par leur esprit comptent parmi les figures les plus intéressantes du XVIIe siècle.

Le temps, qui dégrade si vite les œuvres et les systèmes, n'a pas eu de prise sur ces lettres ; le lecteur pourra remarquer qu'elles demeurent, après trois siècles, aussi actuelles qu'à leur premier jour. C'est qu'on y trouve la philosophie ramenée à son véritable objet qui est de nous aider à vivre par une juste appréciation des biens et des maux et par un accroissement des forces de notre âme. Les progrès des sciences, les transformations matérielles et sociales, nous font trop perdre de vue que le problème posé à notre chétive nature n'a pas été modifié dans ses grandes lignes. Il s'agit toujours de savoir vivre, de savoir souffrir, de savoir mourir. La philosophie est quelque chose parce qu'elle peut nous aider en cela. C'est aussi pour cette raison qu'il y a quelque chose d'éternellement actuel dans les écrits des grands philosophes, dans ces lettres en particulier.

Il s'agissait précisément, pour Descartes, d'aider à vivre une princesse et une reine, dans des sorts différents. Fille d'un roi de Bohême qui perdit sa couronne dans une des plus fameuses débacles de l'histoire, soumise à l'existence misérable et humiliée des princes en exil, rongée par la neurasthénie, Elisabeth avait grand besoin des conseils du philosophe pour supporter son destin. Fille de Gustave Adolphe, reine de Suède, admirée de toute l'Europe, Christine put trouver dans ces mêmes conseils les forces nécessaires pour être supérieure à sa fortune triomphante et pour renoncer à son trône.

Ce qui donne sans doute à ces lettres leur plus haut prix, c'est la lumière qu'elles portent sur Descartes lui-même. Cet homme, qui fut si fermé, y retire le masque de froideur et d'impassible raison dont il s'était revêtu en un temps où la prudence était de rigueur, où d'autre part toutes ces sciences et la philosophie elle-même avaient un peu des allures de bottes secrètes. Avec Élisabeth surtout il est en confiance ; il lui livre, il nous livre ce qu'il avait de plus précieux, depuis les clefs de son algèbre jusqu'aux règles intimes de son hygiène, de son intelligence et de sa conduite.

En rassemblant, pour la première fois, sous un format commode, l'ensemble de cette correspondance, M. Jacques Chevalier, l'éminent doyen de la Faculté des lettres de Grenoble, bien connu par ailleurs pour ses beaux travaux sur Descartes, met à la portée du public lettré un document humain dont on peut dire qu'il est de premier ordre.



TRAVAUX ORIGINAUX

La fluorescence des sérums

Par M. BROCQ-ROUSSEU
Membre de l'Académie de médecine

La fluorescence peut être définie : une phosphorescence qui ne persiste qu'un temps très court (inférieur à une seconde) après l'éclairement.

Les documents sur la fluorescence ne sont pas nombreux ; nous signalerons aux chercheurs l'excellente monographie de Dhéré qui donne les spectres de fluorescence, les techniques à employer et l'état de nos connaissances sur les corps fluorescents, en général.

L'étude de la fluorescence des sérums normaux ou pathologiques a été à peine abordée. Elle paraît cependant présenter un intérêt évident, car il semble bien qu'elle puisse rendre quelques services en clinique ; elle aurait aussi l'avantage d'utiliser une méthode physique d'une précision beaucoup plus rigoureuse que nos méthodes d'investigation habituelles, et à ce titre seul cette étude mérite d'être poursuivie.

Le premier auteur qui se soit préoccupé de ce phénomène est Wels qui avait observé que la sérumglobuline, en solution avec NaCl, donnait une fluorescence bleuâtre. Il avait établi aussi que par l'irradiation avec la lumière totale de la lampe à vapeur de mercure, la fluorescence de l'euglobuline du sérum est augmentée ; cette élévation se produit après de petites doses et croît avec leur augmentation. Il est vraisemblable, dit-il, que les modifications de fluorescence de l'albumine et de ses produits de dédoublement deviennent les processus fondamentaux photochimiques de l'action biologique des rayons. La fluorescence des corps organiques se modifie conformément à leur constitution chimique.

Sterling, Okuniewski et Penska ont examiné 200 sérums humains, passés au filtre de Wood, à la lumière de la lampe de quartz. Leur technique est la suivante : ils posent dans une chambre obscure, sur une lampe de quartz, un écran métallique contenant un filtre de Wood, qui laisse passer des rayons de longueur $\lambda = 3650$ Å. A 5 cm. environ, ils placent une éprouvette de quartz remplie de sérum, et ils déterminent la couleur.

Tout sérum stérile, non hémolysé, donne une fluorescence bleu pigeon : si le sérum est microbien, la couleur tire sur le vert brunâtre. En ajoutant 1 goutte de cholestérine à 1/10.000, on n'obtient aucune modification ; l'action prolongée des rayons de Wood et l'exposition à l'émanation du radium ne changent rien à la fluorescence.

Le sérum des chevaux a la même fluorescence que celui de l'homme.

O. Reche s'est attaché à étudier la fluorescence des sérums produite par la lampe de quartz à vapeurs de mercure. Il a vu que, chez les individus sains, le sérum du sang ne présente qu'une fluorescence minime sous l'influence des rayons ultra-violets, mais que, par contre, les sérums provenant de malades montrent une très grande diversité de couleurs qui se manifestent particulièrement dans les tons jaune, vert et bleu.

L'auteur pense qu'il se trouve à la tête d'un nouveau moyen de recherches et que l'on pourrait arriver à une méthode de diagnostic basée sur la fluorescence des sérums, méthode d'autant plus intéressante qu'on pourrait reconnaître la maladie de très bonne heure.

Dans de nouvelles publications, cet auteur a pu montrer que le sérum sanguin de l'homme et des animaux, dépourvu d'hémoglobine, présente, sous l'influence de la lumière ultra-violette, des fluorescences très variées d'une extrême luminosité, particulièrement dans les teintes jaunes, vertes ou bleues. Il constate que, dans le sérum normal d'un individu sain, il existe une teinte de fluorescence bien définie.

Il pense que c'est la molécule d'albumine ou de globuline qui peut la donner et il est probable que ce sont les variations du quotient $\frac{\text{albumine}}{\text{globuline}}$ qui causent les changements de cette fluorescence.

W. Buchloh, sur les conseils de Reche, rechercha la coloration normale de la fluorescence des sérums sanguins d'individus sains. Il constata ainsi qu'un certain nombre de sérums montrent de fortes variations vers le bleu et l'étude de ces mêmes sérums indiqua qu'ils étaient d'une richesse anormale en graisses. Il en conclut donc que l'augmentation des lipoïdes produit un déplacement vers le bleu.

En règle générale, il a trouvé, comme Reche, que le sérum normal ne présente qu'une faible fluorescence dans le vert, avec de très minimes variations. Cette coloration des sérums normaux se trouve en moyenne vers la longueur d'onde $\lambda = 475$. Il a opéré sur 124 sérums de personnes saines.

La couleur de la fluorescence a été déterminée par Buchloh à l'aide du photomètre à degrés de Pulfrich.

Il propose de donner à cette découverte le nom de « phénomène de Reche ».

O. Reche et J. Schilling ont photographié les spectres de fluorescence des sérums pour analyser les longueurs d'onde et avoir ainsi des déterminations exactes. Ils ont constaté que des traces, même très minimes, d'hémoglobine modifient totalement la fluorescence et que ces sérums sont inutilisables pour ces recherches.

Ils opèrent avec un microscope à fluorescence adapté à un microscope à analyse spectrale. La durée de l'irradiation est notablement plus courte qu'avec le spectographe usuel. La source lumineuse se laisse dissocier par des prismes en un spectre très étendu que l'on peut étudier sous l'action du sérum humain.

Tous les sérums provenant de sujets sains donnèrent une fluorescence faible dans la teinte vert grisâtre. Cette teinte est due à la production de rayons jaunes et de rayons bleus qui, en se combinant, donnent l'impression du vert. L'optimum se trouve compris entre $\lambda = 450$ et 550. Ils ont observé, dans un sérum de malade, une fluorescence fortement bleue avec optimum à $\lambda = 430$.

Ces deux auteurs confirment les premières recherches de Reche montrant que tous les sérums de malades ont, contrairement aux sérums d'individus sains, une fluorescence très forte.

On voit donc, comme nous le disions au début, qu'il paraît possible de chercher des éléments nouveaux de diagnostic par la fluorescence des sérums.

BIBLIOGRAPHIE

W. BUCHLOH. — Fluoreszenzmessungen an gesunden menschlichen Blutseren. *Zeitschrift für Rassenphysiologie*, 1933, t. 6, p. 166.

Ch. DHÉRÉ. — Nachweis der biologisch. Wichtigen Körper durch Fluoreszenz und Fluoreszenzspektren ; in *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden*, 1933, p. 3097.

O. RECHE. — Fluoreszenzerscheinungen bei Blutseren. *Zeitschrift für Rassenphysiologie* 1 31, t. 4, p. 97.

O. RECHE. — Neues zur Entdeckung von Fluoreszenzerscheinungen bei Blutseren. *Radiologica* (Venezia), 1933, t. 1, p. 3.

O. RECHE et J. SCHILLING. — Weitere Untersuchungen über Fluoreszenzerscheinungen an gesunden menschlichen Blutseren. *Zeitschrift für Rassenphysiologie*, 1933, t. 6, p. 170.

S. STERLING-OKUNIEWSKI et Zofja PENSKA. — La fluorescence des sérums. *C. R. Société de Biologie* (Varsovie), 1931, t. 107, p. 289.

P. WELLS. — Der Einflusz kurzwelliger Strahlen auf die Fluoreszenz von Eiweiszkörpern und ihren Spaltprodukten. *Pflug. Arch.*, 1928, t. 219, p. 738.

P. WELLS. — Der Einflusz der Quarzlampenstrahlung auf die Fluoreszenz bestrahlter Zellen. *Pflug. Arch.*, 1929, t. 223, p. 369.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Psychopathologie collective [1]

Par le Professeur CLAUDE (Clinique Sainte-Anne)

Messieurs,

L'étude des délires à deux nous amène à vous donner en préambule, quelques généralités sur la psychologie collective ou plutôt sur les interréactions entre la psychologie de l'individu et celle de la collectivité où il baigne.

Dans le domaine de la pensée normale, on a depuis longtemps mis en évidence que la psychologie individuelle est sous un certain rapport, le reflet de la vie psychique collective. Même chez les esprits les plus originaux, on ne peut nier, même dans les domaines qui leur sont les plus propres un certain conformisme aux idées du milieu auquel ils appartiennent. Inversement la collectivité peut parfois accepter d'un individu, certaine contrainte psychologique. La communauté d'idées, d'intérêts, de passions favorisent nettement ces échanges psychologiques.

Comme toujours le passage du normal au pathologique se fait d'une façon insensible, et les cas-limites sont d'appréciation difficile. Il peut s'agir de folies collectives étendues comme il en a souvent été observées : folie religieuse, névrose révolutionnaire, folie hystérique, épidémie de sorcellerie, phénomènes occultes. C'est là qu'apparaît de la façon la plus nette cette loi commune des interréactions des diverses personnalités qui jouent leur rôle dans la vie sociale. Et, d'autre part, il semble que par une sorte de phénomène de répercussivité, les courants d'opinion se font souvent en bloc, conformément à des affinités préétablies, d'autant plus que dans ces conditions la puissance est augmentée par le nombre et l'effort individuel diminué.

Ces folies collectives peuvent être limitées à quelques sujets. Et là il faut distinguer deux ordres de faits : d'un côté les cas de folies individuelles survenant dans le même milieu, mais indépendantes les unes des autres. D'un autre les cas de folies à deux, à répercussion réciproque, celles où l'élément important est constitué par les actions et les interréactions de ces sujets les uns sur les autres.

Les variétés en sont très nombreuses. Nous allons vous en décrire quelques-unes avant de défiler sous vos yeux les quelques malades qui en seront l'illustration.

I. Le type le plus fréquent est la *folie contagieuse*, décrite en 1877 par Lasègue et Falret. L'état psychopathique — généralement délirant — d'un sujet gagne un ou plusieurs autres. Le premier malade est l'élément actif ou inducteur, l'autre ou les autres sont les éléments passifs ou induits. Je vous cite le mémoire de 1877 :

« Dans les conditions ordinaires, la contagion de la « folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'es« prit. Elle n'est possible que dans des conditions spé« ciales ainsi résumées : l'un des individus est l'élément « actif ; plus intelligent, il crée le délire et l'impose pro« gressivement au second qui est l'élément passif. Il faut « que ces individus vivent ensemble pendant longtemps « dans une intimité complète et en dehors de toute in« fluence extérieure... ».

J'ajoute qu'il faut que le délire ait un caractère de vraisemblance, qu'il se maintienne dans les limites du possible pour être accepté du sujet passif. La plupart des cas, le deuxième malade est moins fortement atteint que le premier : c'est un faux malade, un aliéné par reflet qui, isolé de son pôle inducteur, pourra guérir.

II. Régis, dans sa thèse de 1880, a décrit les *folies similaires* qui seraient au fond les véritables folies à deux. Elles sont caractérisées par l'éclosion d'un délire — souvent de persécution — chez deux parents, ou deux individus ayant mêmes prédispositions héréditaires, vivant en contact intime, continu et soumis à des influences extérieures occasionnelles qui agissent sur eux en même temps et jouent à l'égard de la production de leur délire le rôle de cause déterminante. Il ne s'agit donc pas ici de contagion d'un élément sur l'autre : les deux éléments placés dans des conditions identiques réagissent pareillement, par le même délire.

III. Dans certains cas assez voisins des folies similaires, on observe que dans des conditions assez identiques deux individus réagissent pareillement par une psychose, mais cette psychose est très différente chez chacun. On a donné à ces troubles, qui sont différents bien qu'ayant même point de départ circonstantiel, le nom de *folies jumelées*. Notez que très souvent ces deux psychoses, bien que différentes, peuvent néanmoins se renforcer réciproquement.

IV. Les *folies gémellaires* ont été étudiées par Ball en 1884. Il s'agit de jumeaux qui présentent en même temps une psychose. Ball avait déjà noté les caractères suivants : les accidents explosent simultanément. Il y a un étroit parallélisme des conceptions délirantes et autres troubles psychopathiques. Chez chaque individu le délire évolue spontanément.

Soukanoff qui reprit la question en 1900 prétend que le développement du délire n'est pas nécessairement simultané. Un même trouble mental peut se développer chez des jumeaux mais à des époques différentes et dans des conditions de vie différentes. Demay, rapportant une statistique de quarante et un cas, montre que dans trois seulement des cas il s'agissait de psychoses dissemblables, et dans dix huit cas il s'agissait d'accidents maniaco-dépressifs.

V. Enfin il y a un dernier groupe, décrit par Baillarger, qui comprend les *folies imposées*. C'est alors la transmission d'une idée délirante et non d'un processus délirant. Vous savez qu'il faut toujours soigneusement distinguer un thème délirant de la psychose délirante. C'est ce thème délirant, fortifié par un appoint affectif, qui seul est contagieux. Il semble s'agir pour un certain élément morbide d'un phénomène de *résonnance à l'unisson* chez les deux individus.

Voici donc rapidement classées, les formes les plus habituelles de ces délires à deux.

Comme le nom usuel l'indique, il s'agit généralement de deux individus, parfois trois ou même quatre. Tout à l'heure, je vous parlerai d'un cas de délire à cinq. Le plus souvent ce sont les membres d'une même famille, et l'élément le plus actif, il faut bien le remarquer, n'est pas toujours comme le disaient Lasègue et Falret, le plus intelligent, mais celui qui a le plus vigoureux tonus affectif.

Le contenu de ces délires est très varié et n'a rien de caractéristique : idées de persécution, délires hypochondriaque, pseudo-mystique, mélancolique.

Quant au pronostic il est très variable. Dans les cas de folie contagieuse ou folie imposée, on doit être assez confiant pour l'élément passif. Celui-ci séparé de l'élément actif, on assistera à une réduction assez rapide et complète des idées délirantes. Dans les cas de folies simultanées, la séparation des malades ne s'impose guère car elle

(1) Leçon recueillie par M. Nodet, interne du Service.

est inopérante et c'est surtout à l'étude des composantes de la psychose qu'il faudra se référer.

On voit que toutes les folies à deux n'entraînent pas les mêmes conséquences sociales et médico-légales.

* * *

Nous avons actuellement à la Clinique plusieurs cas de délire à deux qui vont illustrer ces différentes formes cliniques ou psychopathogéniques que je vous ai proposées. Avant de les faire défiler devant vous, je veux vous rapporter deux observations récentes de Bailly, parues dans les *Archives roumaines de Psychologie*, et qui sont particulièrement caractéristiques.

La première observation, qui date de 1922, concerne un schizophrène qui communique son délire à sa femme. Celle-ci accepte le délire, le nourrit même et alimente ainsi le délire du mari qui se renforce. Mais ce qui prouve bien que seule l'idée délirante — imposée — la contamine, c'est que, séparée de son mari, elle guérit complètement. Son époux tombe au contraire de plus en plus dans l'incohérence paranoïde. Ce n'est donc pas sa maladie qu'il a transmise à sa femme, mais seulement un symptôme superficiel de cette maladie.

La deuxième observation, de 1934, a trait à deux sœurs juives qui mènent une vie étrange d'aventure, se disant poursuivies par la haine des Juifs. Elles sont persécutées parce qu'elles ont du sang divin, la cadette devant épouser un certain personnage qui a dû les aider dans leur misère et qui en réalité n'est autre que Jésus-Christ. Elles ont appris cela par des rêves.

L'aînée est une paranoïaque, schizoïde, chez qui les misères, les privations, les vexations ont orienté le délire. La cadette est une débile mentale, suggestible qui accepte les idées de l'aînée. Mais l'intérêt de ce cas réside dans la fusion intime des mentalités qu'elles expriment ainsi : « Nous sommes la même personne, affirme l'aînée, notre union est complète ; nous dormons dans le même lit, nous mangeons et nous pensons ensemble, nous partageons tout : joies, soucis, douleurs. Le désir de l'une est aussi celui de l'autre. Ce que l'une pense, l'autre le pense aussi ».

L'auteur fait aussi remarquer que la sœur aînée a des attentions maternelles pour sa sœur cadette, elle se sent obligée de la défendre, de la protéger. C'est son enfant. La cadette affirme aussi : « Nous sommes la même personne ».

Cette identification de deux êtres l'un dans l'autre se retrouve dans d'autres observations.

Le premier cas que je vais vous présenter concerne une mère et son fils, Mme Bes... est une paranoïaque réalisant depuis déjà de nombreuses années un délire interprétatif de persécution. Elle accuse également sa famille et ses voisins, car étant d'origine corse, elle est persuadée qu'il y a sous toutes ces persécutions une histoire de vendetta. Sa santé et celle de son fils sont surtout en butte aux menées des ennemis ; ils sentent des choses nocives dans leurs aliments, on veut les empoisonner et on y réussit partiellement, témoin tous les troubles digestifs qu'ils présentent. On est venu chez eux, il l'ont bien remarqué au nombre de tours de clef dans la serrure ; on a détérioré leurs casseroles. On leur fait manger de fausses lentilles. La mère a fait analyser son eau de Badoit. Elle croyait au début qu'on cherchait simplement à surprendre ses secrets de fabrication de corsets, mais maintenant elle se rend très bien compte qu'on veut lui faire du mal, à elle et à son enfant. N'a-t-on pas essayé de défigurer ce malheureux petit (il a dû être opéré d'une déviation de la cloison) et les cajoleries de ses tantes n'étaient qu'un prétexte hypocrite pour lui faire prendre des drogues qui l'ont empêché de grandir.

L'enfant, qui a 14 ans, a au début essayé d'enrayer le délire interprétatif de sa mère. Mais il s'y est laissé prendre. Il a actuellement une conviction fortement ancrée. Il en parle avec une force, une énergie assez surprenante pour son âge. Il raconte volontiers leurs déménagements multiples pour fuir leurs persécuteurs, leurs ruses d'apaches pour faire la preuve matérielle qu'on pénétrait bien chez eux.

Ce qu'il y a ici d'intéressant, c'est qu'il ne s'agit pas seulement d'une contagion délirante. On retrouve chez l'enfant non seulement le délire d'interprétation de sa mère, mais toute son attitude paranoïaque. Et c'est beaucoup plus grave, car l'isolement des deux malades ne guérira pas l'enfant. Le délire de la mère, fruit de ses dispositions paranoïaques, a trouvé chez l'enfant un terrain identique où il n'a eu aucune peine à fructifier. Peut-être même a-t-il révélé à l'enfant ses propres tendances jusqu'alors ignorées ou non exprimées. Mais il est maintenant illusoire de compter guérir l'enfant complètement en le séparant de la mère : il est la double victime de son ambiance et de son hérédité.

Voici maintenant un autre exemple de délire à deux entre parent et enfant :

Mme R..., de 70 ans, et sa fille Marguerite, de 36 ans.

La mère présente un délire de persécution et de préjudice avec affaiblissement sénile. Elle a déjà été internée (avec sa fille) en 1931 et est revenue à la Clinique l'été dernier.

Voici les quelques thèmes permanents de son délire : vols répétés dans son appartement, tentative d'empoisonnement sur elle et empoisonnement de son fils mort en 1931. De plus on se moque d'elle dans la rue, on fait courir des bruits sur elle, elle serait une « avorteuse ». On note chez elle de nombreux phénomènes pseudo-hallucinatoires surtout dans le domaine auditif : on lui parle par les airs, on court sur les toits, sur les gouttières, on répète son passé en y ajoutant des choses infâmes. Ses actes sont commentés, parfois même prévus et énoncés avant qu'elle ne les exécute. Ses persécuteurs sont bien connus, c'est le ménage S..., il y a une machine derrière le mur et des tuyaux de téléphone. Au demeurant, la malade était considérée dans sa maison comme une brave femme.

Sa fille Marguerite, est au contraire jugée beaucoup plus sévèrement par les paliers et la loge. C'est un « poison », méchante, aigrie, fière, honteuse de sa condition, n'ayant aucune amie. C'est une débile, ou tout au moins une déséquilibrée à tendances paranoïaques.

Depuis 1927, travaillant dans une banque, elle se croit l'objet de persécutions assez imprécises : on se moque d'elle, on fait méchamment allusion à de petites plaisanteries dont elle est l'auteur. Elle a de nombreuses illusions auditives. Ces tracasseries amènent chez elle une morosité et une irritabilité croissantes avec des épisodes de dépression. Dans un de ces moments elle a envisagé la solution du suicide collectif. Actuellement elle renie la plupart de ces troubles, mais demeure nettement réticente sur bien des points. Elle critique avec pertinence l'état de sa mère, mais ne rectifie nullement ses propres errements.

Le cas de ces deux co-délirantes est assez différent des cas précédents. Leurs délires sont distincts et en pratique indépendants. La fille a commencé beaucoup plus tôt son délire d'interprétation et l'a toujours joué sur le mode paranoïaque. Sa mère est avant tout une sénile et ses interprétations, qui justifient le préjudice dont elle se déclare victime, n'a rien de l'agressivité, de l'activité sthénique de celles de sa fille. La fille entraîne parfois la mère, la provoque, lui donnant par ses griefs un aliment pour son délire, mais chacune garde sa coloration morbide personnelle. Ce sont deux délires simultanés, jumelés, qui *résonnent* parfois à *l'unisson* quand les deux malades sont sensibles aux mêmes circonstances extérieures.

Dans le troisième groupe de malades que je vous montre, il s'agit aussi de deux folies jumelées : ce sont deux sœurs, deux schizophrènes âgées de 25 et 23 ans.

C'est la cadette, Aline, qui a manifesté la première des tendances pathologiques. Studieuse et normale jusqu'à l'âge de 13 ans, s'éprend brusquement et violemment de sa maîtresse de dessin. De nombreuses lettres enflammées, qu'elle n'envoie du reste pas, témoignent de ses tendances homo-sexuelles. En même temps elle devient distraite, son caractère change, ses parents doivent la retirer du lycée.

A cette époque Aline fait une première fugue où, grâce à de l'argent volé à sa mère, elle vagabonde pendant trois jours, et finalement revient chez son professeur de dessin où sa mère vient la reprendre. Nouvelle fugue quelque temps après. Elle s'occupe ensuite d'éducation physique et à cette occasion s'éprend d'une camarade plus âgée. A la maison, elle devient de plus en plus difficile et boudeuse ; elle va jusqu'à rester dix jours sans manger à la suite d'une remontrance.

En novembre 1930 elle est placée dans une maison de santé où elle s'éprend de la fiancée d'un médecin.

Six mois plus tard, sa sœur aînée, Claire, vient la rejoindre. Cette dernière, peu communicative et assez brillante dans ses études, a subi un brusque fléchissement intellectuel. Son activité devient minutieuse, minimisée, puis complètement réduite. Sa vie va se passer désormais entre les maisons de santé et, plus tard, l'Asile. Aline n'y fera que des passages épisodiques. Entre deux séjours, elle refait une nouvelle fugue, après avoir dérobé 2.000 francs. Elle est de nouveau amoureuse de la femme d'un de ses médecins et vient passer une nuit devant sa porte couchée sur le paillasson.

Différents scandales amènent son internement en province, puis à Paris, ici à la Clinique : elle oppose le tableau d'une inertie stuporeuse avec aspect catatonique, mutisme, refus d'aliments, gâtisme, peut être simulé.

Réclamée par les siens, elle sort brusquement de cet état. Les deux sœurs, dont l'aînée présente progressivement un état plus grave, sont reprises par leurs parents dont elles rendent la vie extrêmement pénible. Finalement, profitant de leur absence, Aline amène sa sœur à Paris. A la suite de difficultés avec leur hôtelier, les deux sœurs sont internées à la Clinique (septembre 1934).

Dans le service, Aline se montre lucide, calme. Elle parle avec pertinence, lentement et posément, d'une voix très monotone. Elle conteste son internement et celui de sa sœur « qui fait exprès de paraître malade, en manière de protestation » affirme-t-elle. Elle témoigne une indifférence complète pour ses parents : elle se refuse à envisager autre chose que la pension mensuelle qu'ils devraient leur servir.

Claire offre un aspect catatonique assez typique avec mutisme et opposition rigoureuse, elle gâte et ne s'alimente que de liquides. Son amaigrissement devient considérable.

Comme vous le voyez, les deux sœurs ont présenté parallèlement, mais avec une évolution différente, non synchrone dans ses phases, un état schizophrénique avec éléments catatoniques passagers chez la cadette, plus durables chez l'autre Il est à remarquer que la cadette nie le caractère pathologique de l'état pseudo-catatonique qu'elle a présenté en 1933.

Il pourrait être intéressant à ce propos d'essayer de déterminer ce qu'il y avait de « volontaire » dans cet état, et d'une façon plus générale de critiquer ce qui peut être étiqueté de « volontaire » dans le comportement d'une schizophrène.

Ce qui ressortit surtout à notre sujet dans cette observation, ce sont les réactions réciproques entre les psychismes des deux sœurs.

Jusqu'en 1933, elles vivaient en assez mauvaise intelligence. On ne peut donc pas parler de sujet inducteur. Depuis deux ans, tout est changé : Aline exerce sur Claire une domination complète et constante. Les tendances homosexuelles de l'une, l'engourdissement psychique de l'autre expliquent probablement cette emprise et cette soumission. Les deux sœurs forment un bloc hostile à toute intrusion étrangère, familiale ou médicale. Indépendamment de l'évolution différente de leur psychose, il est assez curieux de voir leur attitude de bouderie se renforcer par inter-réaction réciproque.

Voici encore deux sœurs, deux jumelles cette fois, dont je vous donne brièvement l'histoire. Ce sont deux jeunes filles de parfaite moralité, d'instruction assez décousue. Elles font après la guerre un séjour en Angleterre et c'est à leur retour que leur délire se manifeste de plus en plus bruyamment. Elles ont toujours été très attachées à leur père qui est mort, mais ont au contraire une haine constante pour leur mère, haine rétrospective même puisqu'elles lui reprochent des faits antérieurs à son mariage.

A propos d'héritages paternel, grand-paternel et avunculaire, les deux sœurs se dressent contre le reste de leur famille : mère, frère, sœur.

Elles quittent la maison et se laissent entraîner à toutes les fantaisies procédurières, toujours persécutées, quel que soit le résultat des jugements. Elles viennent à Paris faire leur droit et acquièrent un jargon qu'elles opposent triomphalement à tous ceux qui n'y sont pas familiarisés. Elles écrivent de multiples lettres, menaces, suppliques aux ministres, avocats en renom, leaders politiques, au doyen de la Faculté de droit. Leur dossier s'accumule à la Préfecture cependant que la Police les garde doucement à vue. Par suite des héritages contestés mais jugés, elles ont 4 à 500.000 francs chez un agent de change. Elles refusent les intérêts qu'il leur offre mais le traitent publiquement de voleur. Pendant que cet argent intouchable fructifie, elles vivent dans la sordidité la plus miséreuse. Elles sont vêtues de haillons innommables, leur chambre empeste au point de provoquer des protestations de voisins. Depuis un an elles vendent l'*Intran* et *Paris Soir*, et tout l'argent qu'elles gagnent (40 francs par jour) passe entièrement en nourriture. Elles ont un bagoût infernal, commentent les éditions qu'elles vendent, amusent leurs acheteurs, bref ont un tel succès que le directeur de l'*Intran* paye leur chambre. Elles sont du reste ravies de leur sort, acceptent avec bonne humeur ce dénuement extrême. Elles se préoccupent seulement de remettre en cours leur procès.

Par ailleurs leur fond mental est excellent, leur mémoire fidèle. Le délire se ramène donc à des idées de revendication et de quérulence à base processive, procédurière, alimentée par leur haine familiale. Il faut noter quelques idées de persécution à base interprétative (les voisins leur envoient des gaz). Le tout évolue sur un fond sthénique, hypomaniaque mais la plupart du temps coloré de bonne humeur et de jovialité.

Plusieurs points sont intéressants à souligner. C'est, d'une part, l'intrication complète de leurs deux vies : elles se ressemblent, ont même allure, même voix, *même écriture* et si j'ose dire, même pensée. Il est extrêmement facile de les écouter, chacune reprenant la phrase là où l'autre la laisse. A l'Ecole de Droit, elles s'étaient fait remarquer par l'exactitude avec laquelle elles tournaient ensemble les pages de leurs cahiers. Jamais de contradictions entre elles. Elles s'aiment du reste profondément et reconnaissent que leur solide amour mutuel a été leur seule sauvegarde dans l'adversité.

Leur délire, en lui-même, est très remarquable comme exemple des confins où une logique procédurière peut mener. Elles revendiquent avec intransigeance la restitution totale de leur part. Elles n'admettent aucune concession ni de nécessités d'attente et elles préfèrent une misère inqualifiable plutôt que de toucher à des revenus importants tant qu'elles n'auront pas obtenu justice sur tous les points.

Enfin il est difficile également de parler ici de sujet inducteur et de sujet induit. Elles sont aussi semblables que deux êtres peuvent biologiquement l'être. Elles ont été soumises à la même ambiance, aux mêmes chocs, et

leurs tempéraments très proches ont réagi dans des perspectives identiques. Elles ont formé à elles deux un bloc de résistance où elles se renforçaient mutuellement. Délires gémellaires, mais encore délires jumelés, qui les ont amenées à cette profonde déchéance sociale.

Et pour terminer ces présentations, voici un délire non pas à deux, mais à cinq. Il s'agit d'une psychose de sorcellerie et d'envoûtement dans une famille composée de la mère, de la fille et du gendre, du fils et de la bru. Les persécuteurs sont avant tout un prêtre, ancien ami de la famille, son secrétaire et un médium forain. Le prêtre est responsable de la mort du père, survenue il y a quelques années. Depuis il étend ses maléfices sur tous, sur la santé des uns, sur la situation des autres, et fait plus grave, il a fait des propositions intolérables à la mère et à la fille. Un médium a été consulté pour détourner cet envoûtement, finalement le prêtre et lui se rejettent l'un sur l'autre la responsabilité de toutes ces actions nocives. Mais les hommes de la famille perdent patience, ils déposent une plainte à l'Archevêché, vont faire du scandale chez le médium, menacent l'abbé, achètent un revolver, toutes manœuvres qui en fin de compte les amènent à l'Infirmerie du Dépôt.

La mère est un élément des plus actifs du délire. Depuis la mort du père c'est elle qui dirige la famille et la tient sous une forte influence matriarchale. Elle a connu par intuition l'action d'abord heureuse du prêtre (il a guéri miraculeusement son gendre) puis néfaste. Il a jeté un sort sur eux tous. Il a tué son mari et maintenant la veut comme maîtresse. Cet élément érotomaniaque se traduit par des rêves et des rêveries érotiques ainsi que des pseudo-hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques empruntant les mêmes thèmes.

La fille participe aussi activement au délire de sa mère. L'abbé, depuis six ans, la torture par des salpingites, métrites dont elle souffre cruellement. Il lui a également proposé d'être sa maîtresse. Après son refus il l'a vouée au Diable. Pour savoir la vérité elle va trouver le médium, qui lui a révélé le rôle du prêtre dans cet envoûtement. Mais vite elle voit qu'ils sont tous les deux complices. Dans un demi-rêve, la nuit, elle voit et entend l'abbé, et même prétend avoir des rapports sexuels avec lui et avec un chien.

Elle a convaincu son mari de la réalité de ces troubles. Ce dernier est un bon débile suggestible qui accepte tout le délire de sa belle-mère et de sa femme — en y ajoutant quelques interprétations personnelles. C'est lui le bras vengeur, et son exaltation l'amène à des réactions multiples et agressives dont je vous ai parlé plus haut et qui ont précipité l'internement.

Le fils a accepté également tous les dires des deux femmes. Lui-même est un psychasthénique avec des tendances obsédantes et impulsives : idée, sinon envie, d'arracher les yeux de sa mère, de couper une jambe au cadavre de son père. Il reconnaît avoir l'intention d'imiter les crimes appris par la lecture des journaux. Il se croit envoûté maintenant et prête main-forte à son beau-frère pour faire le guet et surprendre l'abbé.

Sa femme est une petite débile, puérile et suggestible, qui a accepté passivement les affirmations de l'entourage. Elle croit volontiers à la possibilité de l'envoûtement et ne demande qu'à rattacher à l'influence mauvaise du prêtre tous ses petits ennuis.

Voici donc cinq personnes délirantes : c'est une famille très unie, dont chaque membre réagit normalement sur l'ensemble, surtout quand il s'agit de sujets où l'honneur et la tranquilité de tous sont engagés.

Dans la période psycho-pathologique qu'ils traversent, en pleine action, le délire paraît très actif chez chacun. Mais déjà maintenant, le caractère original de chacun se dessine. L'isolement de l'Infirmerie et de l'Asile a décanté chaque délire de tout ce que l'enrichissaient les interréactions réciproques. Chacun a été rendu à sa propre psychologie individuelle et comme on pouvait le prévoir, les éléments inducteurs ont gardé leur délire avec toute sa luxuriance, les éléments induits, dégagés de leur emprise collective, ont réduit notablement leurs affirmations.

Il est assez simple de voir actuellement que l'élément actif est la mère surtout et la fille qui présentent cette fixation érotomaniaque pour un prêtre avec toutes les idées de persécution et de revendication qui en sont découlées.

La mère est une femme énergique, une *mater familias* qui domine de très haut son fils, un débile, et son gendre, un psychasthénique. Ils vont la suivre tête baissée. La petite bru, très débile, suit le mouvement, mais elle est à peine effleurée par le délire.

Vous voyez donc là un très bel exemple de délire collectif qui résume toutes ses caractéristiques : individus vivant ensemble, soumis aux mêmes influences, dominés par les mêmes circonstances, portés par les mêmes intérêts. A la faveur du caractère particulièrement réceptif de certains, le délire authentique de certains fait tache d'huile sur les autres, se propage, devient un bien commun auquel chacun s'alimente et que chacun nourrit.

Du point de vue social, vous concevez que l'internement s'impose. L'isolement va être très profitable aux « induits ». D'ici peu nous rendrons très vraisemblablement à la société les deux débiles et le psychasthénique. Pour la mère et la fille, le pronostic est bien plus réservé, c'est celui d'une psychose ordinaire. L'isolement leur sera également bon, il ébarbera leur délire de tous les apports de l'excitation collective, mais rien ne peut encore faire prévoir, surtout chez la mère, que l'on puisse obtenir la réduction totale du noyau initial. Nous retombons alors dans les décevants pronostics de la psychiatrie courante.

VARIÉTÉS

L'effort individuel

Par le Docteur F. CATHELIN
Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie
Ancien chef de Clinique de la Faculté

> « L'enfer de notre individualisme
> « est plus agréable que le paradis
> « de la collectivité. »
>
> SIEBURG.

Pour avoir le droit de parler de l'effort individuel, il faut avoir fait soi-même un gros effort. Il faut surtout n'avoir été aidé par personne et il faut, encore mieux, avoir réussi pour que le poison de l'envie ne puisse corroder la carapace de votre cerveau.

Il faut être un homme inattaquable, tout au moins par devant.

***

Ce que je veux donc surtout, c'est opposer ici l'effort individuel à l'effort collectif, ce dernier n'ayant jamais engendré quelque chose de beau ou de grand, le premier au contraire ayant seul suscité les plus belles choses.

Rappelons-nous toujours à ce sujet le titre d'un des nombreux ouvrages de Le Dantec, ce puissant esprit qui a écrit de si grandes vérités : « L'égoïsme, seule base de toutes les sociétés ». Ce n'est malheureusement que trop vrai, non

seulement dans l'histoire des peuples mais aussi dans la vie des hommes.

On ne respecte que son effort propre, mais non celui des autres.

De même que l'enfant tient à son jouet, de même que l'homme tient à sa maison ou le paysan à son champ, le savant tient à ses idées, à ses créations, à sa production avec autant d'intensité que l'artiste savoure son tableau ou caresse son bloc de pierre.

« Dépossession, a écrit Grasset, est le mot le plus dur que l'homme puisse entendre. »

Or, on entend parler depuis quelque temps surtout du côté des chirurgiens, du travail en commun et de la médecine de groupe, aux dépenses somptuaires que nécessiterait l'installation du chirurgien moderne.

Tout cela, ce sont des thèmes de rhétorique qui font très bien devant une assemblée féminine ou devant un parterre de profanes ; c'est de la littérature au goût du jour ; c'est une adaptation vicieuse de nos conceptions actuelles sur la spécialisation chirurgicale, mais en réalité, on reste alors très loin de la vérité.

En mécanique, dans les sciences physiques ou chimiques *appliquées*, l'effort collectif est évidemment nécessaire et indispensable.

On ne se représente pas Renault, Michelin ou Citroën travaillant seuls dans leurs ateliers.

En science c'est tout le contraire ; l'effort collectif n'a jamais rien produit. Il ne produira jamais rien.

L'effort individuel est tout et triomphe toujours et partout.

Il n'y a pas d'exemple d'un fait scientifique important sortant d'une collectivité.

La microbiologie est l'œuvre d'un seul homme, le radium fut trouvé par un seul, à cerveau bicéphale ; toutes les opérations chirurgicales d'exérèse de la deuxième moitié du XIXe siècle, furent chacune l'œuvre d'un seul homme qui y a attaché son nom.

Et qu'on ne nous dise pas que ceci est du passé et ne se reproduira plus, car nous répondrions que la belle découverte de la guérison de l'intoxication par l'amanite phalloïde est due encore à un isolé, provincial et est toute récente.

Si nous jetons un regard sur les sciences naturelles, voisines des nôtres, nous trouvons Tremblay avec son histoire surprenante de l'hydre d'eau douce ; nous trouvons Peyssonnel avec sa découverte — à laquelle Réaumur ne voulait pas croire, — de la nature animale du corail ; nous trouvons encore Dutrochet avec l'osmose et Boucher de Perthes avec la découverte de la zoologie préhistorique. Tous étaient des isolés dans leur province.

Nous trouvons enfin Cuvier qui déchiffre l'énigme des ossements rencontrés dans les carrières de Montmartre, et nous pourrions ainsi multiplier à l'infini ces exemples.

Dans tous ces cas, il s'agisssait de savants pauvres — trop pauvres pour le luxe d'une équipe, — sans même de laboratoire à proprement parler.

Le laboratoire de Jenner, à Berkeley en Angleterre, était une hutte de bûcheron, et Yersin trouva son bacille pesteux dans une paillotte chinoise.

Mais tous avait *la tête*, « cette carrière de stalactites calcaires » comme l'a écrit Oken, et tous germèrent au sein d'une médiocrité ambiante désespérante : « La médiocrité abondante, comme le dit mon grand ami Fernand Gregh, c'est le terreau ou pousse la fleur rare ».

Ce furent surtout des intuitifs, des imaginatifs, des théoriciens, mêmes des visionnaires, mais ce ne furent pas des collectifs.

J.-H. Fabre, n'a-t-il pas plus produit au cours de sa vie, que les vingt-cinq professeurs d'entomologie vivants à son époque ?

Le plus grand chirurgien de l'époque actuelle J.-L. Faure, doit-il son auréole à une équipe ? Gutenberg (alias Jean Gaensfleich) n'a rien produit tant qu'il est resté en équipe avec Schäffler et Jean Fuchs, le premier essayant de le dépouiller de son idée et le second de ses fonds péniblement amassés. Il n'est devenu grand que du jour où il pût dénoncer son contrat et redevenir seul et libre.

« Le Ciel ne se gagne pas sans risque, a-t-on écrit, à propos de l'œuvre de François Mauriac et ne cède qu'aux violents. »

L'Académie des sciences elle-même n'a-t-elle pas cru bon, au milieu du siècle dernier de se diviser en équipes pour, croyait-elle, faire davantage progresser la science. Il y eut des équipes de zoologistes, des équipes de botanistes, des équipes de géologues. Ce n'est qu'au bout d'une dizaine d'années où voyant qu'elle s'était trompée, elle cessa ce travail en commun qui n'avait rien donné et reprit l'ascension de ses hautes destinées.

Pasteur, Claude Bernard, Curie et beaucoup d'autres furent des individualistes ; c'est là même une loi de nature et j'ajouterai pour reproduire le mot même du Professeur Vincent, à propos du second, des visionnaires.

C'est ce qu'a exprimé avec beaucoup de sagesse et de bon sens le Professeur François Picard dans ses « Phénomènes sociaux chez les animaux, page 192 » :

« Il n'en est pas moins vrai, écrit-il, que certains groupements sociaux, par ailleurs très disparates, ne soient basés sur une contrainte, parfois seulement morale et librement consentie : internat de collège, bagne, vie monacale, théocratie de l'ancienne Judée, régime bolcheviste. On pourrait leur reprocher d'être artificiels, de tendre tout comme la ruche, vers l'automatisme et de faire violence à la nature humaine en n'accordant pas une part assez large à l'individualisme, à l'esprit d'indépendance morale inhérent à toute âme fière. Ils paraissent peu favorables à l'initiative, base de tout progrès intellectuel. »

Et Balzac dans ses « *Paysans* » a merveilleusement concrétisé sa pensée en écrivant : « Le coup d'œil de l'intérêt privé distancera toujours de vingt-cinq ans, celui d'une assemblée de législateurs. Quelle leçon pour un pays ! La loi émanera toujours d'un vaste cerveau, et non de 900 intelligences qui, si grandes qu'elles puissent être se rapetissent en faisant foule. »

Vouloir transgresser cette loi ne peut donner rien de bon, de même que malgré les équipes d'économistes et de banquiers, les lois économiques naturelles leur sont très supérieures, et abattent comme châteaux de cartes leurs plus beaux projets. La destinée nous mène mais nous ne la menons pas. L'équipe c'est du soviétisme médical, or nous savons dans un autre ordre d'idées où mènent ces théories néfastes qui constituent le plus beau retour vers la barbarie et l'époque néolithique. Je doute qu'il ne sorte jamais de la Russie moderne de sensationnelles découvertes ou de nouveaux Pawloff.

L'équipe, c'est l'organisation des abeilles, des fourmis et des termites. Le résultat semble majestueux surtout quand il est décrit par Maeternick alors qu'au fond c'est toujours le même thème sur le plan de la routine.

Il faut des équipes au Bon-Marché ou à la Samaritaine, c'est incontestable mais tout cela équivaudrait à 0 sans un Boucicaut ou un Cognac primitif. Ceux-là n'avaient pas d'équipes, n'empêche qu'ils ont créé ce qu'aucune équipe actuelle ne peut produire.

L'équipe, c'est quelque chose de secondaire ; c'est une résultante ; *ce n'est pas un point de départ*. Ce dernier est toujours individuel ; c'est l'idée, c'est l'étincelle, c'est l'hypothèse, c'est le plan, c'est la méthode.

L'équipe, c'est l'association, or l'association est négative dans son essence ; elle est vouée tôt ou tard à la dissolution, comme toute société bancaire mais la Science n'est pas une société en commandite.

Voyez même les équipes gouvernementales ? que trouve-t-on comme bilan ? Un insuccès déplorable, une déficience générale, la liquéfaction des budgets, une production raréfiée, une marche défectueuse, la volatilisation des résultats.

Voyez les chemins de fer où il n'y a que des équipes ?

Voyez les monopoles d'Etat dont les bilans sont à peu près tous négatifs.


PHYTOSPLÉNOL
PLE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE
GÉNÉRAL ET RECALCIFIANT

Voyez à côté, ceux des grandes maisons individuelles, à base solide et bien construites ? La richesse, l'organisation supérieure, le rendement superbe.

Je réclame pour le cerveau.

Les équipes, c'est la collectivité ; or, il ne faut pas connaître l'âme humaine pour croire à ses bienfaits. L'idée en est aussi ridicule que celle du suffrage universel ; c'est cependant l'idée de la masse mais cela importe peu. Comme le dit Marcel Prévost (1) : « Cette troupe vaine et turbulente, c'est un vol de moustiques sur une statue. Un coup de vent chasse les moustiques et la statue demeura. J'aime l'âme immortelle de Paris ».

Il est bien certain que jamais, au grand jamais, la guérison du cancer ne sortira d'un Institut du cancer. Ce qui en sortira, ce sont des travaux honorables et utiles de détails, que je comparerais volontiers à ceux de ces jeunes zoologistes très méritants qui passent des journées entières, penchés sur un microscope à compter le nombre des poils des pattes postérieures d'arthropodes.

Ceux donc qui, contre toute idée saine, peuvent encore défendre ces organisations modernes, ne peuvent être que des personnalités qui automatiquement seraient appelés en cas de création à diriger ces futurs Instituts.

Est-ce que Copernic avait à ses côté une équipe d'astronomes ? Et cependant ses découvertes découlent toujours de principes mathématiques inexacts ou de calculs faux, ce que n'aurait pas manqué de lui faire remarquer une équipe. Mais il avait mieux. Il avait l'intuition et fut « un bel exemple de l'étonnante chance qui, sans méthode, n'est dévolue qu'à ces sortes de génies », aussi Lucien Fabre, dans sa « Folie du sage » a-t-il pu merveilleusement écrire : « La révolution Copernicienne gardera toujours aux yeux de la race des hommes, le prestige de la fleur merveilleuse des épopées védiques qui jaillit tous les mille ans, sans graine, sans parents, miraculeusement belle et grande et qui contient dans ses pétales le secret de l'univers».

L'enfant est individualiste à sa naissance. Je sais bien que l'éducation cherche à réfréner en lui ce que certains faits qui en découlent ont de trop choquant.

L'homme tient à son bien, à son champ, à ce point qu'un grand peintre a pu dire que : « finir exige un cœur d'acier ». Notre paysan se fera tuer pour lui, mais jamais pour celui du voisin. Il ne faut pas connaître l'histoire des murs mitoyens pour penser qu'une équipe puisse réussir à produire quelque chose d'utile.

Si en temps de guerre, elle a eu un semblant d'existence et d'activité, c'est tout différent ; c'est qu'alors elle était *imposée* par les circonstances mais nous savons tous qu'en temps de guerre, les lois sont dites d'*exception*, c'est-à-dire mauvaises et inapplicables en temps de paix.

C'est l'histoire du cours forcé pour les billets de banque ou de la réquisition ou de l'expropriation.

Croyez-vous qu'un volume signé d'un grand Maître mais composé par des équipiers, vaille quelque chose ? Je rappellerai comme antithèses, les plus grandes découvertes des savants, à commencer par celle d'Harwey qui tenait dans trente pages au maximum (2) alors que les indigestes in-folios de nos médecins actuels s'entassent en s'encrassant dans les boîtes des marchands des quais avant d'alimenter les pilons.

Le travail des équipiers est un travail funeste. C'est un travail de moine inintelligent ou un travail de copiste de monastère. C'est un kaléidoscope dont les vues passent sans impressionner durablement la rétine.

Ce sont des images fugitives qui ne font que passer sur l'écran mais qu'un souffle anéantit. Fait plus grave : il y a du côté des équipiers, le désir de plaire au chef et cela seul est annihalateur.

(1) In *Art et Médecine*, le superbe magazine de notre distingué confrère le Docteur Debat.

(2) Dans le domaine de la géographie physique, Thoulet rappelle que le mémoire d'Elie de Beaumont qui en a fixé les principes et les bases n'avait pas cent pages.

L'indépendance est le facteur indispensable à tout progrès. L'avenir est aux isolés, mais aux isolés forts.

Si l'on adoptait l'idée de l'équipe, telle qu'en pense un jeune collègue dans un petit livre récent sur l'*organisation de la chirurgie* où d'ailleurs il redécouvre l'Amérique, ce serait la mort de 99 % des chirurgiens, surtout des chirurgiens provinciaux ; ce serait la mort de 99 % des malades.

Il faudrait plutôt à mon avis, si l'on tient absolument au terme et au principe de l'équipe des chercheurs, les uns comme les autres restant tous sur le domaine strictement individualiste.

L'équipe serait alors l'équivalent des hommes de métier qui par exemple pour le sculpteur dégrossissent le bloc de marbre avant qu'il n'en sorte un chef-d'œuvre, en se rappelant qu'il y a toujours un martyr *et un seul* au fond de toutes les découvertes.

L'effort individuel est donc tout. Je ne cesserai de répéter, contre certains sophismes qui sont de mode et de bon ton, que le seul effort individuel est générateur de progrès. L'organisation est indispensable, c'est entendu, mais ce qui lui est supérieur c'est le cerveau qui dirige.

Regardez les Allemands ? Ce sont d'admirables adaptateurs mais rien de plus.

Rien de mieux n'a été écrit sur ce sujet que par Georges Duhamel : « Tout ce qu'il y a de grand dans le monde humain est œuvre de l'individu, ou tout au moins conception de l'individu. L'histoire des groupes est désespérante, inhumaine. Alors que l'homme individu, depuis des siècles, se montre capable de sainteté, de maîtrise, d'abnégation, l'homme collectivité en est encore, dans ses tâtonnements, aux actions et réactions de l'animalité.

La conscience est individuelle. Abdiquer l'individualisme en cet instant du monde serait, pour un esprit clairvoyant, un acte de démission et plus exactement un suicide ».

Lisez également à ce sujet le remarquable article du grand penseur qu'est Nicolle (1) sur l'expérimentation en médecine. Vous y verrez des choses prophétiques de la plus haute vérité. Croyez-vous qu'un savant qui voudrait expérimenter sur l'homme une trouvaille de génie, va solliciter l'avis d'une Académie ? Quelle erreur ! Ce serait un suicide.

Il n'y a qu'une ombre au tableau, c'est que le chercheur, isolé au point de vue intellectuel, seul à seul avec ses pensées créatrices est isolé aussi au point de vue budgétaire. Personne ne le secourt. Même au cas d'une loterie ou d'une quête publique destinée à soulager les misères de nos laboratoires qu'a si bien dépeint notre grand maître J.-L. Faure, il n'y a rien pour lui, parce que pour recevoir quelque chose, il faut être d'un clan, d'une coterie, d'une écurie, en un mot d'une école. Le fameux : Malheur à l'isolé ! ne s'explique donc qu'à ce seul point de vue mais ne pensez-vous pas que c'est avec une joie délirante que Bernard Palissy dût brûler jusqu'à son dernier meuble pour payer l'ouvrier qu'il occupait et pour alimenter le four qui devait enfin lui révéler le secret de la fabrication des émaux ?

Les Ecoles sont toujours tyranniques, dans tous les temps et si à l'époque de Sydenham, ces écoles refusaient à Londres de l'inscrire parmi elles, sait-on — je me le suis laissé dire — qu'à la dernière conférence faite par Georges Claude dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, on ne remarquait presque aucun élève ou ancien élève de l'Ecole Polytechnique et cependant Claude ne vaut-il pas à lui seul plus de cent élèves de cette école ?

On raconte même que dans la Rome antique, aucun des écrivains qui fleurissaient à l'époque où Plutarque écrivit ses *Vies d'Hommes célèbres*, c'est-à-dire Perse, Juvénal, Quintilien, Sénèque, Lucain, Martial, Pline le Jeune — aucun ne cita jamais Plutarque qui fut par contre dignement honoré par Trajean et Adrien les deux grands Empereurs.

Il faut avouer qu'il s'est largement rattrapé dans la suite des temps !

Comme autrefois, il faut au chirurgien quelques aides,

(1) *Revue*, Paris, 15 avril 1934.

c'est incontestable mais rien n'a changé, malgré nos progrès.

Autrefois, il fallait un chimiste pour l'analyse des urines et c'était tout.

Aujourd'hui, il faut y adjoindre un radiographe et un histobactériologiste, mais c'est tout. Trois hommes au lieu d'un et, avec cela on fait de l'excellente besogne, ce qui est mieux, on guérit ses malades.

Ceux qui croient — j'en connais — qu'il faille un million d'installation pour être *à la page* sont des niais. C'est ce que mon maître Guyon appelait la course aux moyens, et personne mieux que lui ne pouvait en parler avec plus de vérité puisque cet homme, il y a cinquante ans faisait tous ses diagnostics sans le secours ni de la radiographie, ni du laboratoire, ni même de la cystoscopie et il les faisait *bons*.

Il les ferait encore aujourd'hui.

Il le faisait avec la seule force de la clinique mais la clinique, il faut l'apprendre, et cette étude est longue, il faut surtout la sentir, il faut s'en imprégner alors qu'aujourd'hui on se décharge trop volontiers sur le voisin pour le partage des responsabilités

Est-ce un progrès ? Je ne le crois pas.

A propos de l'instrumentation, rappelons qu'on peut faire de l'excellente besogne avec six instruments fondamentaux et six pinces. Le spécialiste certes a multiplié les modèles pour la rapidité ou la précision de techniques particulières, c'est entendu, mais le chirurgien reste bien lui-même et son équipe est un mythe.

J'ai donné autrefois de la chirurgie comme définition ! « l'art de faire quelque chose avec rien. »

Or, à mon avis, cette parole reste toujours vraie : les grands chirurgiens, ceux dont le nom restera, seront toujours les plus simples et les plus cliniciens. Les plus grands (1) étaient même estropiés.

Je ne parle pas de l'habileté manuelle que je suppose préformée chez les chirurgiens ; c'est un don de nature comme cela arrive pour les grands musiciens et les grands chanteurs, les grands littérateurs et les grands mathématiciens.

Qu'on ne nous cite pas à tout propos le cas des Mayo, que j'admire tant depuis que Pozzi les a fait connaître en France.

C'est là un phénomène spécial au ciel étoilé d'Amérique, absolument spécifique et *autochtone* mais absolument impossible à realiser en France. Un seul l'a tenté, — et bien qu'il eût du génie. — il n'a pas réussi.

Seuls, à l'aurore de la chirurgie moderne, les quelques apôtres qui ont été répandre à travers nos provinces les rites de la religion nouvelle ont pu, tels les Montprofit, les Delagenière, les Témoin et quelques autres se créer d'admirables situations, groupant le mouvement chirurgical de plusieurs corps d'armée mais cette chose-là elle-même, — ce que j'appellerais volontiers *l'ère des chirurgiens solitaires*, ne se reverra plus.

Il y a des temps révolus qui ne reviennent qu'à leur heure et des occasions qui ne reparaissent plus.

Il faut voir non seulement avec son siècle mais avec son temps, avec les idées régnantes, avec l'atmosphère qu'on respire, sous peine d'intoxication rapide ou graduelle.

Qu'on ne nous objecte donc plus le cas des Mayo, car je répondrais : et leur père ? Il valait ses fils Charles et William, il opérait aussi bien qu'eux. C'est lui qui les a formés. Ces derniers ne diffèrent donc de leur père que par le nombre de matériaux d'études et c'est l'impossibilité *matérielle* de ne pouvoir examiner tous leurs malades qui les a obligés à s'entourer d'aides nombreux et spécialisés, mais la main unique reste toujours là, mais le cerveau directeur reste seul.

* * *

Equipe ! La formule est peut être très démocratique, je l'aimerais plus lapidaire.

(1) Velpeau, Péan.

Equipe si l'on veut mais c'est un mot qu'il ne faut pas déformer pour faire croire à quelque chose de nouveau.

L'équipe a toujours existé ; elle existe toujours mais ce qui la domine, ce qu'il faut avant tout, c'est un cerveau synthétique, c'est un bras sans défaillance, c'est l'absence de peur des responsabilités, c'est le souci des détails, c'est la volonté d'aboutir : or tout cela c'est l'œuvre d'un seul.

Je remplacerais donc l'esprit de la ruche qui est le plus souvent un esprit aveugle, figé et fixé sans progrès et sans avenir, par le désir d'innover et la hantise du progrès, la joie de la découverte et le besoin de se survivre.

Quand on démolit, il faut construire. A la place de l'équipe en commun, je conseille : l'étude de la solitude, la ténacité dans l'effort, la prudence dans la marche, la conscience dans ses actes et la probité dans ses statistiques.

Je conseille surtout : l'organisation de la réflexion, la recherche du perfectionnement, l'obsession de la trouvaille, le calme dans la défaite, le courage dans l'adversité et la volonté de toujours remettre sur le chantier ce qui a trompé vos espérances avec le dessein bien arrêté d'aboutir.

Ce sont toutes ces « *forces* » qui sont génératrices de succès, créatrices de nouveautés, annonciatrices d'idées fécondes.

Disons donc « équipe » si vous voulez mais en spécifiant bien ou en sous-entendant — car d'aucuns s'y tromperaient — que l'équipe par elle même et même supérieurement organisée ne peut rien produire de vraiment grand.

Comme l'a si bien dit M. André Siegfried ; « l'individualisme ne se trompe pas et on ne fait rien de durable sans lui », et je m'en voudrais de ne pas citer en terminant, à propos de cet instantané de la vision divine éclairante une phrase des savoureuses causeries que M. Louis Gillet a écrit sur les Musées de Province dans la *Revue des Deux-Mondes* :

« L'instant de génie est celui où la forme divine se libère à moitié de ses voiles et commence le mouvement que d'autres achèveront dans la suite. Le reste est une affaire d'entraînement, d'automatisme, de surenchère, de virtuosité. Il y a au contraire dans le premier élan une initiative, qui seule se présente avec le caractère ravissant de la nouveauté ; c'est la minute vraiment inspirée, l'heure de la révélation. »

L'équipe *permet de vivre mais non de se survivre*. Ce qu'il faut donc, là comme partout ailleurs, c'est la tête qui est tout, c'est le cerveau qui dirige en direction utile et provoque des nouveautés, c'est en un mot l'*effort individuel*.

« Et maintenant que j'ai fermé le livre de ma vie chirurgicale publique, et que je n'ai plus rien à enseigner aux autres, j'aime encore à aller m'instruire, auprès des jeunes, des choses que j'ai mal connues. Cette curiosité d'esprit que j'ai toujours eue me semble toute naturelle, puisque, précisément, je l'ai toujours eue. Mais que n'ai-je pas appris auprès d'hommes comme Terrillon, Bouilly, Ricard, Terrier, Péan, Péan surtout ! et combien d'autres !

Cependant, je suis bien obligé de constater que cette curiosité n'est pas générale ! Au temps de ma jeunesse, quand j'avais l'habitude, peut-être un peu téméraire, de ne reculer devant aucune entreprise, et, plus tard, quand j'ai eu la certitude d'avoir apporté dans la technique de la grande gynécologie abdominale une précision nécessaire, combien ai-je vu des maîtres d'alors, ou de leurs élèves, qui devaient devenir mes collègues, combien en ai-je vu venir dans mon service ? Ils sont si peu nombreux que je serais capable de les citer encore de mémoire ! Je ne récrimine pas — je constate. Car, après tout, je n'y perdais rien ! Mais aujourd'hui que je plane au-dessus de ces petitesses, je sais tout de même quel bénéfice j'ai retiré de mes innombrables visites dans les services de Paris. Et c'est pourquoi je dis aux jeunes de faire comme moi ! On ne se diminue jamais en allant s'instruire aux côtés de ses maîtres, de ses collègues, de ses élèves même. On se grandit, au contraire, en augmentant son instruction, son expérience, et la valeur de ses connaissances techniques. » (Professeur Jean-Louis FAURE. Réponse aux discours prononcés à l'occasion de la remise d'une épée d'honneur.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Le diagnostic de coma diabétique est ordinairement considéré comme très facile : quand un diabétique tombe dans le coma et que l'abolition de la connaissance s'accompagne de dyspnée de Kussmaul, d'une réaction de Gerhardt dans les urines et d'un abaissement notable de la réserve alcaline, on pose sans hésiter le diagnostic de coma diabétique ; dans la grande majorité des cas le diagnostic fondé sur ce syndrome clinique et biologique est exact, et la confirmation en est donnée par l'action favorable du traitement insulinique. Il faut savoir cependant que dans certains cas le diagnostic peut être rendu très difficile soit du fait de l'absence de signes considérés comme essentiels, soit du fait de la présence de signes ne faisant pas partie du tableau habituel du coma diabétique. Une première notion qui doit être soulignée, c'est l'absence possible au cours d'un coma diabétique authentique de la réaction de Gerhardt: ce fait présente une très grande importance pratique, car, communément, c'est sur la réaction de Gerhardt que l'on se base pour distinguer le coma diabétique des comas non diabétiques. Cependant, à l'époque de ces premières observations, déjà anciennes, il manquait la notion de la réserve alcaline, en sorte que le diagnostic de coma diabétique n'était pas à l'abri de toute discussion.

Chez deux malades observés par les auteurs, les faits se déroulèrent ainsi qu'il suit :

La réaction de Gerhardt, négative au moment du coma, réapparut après la mise en œuvre du traitement insulinique pour disparaître enfin lorsque des doses suffisantes eurent été administrées aux malades. Il n'est donc pas douteux qu'au cours d'un coma diabétique authentique la réaction de Gerhardt peut faire défaut, au moins passagèrement.

Une deuxième notion qui doit être soulignée, c'est l'existence possible, au cours du coma diabétique, d'un syndrome d'insuffisance rénale. Le fait a d'autant plus d'intérêt que le coma, dont le diagnostic différentiel se pose au premier chef avec le coma diabétique, c'est précisément le coma urémique.

Enfin il faut savoir que le test, que constitue l'action toute puissante de l'insuline, peut lui même faire défaut, et qu'en dépit d'une thérapeutique impeccable le coma peut se montrer insulino-résistant.

Ce qui complique encore les choses, c'est l'éventualité de voir survenir au cours de certaines néphrites, et en dehors du diabète, un syndrome d'acidose très voisin de celui du coma diabétique, ainsi qu'une dyspnée de Kussmaul identique à celle que l'on observe dans le coma diabétique.

Quand telle ou telle de ces anomalies apparaît isolément il est relativement facile de dépister le coma diabétique et de poser un diagnostic ; mais par contre, lorsque toutes ces anomalies s'associent, les difficultés deviennent considérables. Dans un cas c'est la haute teneur du sang en corps acétoniques et l'action de l'insuline sur la réserve alcaline qui ont permis de poser le diagnostic ; parfois cependant le problème reste insoluble.

Il y a donc chez les diabétiques des comas acidosiques dont la cause nous échappe. Il y en a d'autres dont la nature diabétique, cétosique, ne peut être établie que par un ensemble de recherches où il faut associer la mesure de la réserve alcaline, celle des corps acétonique du sang, celle de l'urée du sang et surtout l'étude des variations de la réserve alcaline sous l'action de l'insuline.

(Marcel Labbé et R. Boulin. De la difficulté du diagnostic de certaines formes anormales du coma diabétique. *La Presse Médicale*, 15 septembre 1934.)

L'association d'une maladie de Biermer et d'un cancer de l'estomac a été plusieurs fois relatée. — MM. P.-Emile Weil et Jean Bernard ont eu l'occasion d'observer une maladie de Biermer typique dont le cours, heureusement influencé par le traitement hépatique, fut, après plusieurs années, brusquement interrompu par le développement soudain d'un cancer de l'estomac. L'anémie pernicieuse fut reconnue en 1926. En dépit d'incidents divers, neurologiques surtout, l'état du malade resta satisfaisant pendant huit ans. La mort survint en 1934 après une courte période d'aggravation. L'autopsie mit en évidence un cancer de l'estomac propagé au lobe gauche du foie.

Ces cas sont peu nombreux. Leur rareté s'explique aisément par la terminaison rapidement fatale de la maladie de Biermer avant les progrès récents de la thérapeutique.

On a conçu diversement les rapports de l'anémie pernicieuse et du cancer qui lui succède.

Le cancer apparaît à certains auteurs responsable de l'anémie pernicieuse, même quand celle-ci l'a longuement précédé.

Pour d'autres la coexistence, l'évolution successive du cancer et d'anémie pernicieuse ne seraient que coïncidences.

MM. P.-E. Weil et Jean Bernard proposent deux interprétations, l'une anatomique, l'autre fonctionnelle :

1° On peut imaginer que les altérations gastriques, que l'aphasie gastrique, notée de façon quasi-constante dans l'anémie pernicieuse, jouent un rôle identique à celui joué par ces inflammations chroniques. On est en d'autres termes amené à concevoir l'anémie de Biermer comme un véritable état pré-cancéreux.

L'estomac apparaît à la lumière des travaux récents comme un organe dont la physiologie est infiniment plus complexe qu'on ne le concevait classiquement. Il semble bien qu'on puisse dissocier sa fonctien hématopoïétique de ses fonctions digestives.

De même que, depuis les travaux de Widal, on a schématisé les syndromes cliniques en rapport avec chacun des troubles des fonctions rénales, de même pour l'estomac un tel groupement physio-pathologique et clinique pourra sans doute être réalisé. Dans cette conception qui ne saurait être considérée jusqu'à nouvel ordre que comme une hypothèse de travail, l'anémie pernicieuse apparaît comme le syndrome représentant un trouble localisé de la fonction hématopoïétique, les achylies des affections organiques de l'estomac comme le syndrome représentant un vice des fonctions digestives.

(P.-Emile Weil et Jean Bernard. Le cancer de l'estomac chez les biermériens guéris. *La Presse Médicale*, 19 janvier 1935.)

Il n'y a pas une encéphalite épidémique, mais de multiples encéphalopathies infectieuses et contagieuses. — La clinique d'abord, l'expérimentation ensuite, permettent d'en distinguer plusieurs types, provoqués par des ultravirus, qui, tout en appartenant à la même famille de germes filtrables à affinités névraxiques électives, et tous pathogènes pour l'espèce humaine, ne sont pas moins dissemblables du point de vue biologique.

L'encéphalite épidémique survenue en 1933 à Saint-Louis, Kansas-City et Paris (Illinois) paraît radicalement différente de l'encéphalite léthargique type von Economo, éclose en France, de 1917 à 1928. Elle l'est, également, de l'encéphalopathie humaine observée récemment au Japon.

Reste à savoir pour quelles raisons biologiques, certains ultravirus neurotropes subissent, dans la nature, des modifications de leurs affinités tissulaires, allant du *dermotropisme* obligatoire (type vaccine-herpès), au *neurotropisme* le plus électif (type virus encéphalitogènes et poliomyélitiques). C'est ce que de nouvelles investigations expérimentales ne tarderont pas à nous révéler, espérons-le du moins.

(C. Levaditi, Mlle R. Schoen et Jean Levaditi. Les encéphalites humaines épidémiques. *La Presse Médicale*, 8 décembre 1934.)

Thérapeutique

La splénothérapie dans certaines dermatoses (eczéma et urticaire principalement — et même dans l'asthme — peut donner des résultats surprenants, là où les autres traitements habituels ont échoué. C'est dans l'eczéma suintant qu'elle trouve son application la plus intéressante : dans cette dermatose elle se montre souvent d'une efficacité remarquable.

Par contre dans les eczémas chroniques secs (huit cas), il n'a pas été observé d'améliorations appréciables.

Les résultats obtenus dans le traitement de l'*urticaire* sont un peu moins satisfaisants. Il faut surtout employer les extraits de rate quand les autres méthodes thérapeutiques n'ont donné que des échecs ou des résultats franchement insuffisants. Il n'y a aucune indication particulière, du fait de l'ancienneté de l'urticaire, de la fréquence des poussées, de l'intensité des crises ; des cas d'urticaire très anciens, récidivants ont pu guérir en quelques années sans rechute ultérieure par des injections d'extrait splénique ; d'autres cas, par contre tout à fait comparables aux précédents, n'étaient en rien modifiés.

Seules les urticaires d'origine digestive peuvent être influencées par cette thérapeutique. Dans les urticaires émotives, dans celles provoquées par l'effort, la chaleur, le froid, les extraits de rate sont toujours restés sans effet.

Les extraits de rate ne semblent pas avoir d'action sur l'*œdème de Quincke* apparaissant en même temps que l'urticaire, ou évoluant isolément, sans éruption ortiée concomitante.

A noter la possibilité d'une action de l'extrait splénique sur un *prurit isolé* (prurit vulvaire ou anal), ainsi que sur le prurit si pénible qui accompagne les poussées de prurigo de l'enfant. Dans le prurit sénile, aucun résultat n'a été obtenu.

Une action favorable sur l'état général a été fréquemment notée. L'âge des malades ne semble pas intervenir : d'excellents résultats et des échecs ont été constatés aussi bien chez le nourrisson que chez le grand enfant, l'adulte et le vieillard.

L'ancienneté des lésions ne doit jamais être une contre-indication à la méthode.

Sur dix-sept asthmatiques soignés par les extraits de rate, quatre seulement ont vu leur état se modifier. Parmi eux se trouve un médecin, très enthousiaste des résultats qu'il a obtenus dans un asthme remontant à une trentaine d'années.

(Pasteur Vallery Radot et P. Blamoutier. Sur l'action de l'extrait très concentré de rate dans certaines dermatoses (eczéma et urticaire principalement) et dans l'asthme. *Paris Médical*, 8 décembre 1934.)

Les injections intraveineuses de carbone ont une action anti infectieuse remarquable. — M. Saint-Jacques de Montréal, à la suite des expériences faites sur les animaux par Coghlin, avait employé chez l'homme les injections intraveineuses de carbone animal dans un certain nombre d'états infectieux et avait obtenu de très bons résultats.

MM. Touraine et Ménétrel ont repris récemment les essais de Saint-Jacques. Ils ont constaté que les injections de carbone sont parfaitement bien tolérées, et que même des séries de dix à quinze injections n'ont jamais provoqué de réaction, ni locale, ni générale. Après avoir employé, comme Saint-Jacques, le charbon animal, ils ont, dans le but d'obtenir une action meilleure, utilisé un charbon plus « activé » et ils se sont servi d'un charbon végétal spécial, à petits grains, qui leur a paru avoir un pouvoir antitoxique plus considérable. Comme le noir animal, ce charbon est préparé en *suspension* à 2 p. 100, mais les suspensions sont faites dans du sérum physiologique et non pas dans l'eau distillée.

Les indications les plus formelles paraissent être les syndromes infectieux aigus, les dermatoses aiguës ou suppurées (streptococcies cutanées, pyodermites, impétigo, furonculose, érysipèle, eczémas aigus, etc.), les lymphangites, le rhumatisme infectieux, l'érythème polymorphe, les orchiépididymites et les salpingo-ovarites, enfin les septicémies. Dans les cas les plus heureux la température tombe très rapidement (dermites suppurées, érysipèle traité en période d'invasion) ; la douleur cède promptement (érysipèle, orchite, furonculose) ; les pyodermites sèchent en deux ou trois jours sans aucun traitement local, les lymphangites disparaissent aussi vite. Par contre, les collections suppurées ne sont que peu ou pas influencées.

Les résultats ne sont d'ailleurs pas constants, et les auteurs disent avoir essuyé quelques échecs, mais ils ont eu aussi dans de très nombreux cas des guérisons rapides et complètes, et, dans l'ensemble, les résultats ont été très satisfaisants.

Le traitement des états infectieux par le carbone intraveineux est d'un emploi facile et d'une innocuité absolue, même chez l'enfant. C'est là une méthode qui paraît intéressante et qui doit être essayée sur une grande échelle. Elle mérite de prendre bonne place parmi les thérapeutiques anti-infectieuses.

(A. Touraine et B. Ménétrel. Une nouvelle thérapeutique anti-infectieuse : le carbone intraveineux. *La Presse Médicale*, 12 décembre 1934.)

« Combien lisons-nous de ces lettres dont nous sommes envahis chaque jour ? Le même fabricant (de *spécialités*) en deux semaines m'adressa quatre lettres timbrées à 0 fr. 50 et il n'est pas rare de recevoir par le même courrier vingt-cinq lettres-réclame. L'un de nos fabricants m'avouait que chaque envoi lui coûtait 10.000 francs. Rien que les timbres ainsi dépensés représentent chaque année une somme *formidable*, dont le seul bénéficiaire est l'*Etat*. Une partie seulement de cette somme suffirait à assurer une large retraite aux médecins. » (Docteur Jean Boullard (de Vimoutiers, Orne). La retraite du médecin. *Journal des Praticiens*, 13 mars 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1935

Recherches sur les dystrophies alimentaires dystrophies « spécifiques » et dystrophies générales. — ***M. G. Mouriquand.*** — Les faits expérimentaux, appuyés sur les faits cliniques, montrent que les dystrophies par carence passent par une phase de dystrophie « spécifique » pure, curable, qui se double à un moment donné d'une dystrophie générale échappant à la thérapeutique « spécifique ».

Mais il paraît légitime de penser que cette notion peut s'étendre à la plupart des dystrophies (qu'elle qu'en soit la cause).

Il importe donc, au clinicien, de saisir la période plus ou moins brève, où la dystrophie reste dominée par son facteur primordial. Le plus souvent, si l'on peut agir sur ce facteur, le déséquilibre nutritif diparaitra avec lui. Plus tard (comme dans l'atrepsie du premier âge) la dénutrition s'installera dans ses processus irreversibles, échappant à toute médication « spécifique » ou non.

Les défaillances de la prophylaxie de la tuberculose à l'école. — ***MM. E. Lesné G. Dreyfus-Sée.*** — Les pédiatres ont souligné depuis longtemps le nombre de cas de tuberculose infantile pour lesquels la source d'infection familiale paraissait impossible à retrouver ; si quelques-unes des enquêtes paraissent insuffisamment démonstratives, il n'en est pas moins vrai que certaines tuberculoses semblent se produire chez des enfants n'ayant subi aucun contact familial suspect.

L'étude des lacunes de l'organisation de lutte contre la tuberculose à l'école permet de redouter qu'un certain nombre de ces contaminations puissent avoir été effectuées dans les écoles.

Il semble donc indispensable de reviser les règlements concernant la surveillance médicale du personnel scolaire, afin de renforcer les procédés de dépistage précoce de la tuberculose, tant dans l'intérêt des malades (maîtres ou employés que dans l'intérêt des écoliers).

Dans ce but, il serait utile de pratiquer des examens médicaux *méthodiques à intervalles réguliers* de tout le personnel scolaire (personnel enseignant et personnel de service) ; cette mesure mériterait d'être appliquée aux établissement privés d'enseignement et aux établissements d'enseignement secondaire où l'organisation de l'inspection médicale est souvent déficiente.

Election de deux correspondants étrangers dans la quatrième division (sciences biologiques). — *Classement des candidats.* — En première ligne : M. Hopkins (de Cambridge), et Inada (de Tokio).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique . MM. Von Brucke (d'Innsbrucke) ; Kling (de Stockholm) ; Racovitza (de Cluj) ; Peyton-Rous (de New-York).

MM. Hopkins et Inada sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars 1935

Artériographies. — ***M. Leveuf*** rapporte ce travail de ***MM. Wertheimer*** et ***Frieh.*** Sur 77 cas; il y eut trois accidents, l'un après thorostrat, l'autre après collothor, et le dernier après ténébryl.

Fistules anales. — Ce travail de ***M. Cabanie*** (d'Angers) est rapporté par ***M. Grégoire.*** 53 fistules furent traitées par l'excision suivie de suture, 51 guérisons.

M. Madier a obtenu par le même procédé 43 guérisons sur 45 cas.

MM. Desplas et ***Roux-Berger***, ne croient pas que la guérison puisse être régulièrement obtenue par cette méthode.

M. Bloch rappelle le procédé de ***Cunéo.***

MM. Moulonguet et ***R. Monod*** considèrent que la récidive est la règle chez les tuberculeux pulmonaires.

Hernie inguinale. — *M. Bréchot* a observé un cas où une anse grêle faisait clapet entre vessie et cœcum et par son irritabilité empêchait le reflux du liquide dans le sac herniaire.

Greffes ovariennes. — *MM. Proust* et *Moricard* ont pratiqué de nombreuses greffes ovariennes après hystérectomie. Lorsqu'elles s'atrophient, des injections d'extrait anté-hypophysaire les revivifient.

Anesthésie à l'évipan. — *M. Robert Monod* rapporte un travail de *M. Schneyder* et un autre de *M. Borrey*, qui en chirurgie coloniale ont eu de bons résultats avec l'évipan.

M. Menegaux estime que l'évipan n'est pas un anesthésique de base car il est très rapidement éliminé de l'organisme. C'est la chute de la mâchoire qui doit être utilisée par le calcul de la dose.

Ses indications essentielles paraissent être les actes chirurgicaux quels qu'ils soient chez les tuberculeux pulmonaires et les opérations sur la face et le cou.

M. Desplas signale un cas de mort par l'évipan publié par *M. Oulie*.

M. Proust considère qu'il faut envisager les cas pour lesquels l'évipan est favorable, mais qu'il ne faut pas généraliser d'emblée le procédé.

M. Lenormant croit qu'il s'agit d'une méthode intéressante.

M. Maurer a tendance à abandonner l'évipan en chirurgie thoracique.

Séance du 13 mars 1935

Traitement des fistules anales. *M. Bazy* présente des radiographies permettant, après injection opaque, de juger de l'étendue et de la complexités des projets.

Valvulus du grêle. *M. Menegaux* rapporte une belle observation de *M. Panis* (Commercy). La radio permet de localiser au grêle une occlusion que l'intervention montra être causée par un valvulus. Au sommet de l'anse une frange épiploïque tordue formant une petite tumeur dure.

Iléosigmoïdostomie sur bouton soudé. — *M. Delagenières* utilise un bouton anastomotique monté sur une longue sonde de caoutchouc.

A propos des gastrectomies. — *M. Ockniczyc* communique plusieurs observations de gastrectomies particulièrement difficiles. Il montre la supériorité de la gatrectomie.

M. S. Ch. Bloch montre les avantages de la gastrectomie pour exclusion.

M. Moure a tendance à laisser le pylore.

M. Monod a eu un excellent résultat par gastrectomie subtotale..

M. Bréchot dans un cas a sectionné au niveau de la deuxième portion du duodénum.

Hernie diaphragmatique. — *M. Quénu* rapporte une belle observation de *M. André*, (Marseille) qui guérit parfaitement son malade de hernie diaphragmatique par thoracophréno-laparatomie.

M. Brocq a observé deux cas très curieux de hernie diaphragmatique.

A *M. Auvray*, *M. Quénu* répond qu'il connait un cas de récidive.

Exostoses ostéogéniques. — *M. Sorrel* présente une très belle collection de radiographies, *M. Mondor* une radiographie très instructive.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mars 1935

Anémie grave par tumeur bénigne de l'estomac. — *MM. P. Brodin, J. Madier* et *Mme Tédesco* rapportent l'observation d'un homme de 48 ans atteint d'une tumeur bénigne de l'estomac s'étant traduite uniquement par une anémie grave progressive. Cette tumeur fibromateuse présente les caractères cliniques des tumeurs bénignes de l'estomac appelées actuellement « schwannomes » sans que cependant l'examen histologique permette d'y retrouver avec netteté les éléments caractéristiques du schwannome proprement dit. Aux signes habituels de ces tumeurs bénignes endogastriques : latence, tendance aux hémorragies, image lacunaire de l'estomac, avec cependant conservation des plis de la muqueuse et de la mobilité s'ajoutent dans ce cas, sur les clichés, des taches barytées arrondies. Ces taches, déjà signalées dans certaines observations anciennes paraissent caractéristiques de ces tumeurs bénignes et en constituer un élément de diagnostic important. Elles sont dues à l'imprégnation par la baryte des ulcérations fréquentes à la surface de ces tumeurs et au niveau desquelles se produisent les hémorragies.

M. Bariéty souligne la fréquence des syndromes hémorragiques dans les tumeurs bénignes de l'estomac et l'intérêt des extraits hépatiques injectables dans le traitement des grandes anémies.

La myoendocardite gonococcique. Sa pathogénie. — *M. Luis Gonzalez Sabathié.*

Syndrome hémi-parkinsonien syphilitique amélioré par le traitement spécifique. — *MM. G. Basch* et *P. Seidmann* présente un malade de 58 ans chez lequel on trouva, outre un syndrome parkinsonien typique, un signe d'Argyll-Robertson ; le malade avait contracté à l'âge de 20 ans une syphilis dont le traitement fut entièrement négligé. Ces commémoratifs, les réactions nettement positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, concourent à établir le diagnostic de neuro-syphilis en évolution. Ce cas apporte une nouvelle contribution à l'étude de la mésencéphalite syphilitique, forme étiologique rare, mais non exceptionnelle du syndrome parkinsonien, forme qu'il faut bien connaître, car le traitement antisyphilitique peut améliorer le malade dans d'importantes proportions.

Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. Régression presque totale et durable après traitement spécifique. — *MM. Raymond Garcin* et *R. Laplane* présentent une malade de 36 ans qu'ils observèrent en 1932 pour un syndrome parkinsonien auquel s'associaient un signe d'Argyll-Robertson et une abolition des réflexes achilléens. Les réactions sanguines étaient par ailleurs positives. Sous l'influence d'un traitement persévérant, la sémiologie parkinsonienne s'estompa progressivement et depuis un an la malade a retrouvé une motilité et une souplesse à peu près parfaites. Le tabes incipiens est resté, par contre, sans changement. Les bons effets du traitement dans ce cas, soulignent l'intérêt qui s'attache, malgré leur rareté, à dépister ces mésencéphalites syphilitiques à sémiologie parkinsonienne.

Diabète insipide. Etude de la composition du sang et de ses variations sous diverses influences. — *MM. Jacques Decourt, L. Meyer, Ch. O. Guillaumin* et *Le Parc* insistent sur les multiples précautions qu'il est nécessaire de prendre pour étudier la composition sanguine des sujets atteint de diabète insipide et en interpréter les variations au cours des différentes épreuves que l'on fait subir au malade. S'entourant de toutes les garanties désirables, ils ont pu réaliser, dans un cas, une étude très approfondie dont la valeur documentaire est incontestable. Les examens ont été pratiqués en série, la malade étant soumise au régime déchloruré et à la rechloruration, successivement avec et sans traitement hypophysaire. Leur multiplicité montre que les variations obtenues ne sont pas l'effet du hasard.

Les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Il ne semble pas que le trouble du transit hydrique soit la conséquence d'un trouble du métabolisme chloruré. La polyurie ne peut pas s'expliquer par la diminution du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium. On ne peut pas davantage expliquer la soif pathologique et la polydipsie par l'hyperchlorémie ;

2° Le régime déchloruré diminue la polyurie par un mécanisme physiologique, en réduisant la soif et par conséquent la polydipsie. Malgré la réduction du volume des urines, qui résulte de la diminution des ingestions aqueuses, le régime aboutit en fait à une perte d'eau et de sel, comme à l'état physiologique. Le malade perd de l'eau parce qu'il est privé de sel. Qu'il soit soumis ou non au traitement hypophysaire, le résultat est le même. Son amplitude seule diffère, à cause de l'instabilité extrême de l'équilibre hydro-chloruré en l'absence d'hormone hypophysaire ;

3° Tout autre est l'action du lobe postérieur d'hypophyse. Sous son influence, la polyurie diminue ; mais, à l'inverse de ce qui se passait précédemment, le poids corporel augmente et du chlorure de sodium est retenu. Le fait essentiel est la stabilisation de l'hydrémie plasmatique et la fixation d'eau sur

les globules (c'est-à-dire probablement sur les tissus), la rétention chlorurée n'étant sans doute qu'un phénomène secondaire. Le malade retient du sel parce qu'il fixe de l'eau ;

4° En définitive, le trouble initial au cours du diabète insipide paraît être la perte de l'hydrophilie des colloïdes plasmatiques et cellulaires. C'est ce dernier phénomène, d'ordre physico-chimique, qu'il conviendrait maintenant d'élucider pour résoudre la physiopathologie du diabète insipide.

Streptococcémie passagère au cours d'un sodoku. — ***MM. A. Lemierre, A. Laporte*** et ***Netter*** rapportent un cas de sodoku survenu à la suite d'une morsure. Fait curieux, une hémoculture pratiquée en dehors d'un accès fébrile a donné un streptocoque non hémolytique et non virulent pour l'animal. Les auteurs pensent que ce germe n'est intervenu qu'à titre d'agent d'infection secondaire et ne lui reconnaissent aucun rôle dans la genèse des accidents.

Syndrome lenticulaire type Wilson. Discussion du rôle possible de la vaccination antityphique dans son apparition. — ***MM. J. Cathala*** et ***de Font-Reaulx*** rapportent l'histoire d'un homme de 30 ans présentant depuis sept ans un syndrome type Wilson à évolution lentement progressive. Ce malade avait reçu, deux ans auparavant, une injection de vaccin T. A. B. ayant déterminé une réaction particulièrement violente avec paralysie transitoire des quatre membres et paralysie faciale définitive. Les auteurs, rapprochant ces faits des accidents nerveux post-sérothérapiques, pensent que les cellules lenticulaires ont pu être fragilisées par la réaction fluxionnaire d'intolérance vaccinale et subir secondairement la désintégration aboutissant à la constitution progressive du syndrome actuellement constaté.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mars 1935

Les petites azotémies et leur traitement. — ***M. Lévy-Darras***, ramenant les petites azotémies au concept thérapeutique d'affection de la nutrition azotée, les divise en hépatique brightique, mixte, car si les grandes lignes du traitement restent les mêmes, elles changent pour chaque forme. Il distingue dans le traitement deux phases l'une d'attaque réalisée par les cures de diurèse, la restriction alimentaire des protéines, et les médications cholérétiques, l'autre de stabilisation dont les prescriptions découlent des enseignements acquis dans la phase précédente. L'auteur met en évidence les remarquables effets sur les petites azotémies du cynara scolymus qui permettrait d'accroître la tolérance aux protéines des insuffisants rénaux.

Tuberculose, pneumothorax et splénothérapie. — ***M. J. C. Bayle*** présente trois radiographies d'une jeune fille de 20 ans atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive (nombreux B. K.) avec lésions prédominantes à droite et particulièrement importantes dans la région hilaire. Il l'a traitée par la splénothérapie et un pneumothorax droit. En 6 mois et demie les lésions sont presque résolues ; ni toux, ni expectoration : parfait état général. La splénothérapie par l'augmentation des hématies et de l'hémoglobine compense la diminution de surface respiratoire due au pneumothorax.

Sept années de pratique du traitement des adénites bacillaires par les rayons ultra-violets. — ***Mme S. Delaplace*** a traité à Beaujon, dans le service du Docteur Aubourg, plus de 325 cas d'adénites, ce qui lui permet de conclure que l'actinothérapie est le traitement de choix aussi bien pour l'adénite simple que pour l'adénite compliquée de pari-adénite, de suppuration ou de fistulisation. Elle accorde d'ailleurs la plus grande importance, l'irradiation générale qui exalte les réactions de défense de l'organisme et provoque le relèvement de l'état général du malade, tandis que — à son avis — l'irradiation locale (ajoutée à l'irradiation générale) n'est guère indiquée que dans les adénites suppurées et fistulisées, et son action, à la fois révulsive et antiseptique, peut être précieuse.

La pression dynamique ou efficace. Étude physique et clinique avec projections). ***M. A. Pruche*** après avoir défini la pression moyenne introduite en clinique par Vaquez et son École, met en évidence la « loi de la pression moyenne » qui s'énonce comme suit : La racine carrée de la pression moyenne est égale à la moyenne des racines carrées des pressions extrêmes Mx et Mn. De cette loi il résulte que : a) Une même pression moyenne peut correspondre à des valeurs Mx et mn différentes, à condition que la somme des racines carrées des deux pressions extrêmes reste constante. b) Qu'à des valeurs déterminées Mx et mne peut correspondre qu'une seule valeur de pression moyenne (pas d'hypertension moyenne solitaire). c) Que les pressions maxima et moyenne étant connues, on en déduit nécessairement la valeur de la minima. d) Que, par suite, cette dernière peut être négligée, sa mesure comportant d'inévitables causes d'erreurs dans un grand nombre de cas, alors que les tensions maxima et moyenne, faciles à mesurer, suffisent à définir un état tensionnel. e) Enfin que la notion pression différentielle (Mx-mn) peut être remplacée par celle de la différence Mx-My ; on tire de cette différence des renseignements cliniques de même ordre que ceux obtenus par l'étude de la pression différentielle.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'incontinence d'urine par l'hypophyse antérieure à haute dose

M. Georges Caïn (*S. de Pédiatrie*, 29 janvier 1935) relate les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de l'incontinence d'urine des enfants et des adolescents par l'hypophyse antérieure à haute dose. Éliminant, sur une statistique de 60 cas, 25 cas trop récents, il note sur les 35 cas restants 18 succès dont 10 datent de 3 mois à 2 ans ; 14 très grandes améliorations et 3 échecs.

Le traitement de ces énurésiques, qui a duré de 8 jours à 3 mois, a consisté en administration *per os* d'extrait liquide d'hypophyse, selon l'âge, l'état du sujet, l'absence ou la présence de signes d'insuffisance hypophysaire, thyroïdienne ou surrénale à une dose variant de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour la première semaine et atteignant progressivement 0 gr. 60 à 1 gr. par jour vers la cinquième ou sixième semaine.

Les conclusions suivantes peuvent être tirées de cette statistique :

1° la plus grande fréquence dans le sexe masculin et le caractère familial de l'énurésie ;

2° la plus grande fréquence de l'incontinence nocturne ;

3° les échecs du traitement antisyphilitique sur l'énurésie ;

4° l'origine infectieuse dans 7 cas d'incontinence déclenchée par la rougeole, la chorée, la colibacillose, l'entérite, la scarlatine ;

5° le rôle nul des malformations génitales ou des parasitoses ;

6° l'action très efficace de l'hypophyse antérieure chez beaucoup d'énurésiques qui avaient subi en vain tous les traitements classiques, et l'absolue nécessité d'un traitement de consolidation durant plusieurs mois quand l'incontinence est guérie ;

7° la facilité d'application d'une thérapeutique qui est presque dénuée d'incidents à condition que les enfants soient suivis semaine par semaine et que la posologie soit prudente s'il survient des signes d'intolérance (amaigrissement, diarrhée, incontinence des matières).

L'hypophyse antérieure à haute dose mérite donc une place de choix dans le traitement de l'incontinence d'urine, affection particulièrement rebelle.

Infarctus du myocarde à forme non douloureuse, mort subite au cours d'un traitement de l'ouabaïne

MM. Bonnamour et Danic (*S. Nat. de Méd. et des S. M. de Lyon*, 16 janvier 1935) ont rapporté l'observation d'un homme de 57 ans, entré à l'hôpital pour des crises asthmatiformes extrêmement violentes. Après un traitement par la digitale qui fut suivi d'une certaine amélioration, on prescrit de l'ouabaïne par voie buccale. Dès le début du traitement, le malade mourut subitement. La vérification montra un anévrysme de la cloison interventriculaire, confirmé histologiquement. Il faut noter l'absence de phénomènes douloureux, l'efficacité digitalique. Les auteurs discutent la cause de la mort subite en ce cas.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le « miracle canadien ». — *Dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 mars 1935), *un article de M. le Professeur Sergent intitulé* : ESSAIS ET NOTICES. RÉFLEXIONS SUR LE CANADA. *En voici un extrait* :

... Tous les discours prononcés au cours de ces magnifiques cérémonies ont chanté l'éternel refrain de la Vieille-France et de la Nouvelle-France, ont évoqué le fâcheux souvenir des « arpents de neige » de M. de Voltaire, la vision douloureuse des plaines d'Abraham sur lesquelles se joua, entre les mains de Montcalm, le sort de la colonie. Tous ont décrit la magnificence des paysages canadiens, la beauté de la baie de Gaspé des rives du Saint-Laurent, des cimes des Laurentides...

Ont-ils pénétré l'âme canadienne ?

A ceux qui veulent se familiariser avec les grandes étapes de l'histoire du Canada, je conseille la lecture des volumes que lui consacrèrent le Canadien-Français Garneau et, tout récemment notre distingué compatriote Firmin Roz, directeur de la Maison canadienne de la Cité universitaire.

A ceux qui veulent comprendre l'âme canadienne française je conseille la lecture de *Maria Chapdelaine* et les méditations qu'elle suscite. Certes les personnages de *Maria Chapdelaine* ne représentent point le Canadien moderne, que rien ne différencie plus de l'Européen modelé par la culture littéraire, scientifique, juridique, économique... Les personnages de *Maria Chapdelaine* synthétisent la mentalité et l'âme canadienne ancestrales. Comment les grands hommes politiques de la province de Québec, comment les grands bourgeois canadiens, pourraient-ils se montrer offusqués par la pensée que le lecteur de *Maria Chapdelaine* peut être conduit à considérer que tous les Canadiens-Français sont représentés par ces personnages ? Est-ce que tous les Français sont représentés par les paysans français ? Et, cependant, ne retrouve-t-on pas chez tous les Français, chez tous les vrais Français de sang français de la Vieille-France, les caractères ancestraux de la race qui a germé sur le même sol ensemencé par la même graine ?

N'est-ce pas là notre fierté et notre honneur ?

Comment oublier que, lorsque, sur les plaines d'Abraham, Montcalm fut vaincu par Wolf, et, qu'après les derniers soubresauts de la lutte agonique, la défaite fut définitive, la plupart des représentants des vieilles familles de la noblesse française rentrèrent en France et que, seuls, restèrent dans la colonie perdue les paysans, les défricheurs ? L'amour des bois, la passion de la terre, sont restés enracinés dans l'âme canadienne. Les plus grands Canadiens n'ont-ils pas de joie plus vive que celle d'aller à chaque « fin de semaine », chercher le repos dans leur « camp », construit avec des troncs d'arbres, au milieu des bois, dans lesquels ils vont poursuivre l'original, ou sur les bords des grands lacs calmes, sur lesquels ils vont chasser le canard sauvage ou pêcher la truite ? Un domestique canadien n'a-t-il pas quitté tout à coup une place tranquille et de tout repos chez un de mes amis, pour reprendre la hache des défricheurs ! et la vie ancestrale qui le hantait ?

On parle souvent, on a beaucoup parlé, au cours des fêtes Jacques Cartier, du « miracle canadien ».

L'a-t-on toujours bien compris ?

Ce « miracle canadien » c'est, bien simplement, par la persistance de la fidélité du souvenir du passé, l'inlassable et persévérant effort vers le redressement et la prospérité. Meurtrie, abandonnée, terrassée, l'ancienne colonie française est restée une greffe lointaine et fertile de la mère-patrie.

Il faudrait être aveugle, injuste, sectaire et de mauvaise foi pour ne pas rendre hommage au clergé et pour méconnaitre la part prépondérante qui lui revient dans l'origine première et fondamentale de ce « miracle canadien ». Lorsque soixante mille colons français demeurèrent, après la défaite, en 1763, isolés et perdus sur la vaste terre canadienne, ils se réunirent en petites familles, groupées autour du clocher ; le curé les réconforta, les encouragea, les entretint dans l'espoir et leur fit comprendre que la première condition nécessaire pour constituer

une force était de se multiplier, il maintint chez eux la foi et l'éducation morale de leurs ancêtres ; il continua de leur parler dans la langue de leurs pères et d'élever leurs enfants dans les mêmes principes. Ainsi se développa prodigieusement la natalité, à tel point qu'aujourd'hui on compte plus de quatre millions de Canadiens-Français. Ainsi furent maintenus les souvenirs de la mère-patrie et le culte de la race. Ainsi s'enracina l'inébranlable attachement aux traditions ancestrales, qui se trouve si simplement et si nettement affirmé dans la devise du Canada-Français : « Je me souviens ! » Ainsi pouvons-nous comprendre l'amertume du Canadien-Français : « Vous nous découvrez donc pour une seconde fois ! » lorsque, débarquant à Québec et saisi par l'atmosphère française des vieilles rues de la ville basse, par le caractère français des noms de famille, par l'accent normand du parler français, le touriste français, plus ou moins ignorant de l'histoire, s'étonne ingénument, sinon maladroitement.

Le cinquantenaire de la mort du Docteur Georges Camuset — *M. Léon Dieux, dans le* MERCURE DE FRANCE (15 mars 1925), *lui consacre un écho* :

Le Docteur Georges Camuset, qui mourut à Paris, il y a un demi-siècle (le 5 mars 1885), à 45 ans, était un savant ophtalmologiste, membre de la Société de médecine de Paris et qui avait introduit en France la vaseline. Mais son titre de gloire littéraire fut la publication, un an avant sa mort, des *Sonnets du Docteur*, recueil d'une quarantaine de pièces d'inspiration bouffonne et de style parnassien, sur la médecine, la maladie, les malades, les remèdes, etc.

Dans ce recueil on trouve hors série le fameux « Homard à la Coppée », le pastiche si souvent cité. Il y eut de belles rééditions des *Sonnets du Docteur*, notamment en 1888, avec deux dessins de Rops, en 1926 avec des eaux-fortes de Laboureur et en 1932, huit sonnets (*Le racommodage, Bonbon laxatif, Le spéculum, Maladies secrètes, Auscultation, Ecchymoses, Massage, Du signe certain de la mort*) furent réimprimés par les laboratoires Métadier, de Tours, avec d'amusantes illustrations de Joseph Mémard.

Jules Claretie, dans sa « Vie à Paris » (*Le Temps*, 7 mars 1885), trace cette silhouette du médecin poète :

« Georges Camuset habitait Dijon et il y avait un cabinet d'oculiste. Mais c'était un Parisien né (bien qu'originaire de Lons-le-Saunier), un Parisien par le tour d'esprit, la bonne grâce un peu narquoise. Il portait des lunettes comme si l'habitude de guérir la vue avait fatigué la sienne. Un joli sourire dans un visage grassouillet, à la Monselet, donnait à ce très aimable docteur un aspect de bonté et de santé. Clairin l'a croqué en médecin de Molière enfourchant Pégasse, le bonnet pointu en tête et la lyre à la main. Il était lettré jusqu'aux ongles... »

Dans un de ses sonnets, Camuset se plaint de voir sa profession un peu encombrée :

> Dix-huit cents médecins sous le ciel de Paris
> Parmi les maux humains répandent des formules :
> Les uns, cœurs généreux ou martyrs ridicules
> Du dévouement sans borne et du labeur sans prix ;
>
> Les autres professant un élégant mépris
> Pour le client naïf qu'ils gorgent de granules ;
> En haut quelques savants, princes, principicules.
> En bas quelques rêveurs, des sots, des incompris !

Que dirait-il aujourd'hui où l'on compte à Paris — chiffres officiellement communiqués par la Préfecture de la Seine — 4.927 médecins, non compris les chirurgiens et les dentistes ?

Le déclin du puritanisme en Grande Bretagne. — *Sous ce titre, la* REVUE DES DEUX MONDES (15 mars 1935) *publie un article de M. Frederick C. Rose, dont nous détachons le passage suivant* :

...[1] Il faut donc convenir qu'il y a quelque chose de changé en Grande-Bretagne. Le doute scientifique remplace, pour un temps, l'affirmation dogmatique où se cristallisait l'opinion.

Non seulement l'astronomie, mais les sciences physiques et morales, la biologie et surtout la psychologie, ont leurs fervents. Rien n'est plus significatif du trouble profond de l'aprèsguerre que le succès de Freud. Les théories du professeur viennois atteignent plus ou moins déformées, toutes les couches de la nation, et les gens les moins portés à l'investigation scientifique. On découvre des répressions, on interroge avec fièvre cette clef des songes à la dernière mode. L'attrait équivoque, le prestige médical de ces théories scientifiques, entraient certainement pour quelque chose dans leur succès populaire, et par ailleurs on a cherché à expliquer la vogue immense du freudisme dans les pays protestants par l'absence de confession ecclésiastique.

Dans le cas particulier de l'Angleterre, elle provient peut être aussi d'une réaction contre le *cant* de l'époque victorienne, qui excluait non seulement toute verdeur de langage, mais toute allusion trop directe aux bébés, d'innocents mots comme jambe ou même pantalon. A l'extrême rigueur, on traduisait en Français, le français dans les mots bravant l'honnêteté (Swinburne dans sa version des *Regrets de la belle heaulmiere*, remplace « cuissess » et « cuissettes » par de pudiques tirets). La diffusion des théories de Freud coïncide avec le moment où l'Angleterre sortait de cette contrainte. Quel soulagement que de pouvoir, sous l'égide d'une théorie scientifique, libérer ses répressions, discuter des sujets autrefois *tabou*, et cela avec le sentiment de contribuer au progrès !

Les Anglais, on l'a souvent dit, manquent parfois d'esprit critique. Ils sont portés à accorder aux hypothèses de la science, même incertaines et incomplètes, cette foi aveugle qu'ils accordaient jadis aux doctrines des diverses sectes. Mais à cet élément de conviction s'en joint un autre. De même qu'en France on attribue chez beaucoup d'adolescents la perte de la foi à la gène qu'ils ressentent des prohibitions ecclésiastiques, de même en Angleterre le transfert d'allégeance de l'Eglise à la science n'a pas été sans apporter un soulagement à une discipline pesante.

Faut-il en conclure à un abaissement de la moralité en Angleterre ? L'Anglais d'autrefois était un homme qui moralisait beaucoup et aspirait à devenir un homme moral. Aujourd'hui, il moralise bien moins. La moralité d'un pays n'est pas toujours ce qu'elle paraît à la surface et, il est difficile de la mesurer. L'auteur d'un livre récent ayant fait une étude approfondie du sujet estime que, si la prostitution avouée diminue en Angleterre, les mœurs en revanche se sont très sensiblement relâchées. D'ailleurs, chez beaucoup de jeunes, la conception religieuse de la sainteté du corps humain, réceptacle d'une parcelle de l'eprit divin, fait place au sentiment très net qu'ils ne sont responsable de leurs actions qu'à eux-mêmes. L'atmosphère d'incertitude et de tension amenée par la guerre, la propagande néomalthusienne ne sont pas non plus étrangères au relâchement des deux dernières décades.

La savonnerie de Chaillot. — On démolit les bâtiments de la Manutention militaire qui doivent faire place, avenue de Tokio, aux palais de l'exposition de 1937.

A cette occasion, M. Paul Jarry rappelle (*L'Européen*, 1er mars 1935) que les bâtiments vétustes de la manutention occu-

P. L. M. — VERS LA BELLE TUNISIE...

Que désirez-vous au cours d'un voyage ? Éprouver la sensation d'avoir changé de pays et ne pas être leurré sur tout l'inédit qu'on vous a promis. Alors partez pour la Tunisie : là vous ne serez pas déçu, vous vivrez dans un milieu d'enchantement.

Ce beau voyage dont vous rêvez, accomplissez-le à l'occasion du Grand prix Automobile de Carthage. Vous l'effectuerez à bon compte. Les gares des Grands réseaux français délivrent pour Marseille du 30 avril au 5 mai des billets d'aller et retour d'une valabilité de vingt jours. Vous ne payerez que pour l'aller ; le retour sera gratuit ; une seule formalité : vous aurez, avant de quitter Carthage, à faire timbrer votre billet par le Comité des Fêtes.

paient l'emplacement de l'ancienne manufacture de la Savonnerie, dont les derniers vestiges vont disparaître avec elle.

« Disons rapidement, d'après MM. Braquenié et Magnac, dans leur bel ouvrage sur *la Manufacture de la Savonnerie du quai de Chaillot*, publié chez Morancé, quelle fut l'histoire de cette manufacture.

« Un certain Pierre Dupon, chargé par Mme de Chasteauneuf d'enluminer un livre d'heures, avait montré à cette haute et puissante dame, quelques pièces de tapisseries « d'or, d'argent et de laine » qu'il avait exécutées à sa façon pour les propres sièges de son intérieur.

« Le roi Henri IV mis au courant, et qui rêvait de relever l'industrie française jusqu'alors tributaire de l'étranger, fit mander Pierre Dupont à son lever, et lui offrit un ogement au Louvre pour y installer un atelier destiné à la fabrication des tapis du Levant. Associé plus tard avec Simon Lourdet, il établit ses ateliers à la Savonnerie, près de Chaillot, « la première maison que l'on découvre en sortant du Cours-la-Reine », dit Germain Brice, et où les administrateurs des hôpitaux avaient transféré les orphelins du Bon Port, destinés à fournir les apprentis du nouvel atelier.

« C'était, au début du XVIIe siècle, un terrain où Isaac Martin du Mannoir avait créé une manufacture de savons, dont l'entreprise ne tarda pas à péricliter, mais qui devait laisser son nom à la fabrication des tapis lui succédant. Acquise par la Couronne en 1626, la maison de la Savonnerie était l'année suivante, en effet, baillée à Dupont et Lourdet pour la manufacture de tapis dont ils venaient d'obtenir du roi le privilège.

« Après de sérieux différends avec son associé, Pierre Dupont mourut au moins de juin 1640. Son fils Louis lui succéda. Par contrat du 31 mars 1664, les administrateurs des hospices furent chargés de l'administration de la maison, les entrepreneurs devant uniquement se consacrer à l'enseignement du métier et à la direction du travail.

« Versailles, Trianon, Marly et les autres maisons royales reçurent les œuvres de la Savonnerie. En 1712, le duc d'Antin donnait à celle-ci de nouveaux règlements et le titre de « Manufacture royale des meubles de la Couronne, de tapis façon de Perse et du Levant ». La direction en était confiée à Pierre, premier peintre du roi. Mais la détresse continua de régner à la manufacture, en dépit de l'impulsion qu'essayèrent de lui donner Jacques Noinville, descendant des Dupont, et Pierre-Charles Duvivier.

« La production continua d'aller en diminuant. A la fin de la monarchie, l'exploitation constituait une « déplorable affaire ». Placée par le Comité de Salut public sous la surveillance de la Commission de l'Agriculture et des Arts, le « citoyen » Duvivier continua d'en assumer la direction.

« Le premier consul la fit travailler pour les appartements de Saint-Cloud, et la maison de l'empereur s'empressa de puiser largement dans ses réserves. Le 4 mai 1825, une ordonnance royale rattacha la manufacture de la Savonnerie aux Gobelins et l'État installa dans ses locaux le service des Subsistances militaires.

Sur un tapis de Turquie
Le couvert se trouva mis.

« La Fontaine ne croyait pas si bien dire. Mais était-ce la meilleure façon d'améliorer l'ordinaire ? »

« Les Facultés de médecine, à l'heure actuelle, sont encore des écoles dans lesquelles on professe sans arrêt, où les cours succèdent aux cours, où les cours sont aussi nombreux assurément que dans une Faculté des Lettres, sans que quiconque semble jamais se demander ni quel en est le but ni quelle en est l'utilité....

Ainsi que l'a dit un professeur de Faculté des Lettres, fort judicieux, et qui, étant en outre docteur en médecine avait suivi les cours d'une Faculté de médecine : « Il semblerait que nombre de professeurs de Facultés de médecine ne soupçonnent pas encore que Gutenberg a inventé l'imprimerie. (Professeur CHAVIGNY. Pédagogie médicale générale. *Le Siècle Médical*, 15 mars 1934.)

BIBLIOGRAPHIE

La Cuisine diététique dans les affections du tube digestif, (*Estomac, foie, intestin*), par le Docteur Léon MEUNIER. Aux Editions J. Oliven, 65, avenue La Bourdonnais, Paris-VIIe. Un vol. broché, 10 fr.

Cet ouvrage n'intéresse pas seulement les malades. Il s'adresse à tous ceux qui ne veulent pas le devenir. Où commence, en effet, la maladie ? Et c'est ici qu'on doit surtout répéter l'adage connu : *Tout bien portant est un malade qui s'ignore.*

La cuisine diététique s'inspire des récentes découvertes de Pawlow, un des plus grands physiologistes des temps modernes.

Ces découvertes montrent que toutes les sécrétions douloureuses du tube digestif (estomac, foie, intestin) peuvent être modifiées, améliorées par le régime alimentaire.

Les recettes déduites de ces expériences ont été longuement étudiées, afin de donner à toutes les personnes qui les utilisent (bien portants ou malades) les satisfactions gustatives auxquelles elles ont droit.

Elles sont, en un mot, déduites, scientifiquement, des travaux d'un homme de laboratoire, et gustativement, de l'expérience d'un maître-queux. Aux Editions J. Oliven, 65, avenue de la Bourdonnais, Paris VIIe.

... Vie subie ... Vie voulue ... Vie rêvée, par le Docteur Fernand RAOULT. Un volume in-8° écu de 586 pages, 15 francs ; franco, 16 fr. 50. Editions Spes, 17, rue Soufflot, Paris (Ve).

Certes, personne n'ignore que l'hérédité est une réalité, que l'éducation marque aussi de façon indélébile chaque existence, mais aussi que celle-là peut être corrigée par celle-ci et que l'individu peut réagir contre des penchants dont il n'est pas lui-même responsable. Mais il manquait un ouvrage qui, sous une forme littéraire et nullement ardue, mette à la portée du grand public les résultats précis acquis par la science en cette matière.

Si de nombreuses études sur l'art de vivre, des plus anciennes aux plus récentes, l'auteur a tiré d'utiles enseignements dont il fait profiter ses lecteurs, il a surtout voulu les faire profiter de son expérience personnelle, de l'expérience aussi de ceux qu'il a vu vivre et dont il a été le confident.

Mais ce livre nous apporte surtout la science de la vie. Vivant et pratique, en le lisant nous apprendrons à mieux vivre et vivre plus heureux.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 — N° 14 LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 AVRIL 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 27 mars. (Thèse vétérinaire). — M. TARDIEU. Hémoglobinurie paroxystique « frigore » du cheval.

29 mars. — Mme WALDMANN : Valeur thérapeutique cardiaque de la teinture de digitale. — M. FAUVERT : Le foie vasculaire. Étude sur le rôle du foie dans l'hydraulique circulatoire.

29 mars. (Thèses vétérinaires). — M. BAUSSANT : Essai d'une technique d'hystérectomie chez les carnivores domestiques. — M. PHILIPPE : Suture tendineuse en chirurgie canine.

30 mars. — M. TERRANOIRE : Diabète rénal.

2 avril. — M. SACHOT : Traitement des sinusites maxillaires chroniques par les lavages de l'acide chromique. — M. LIEFFRING : Les glandes vulvo-vaginales ou glandes de Bartholin. — M. OUVRIEU : Étude de l'action thérapeutique des différentes térébenthines au cours de la puerpéralité. — M. WECHSLER : Effets de la cure sanatoriale sur les tuberculeuses gravides. — M. SORIN : Recherches sur le mode d'action de l'eau minérale d'Uriage en injections intraveineuses.

3 avril. — M. AJZENSZTADT : Fonctionnement de la Maternité Lariboisière en 1934. — M. LACHENY : Ictère grave congénital du nouveau-né par infection colibacillaire transplacentaire. — M. MITRICY : Fractures du calcanéum. Le problème thérapeutique qu'elles posent.

4 avril. — M. COULÉON : La mélancolie présénile, étude clinique. — M. ALTÉRESCU : Les affections pulmonaires chez les mineurs. — M. SÉGAL : État actuel de la stérilisation des eaux de boisson. — M. SOLIAKAN : Les laits aigris et leurs bacilles.

Facultés de médecine de Strasbourg. — Ont été nommés agrégés, pour une période de neuf ans, à dater du 1er janvier 1935, près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg :

Bactériologie : M. Le Guyon.
Médecine générale : M. Waitz.

Facultés de médecine de Paris. — Prix des thèses (1933-1934) :

Médailles d'argent. — Mlle Barnaud, MM. Baumann, Benaerts, Billet, Bonnet, Boquien, Bzowski, Callot, Canet, Caron, Contiadès, Cord, Cornilleau, Dany, Dezoteux, Dhotel, Dufour, Gandy, Gavois, Gaucher, Mlle Gautheron, Gothié, Mme Grand, Mlle Hahn, MM. Hamelin, Hepp, Hesse, Ingrand, Jonard, Jude, Kayser, Lachelin, Laffaille, Lafitte, Lançon, Langlois, Leblond, Le Dinh Thi, Lemaire, Lepage, Mme Liberson, MM. Longuet, Louvet, Maison, Mareschal, Masse, Mencière, Mérigot, Michel, Miget, Moricard, Naggiar, Odinet, Perrault, Mlle Poulain, M. Racine, Mlle Rappaport, MM. Rault, Raymond, Ribadeau Dumas, Robert, Robin, Roquejeoffre, Rudaux, Sée, Serdaris, Théodoridès, Thiéry, Trocmé, Voillemin, Mlle Willm, M. Zagdoun.

Médailles de bronze. — MM. Adam, Allard, Ardouin, Aubert, Azar, Berger, Bideau, Biétrix, Boisramé, Bourgoin, Boursat, Boussoulade, Bréhon, Mme Breton, M. Brzezinski, Mlles Bui Quang Chiêu, Bujeaud, MM. Castets, Chabert Ostland (de), Mlle Danzig, MM. Diffange, Djian, Enquin, Fautrel, Felgines, Mlle Finkelstène, MM. Fournié, Fuentes-Novella, Gautier, Gautrelet, Goldsztajn, Gomes de Mattos, Grenet, Mme Grenet, MM. Guibé, Hadjigiorgiou, Herscovici, Jouy, Jullien, Mme Kern, MM. de Langre, Lebel, Lefèvre, Legry, Lobel, Maleyrie, Marcais, Marcombes, Mathis, Maynadier, Mme Meillaud, Mlle Mélik-Ogandjanoff, MM. Mendelsohn, Nico, Nikoff, Nocton, Pach, Pâris, Patte, Pigeon, Piraud, Renaud, Rizoff, Rocher, Rollin, Mlle Rongel, MM. Rosanoff, Roy, Vandenbossche.

Mentions honorables. — MM. Blondeau, Bourdeau, Brandenburg, Duchemin, Durousseau-Dugontier, Franco, Hamon, Hébert, Helluy, Herscovici, Jame, Le Go, Le Tohic, Mlle Mahieu, MM. Merle, Prunet, Reynaud, Mlle Roule, M. Saleïm, Mlle Velentzas.

Célébration du Centenaire de Dupuytren. — Pour célébrer le centenaire de la mort de Guillaume Dupuytren, une cérémonie solennelle aura lieu, le dimanche 7 avril, à 11 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren, de l'Hôtel-Dieu.

Organisée par le Groupe d'études limousines et le Caducée limousin, en l'honneur de leur illustre compatriote, la solennité sera présidée par son successeur actuel en sa chaire de clinique chirurgicale, le Professeur Cunéo, assisté du Professeur Paul Carnot. Les Académies des sciences et de médecine, la Faculté de Paris, la Société nationale de chirurgie, lui rendront hommage par des délégués les Professeurs d'Arsonval, J.-L. Faure, Gosset, Hartmann, le Doyen Roussy, le Docteur Fredet.

Dans une conférence avec projections, le Livre illustré du centenaire sera présenté par son auteur, le Docteur Delhoume, maire et conseiller général de Pierre-Buffière (Haute-Vienne) dont était natif Dupuytren, avec une exposition de ses souvenirs, dans la bibliothèque de son amphithéâtre. En outre, un film sonore, inédit, monté pour la circonstance par la maison Pathé-Nathan, *Au Pays limousin*, sera aussi présenté par le Docteur de La Farge, président de l'École Ventadour à Tulle.

Enfin, pour compléter la célébration du Centenaire et en l'honneur des malades de l'Hôtel-Dieu, sur son parvis intérieur, des chœurs et danses régionales seront exécutées (en costumes) par *les Chanteurs limousins à Paris.*

On peut demander des cartes d'invitation par lettre (avec timbre pour la réponse), au Secrétariat du G. E. L., 13, rue Linné (Ve).

Bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. — La Fédération nationale italienne fascite de lutte contre la tuberculose met à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose, six bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes : les bourses mises au concours, d'une valeur de 3.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juil-



let), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bouses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultant de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut.

Les intéressés doivent adresser leur dossier au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, avant le 1er juin 1935.

IIIe Congrès de physiothérapie de l'U.R.S.S. — Il aura lieu à Odessa du 25 au 30 août 1935.

Les sujets principaux qui y seront traités sont : 1. L'hyperergie et la physiothérapie ; 2. Les maladies infectieuses et la physiothérapie ; 3. Le système nerveux végétatif et la physiothérapie ; 4. Les blessures et la physiothérapie ; 5. Les ondes courtes dans la biologie et la médecine ; 6. Le rôle de la peau dans le mécanisme de l'action physiothérapeutique.

Les principaux rapports seront présentés par MM. les Professeurs S. Broustein (Moscou), Anikine (Moscou), Nielsen (Sébastopol), Broderson (Léningrad), Plotnikow (Moscou) et Rachmanow (Moscou).

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au président du Comité d'organisation, Prof. S. Broustein (Moscou, 2, Arbat Sérébrianny per. 5/7).

Les collègues étrangers qui désireraient assister au Congrès sont priés de s'adresser pour toutes les questions de voyage et de visa aux agences de l'Intourist (dans tous les pays) et, à Paris, au Docteur A. Roubakine, 8, avenue de Tokio, (Obs. 13-16).

Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — M. Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, communique le texte de l'exposé qu'il a fait à la Commission d'hygiène de la Chambre sur la question doctorats d'État et d'Université.

« Nous voulons : *a*) En matière de *remplacements médicaux*, que seuls puissent en effectuer les étudiants français candidats au doctorat en médecine d'État et possesseurs du certificat de fin scolarité mentionnant « est autorisé à faire des remplacements ».

« Que le contrôle de ces remplacements soit fait automatiquement par l'Administration intéressée, sans quoi la signature du remplaçant et tous ses actes médicaux sont *illégaux*.

« *b*) En ce qui concerne *la naturalisation*, nous réclamons un contrôle sévère des enquêtes de police visant les médecins ou étudiants en médecine considérés toujours à tort par beaucoup d'inspecteurs de la sûreté comme parfaitement honorables. le principal répondant de l'étudiant étranger est son logeur ou la gérante de l'hôtel meublé qui lui sert de domicile. Comment ces commerçants, sur lesquels nous ne lançons aucune suspicion peuvent-ils être renseignés sur les faits et gestes délictieux de leurs locataires ? Que de trafic de drogues est fait par des étudiants étrangers en dehors de leur résidence ; et ceci pour ne citer qu'un exemple. Il faudrait les suivre au cours des remplacements illégaux qu'ils ne cessent de faire pour se faire une opinion sur leur honnêteté qui n'a rien de proverbiale.

« Nous demandons donc une sélection sérieuse des naturalisations et nous voulons aussi que tout naturalisé, même au delà de 30 ans, soit tenu de faire le service militaire actif, ce qui va avoir pour nous une importance capitale avec la loi de deux ans.

« *c*) *Au point de vue des études et des diplômes de doctorat*, voici quelle est notre position :

« *Obligation pour l'étranger à son arrivée en France de faire un choix*, et dire s'il veut uniquement s'instruire pour repartir, ou s'instruire pour exercer chez nous.

« Deux cas donc sont à considérer :

« *a*) PREMIER CAS : *L'étranger ne vient que pour s'instruire.*

« Il fournit une des 95 équivalences reconnues par l'État français pour le baccalauréat, équivalences que nous voudrions du reste voir révisées et ramenées à un chiffre plus raisonnable. L'équivalence nègre des *îles Hawaï* devrait en particulier disparaître, certaines d'entre elles ne correspondent même pas à notre bevet d'E. P. S., lui-même inférieur au brevet élémentaire de notre enseignement primaire. C'est pourquoi parfois ces étudiants sont d'une culture générale si sommaire, et qu'ils ont l'esprit de bas-mercantilisme développé.

« Donc, l'étranger en question s'inscrit avec son équivalence du bachot français, fait ou ne fait pas le P. C. N. qui, pour lui n'est pas obligatoire, puis fait ses études médicales, quelques-uns, ceux qui ont fait chez eux de bonnes humanités, feront ici

de bonnes études médicales parce qu'ils y seront préparés beaucoup plus que le titulaire d'équivalences notoirement insuffisantes comme l'équivalence afghane. Le doctorat d'Université clôturera les études médicales de cet étranger qui, en aucun cas, ne pourra être autorisé à prendre les inscriptions pour le doctorat d'Etat.

« *b*) DEUXIÈME CAS : *L'étranger vient pour se fixer plus tard en France* :

« Dans ce cas, il ne pourra, comme actuellement, aller à la Faculté de médecine, il devra aller préparer le baccalauréat français, et en passer les deux parties *sans aucune équivalence possible*. Ensuite, il préparera à la Faculté des Sciences, le P. C. N., puis, titulaire de ce certificat, il aura au moins alors trois ou quatre ans de séjour en France. A ce moment, il devra demander la naturalisation ; en attendant, il pourra s'inscrire pour le doctorat d'Etat ; si la naturalisation lui est refusée, il devra abandonner le doctorat d'Etat et se rabattre sur le doctorat d'Université, le seul qui soit réservé aux étrangers.

« Si la naturalisation lui est accordée, il ira immédiatement à la caserne, (ce que l'étranger ne fait pas à l'heure actuelle en attendant d'avoir dépassé 30 ans pour demander la naturalisation). Enfin, il continuera ses études jusqu'au doctorat d'Etat et s'installera chez nous : nous le considérerons comme assimilé beaucoup plus que ses congénères actuels qui ont passé un mauvais bachot, devant des jurys de complaisance, parce qu'ils sont déjà docteurs d'Université quand ils s'y présentent.

« Ceci revient à dire que nous réclamons l'interdiction de transformer le diplôme de l'Université ou les inscriptions en vue de ce diplôme en inscriptions ou diplôme d'Etat.

« De cette façon, nous barrerons la route aux médecins étrangers de qualité inférieure tant au point de vue moral que technique. Les barrières que nous voulons voir dresser dans l'intérêt des malades français seront infranchissables pour tous ceux qui à 18 ans ne posséderont pas la culture secondaire française. Nous voudrions même voir imposer les baccalauréats A ou A' pour éviter qu'avec leur langue maternelle, ils n'arrivent à avoir le point nécessaire pour être reçus.

« *d*) Du point de vue de l'*exercice de la médecine*, et de façon à exiger une certaine assimilation à la mentalité française, nous demandons avec insistance l'*interdiction pour tout étranger naturalisé d'exercer la médecine en France dix ans après la naturalisation*. (Loi Dommange.)

« Enfin, l'interdiction de l'accès aux fonctions publiques rétribuées par l'Etat, les départements ou les communes pendant les dix ans après leur naturalisation. »

Conférences de physiologie et de pathologie vocales. — Dix leçons seront données du lundi 20 mai au samedi 25 mai à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), sous la direction du Docteur Jean TARNEAUD.

1° Physiologie de la phonation. — 2° Examen clinique : Stroboscopie. Radiologie. Examen phonétique. — 3° Acoustique vocale : résonances, registres, passages (par M. R. HUSSON). — 4° Dysphonies périphériques : Myopathies et paralysies laryngées. Syndrome sympathico-vocal. — 6° Troubles motionnels et réactionnels de la voix chantée. — 7° Le nodule de la corde vocale ; pathogénie et traitement. — 8° Les troubles de la parole et leur traitement (par Mme BOREL-MAISONNY). — 9° Rééducation de la voix parlée et chantée. — 10° Chirurgie phoniatrique.

Ces conférences seront accompagnées de présentations de malades et de projections cinématographiques ; elles auront lieu le matin à 9 heures et le soir à 17 h. 30. Droit d'inscription : 200 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements s'adresser au Docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

Nécrologie. — Docteur Auguste MARCÉ, professeur à l'Institut Pasteur, décédé subitement dans son laboratoire à l'âge de 70 ans. — Docteur PELLIER, médecin directeur du sanatorium Léon Bourgeois. — Sir Edward SCHAFER, ancien professeur de physiologie à l'Université de Londres, décédé à l'âge de 85 ans. — Docteur Joseph RÉCAMIER, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Michel, mort à Paris. — Docteur CHAMPETIER DE RIBES, membre de l'Académie de médecine, décédé à Argagnon (Basses-Pyrénées), le 1er avril dans sa 87e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'oxyde de carbone endogène dans le sang de l'homme *

1° chez les oxalémiques

Par Maurice LOEPER et Joseph TONNET

Dans de nombreux travaux parus de 1898 à 1924, Nicloux a prouvé l'existence de l'oxyde de carbone dans le sang normal (1). Il en a fixé la proportion à 1 2 à 1 c.c. °/..., ce qui est évidemment infinitésimal. Cet oxyde de carbone provient en faible partie de l'air respiré dans des conditions hygiéniques défavorables, mais il provient surtout de la transformation possible de glucides dans les tissus (2).

Une telle opinion avait déjà été émise par Lépine et Boulud (3), au cours de leurs recherches cliniques et expérimentales de 1906. Elle a été reprise par Rathery, Gley, Franc et Gourrat (4) à la suite d'injections à l'animal de formiate, de citrate et de lactate de soude.

Il n'est pas impossible que l'intermédiaire entre ces différents composés et le CO soit, dans quelques cas tout au moins, l'acide oxalique. Lépine et Boulud ont déjà affirmé la production de l'oxyde de carbone aux dépens de l'oxalate de soude. Nous-mêmes avec Béchamp (5), avons utilisé en 1912 une méthode de dosage basée sur la transformation de l'acide oxalique en oxyde de carbone.

Il nous a donc paru naturel de rechercher l'oxyde de carbone dans le sang des grands oxalémiques.

L'*oxalémie*, sur laquelle nous persistons à attirer l'attention depuis vingt-deux ans, est plus fréquente qu'on ne pense ; elle peut atteindre des chiffres élevés et exceptionnellement 0,30 et 0,40 cgr. (6).

Cet acide oxalique se combine déjà au calcium pour réaliser des spoliations calcaires et des précipitations multiples.

Mais une telle combinaison pour intéressante qu'elle soit, n'est pas la plus importante des réactions pathologiques que provoque l'oxalémie,

Il faut aussi compter avec la toxicité propre de l'acide oxalique : bien des symptômes en effet observés chez ces malades, asthénie, hypotension, phénomènes cardiaques et nerveux, céphalée, sensation d'asphyxie surtout, portent la marque de l'intoxication.

Nous nous sommes demandé si, dans la production de ces symptômes, l'oxyde de carbone ne pouvait intervenir.

Nous suivons depuis sept ans un grand oxalémique dont la vie est interrompue par des crises fort pénibles où l'oxalémie atteint 25 et 40 cgr.

Nous avons par deux fois cru voir dans le sang recueilli des signes spectroscopiques certains d'oxyde de carbone. Récemment, grâce à la méthode connue de Nicloux, extraction des gaz du sang par l'acide phosphorique dans le vide, éclatement d'étincelle et dosage dans l'indiomètre de Gréhant, nous avons pu évaluer de façon précise cet oxyde de carbone à 36 c.c. et 40 c.c. ; 40 c.c. par la méthode macrométrique sur 5 c.c. de sang, 36 c.c. par la méthode micrométrique sur 2 c.c. du même sang.

Cette proportion vraiment énorme et insoupçonnée, est indiscutable, puisqu'elle a été évaluée comparativement avec des sangs de malades divers qui ne donnent que 1 à 4 c.c. °/....

Elle apporte donc une preuve de la formation d'oxyde de carbone dans le sang des oxalémiques et ne permet guère de douter de l'origine des phénomènes toxiques observés.

Elle oblige à rechercher si ce même oxyde de carbone ne se formerait pas aussi dans des conditions identiques ou voisines chez d'autres sujets et s'il ne pourrait pas être la cause de troubles analogues.

(*) *C. R. de la Société de Biologie*, 16 mars 1935.

2° chez quelques autres malades

Par M. LOEPER, BIOY, TONNET et VARAY *

Dans le travail ci-dessus, nous avons signalé la présence de proportions notables d'oxyde de carbone au cours de la grande oxalémie et montré le double parallélisme clinique et chimique qui existe : d'une part entre les crises dyspnéiques de l'oxalémie et l'oxycarbonémie ; d'autre part entre le taux élevé de l'acide oxalique du sang et celui de l'oxyde de carbone.

On peut supposer que l'oxycarbonémie ne se limite pas à l'oxalémie et que l'oxyde de carbone d'origine endogène et tissulaire peut s'accroître dans d'autres affections aiguës ou chroniques. Aussi avons-nous étudié des malades atteints d'affections vasculaires et cardiaques, des pulmonaires, des infectés et des diabétiques.

Et les résultats dans ces quelques maladies autres que l'oxalémie sont suggestifs.

	Oxyde de carbone
G. Normal	0
B. Convalescent	0
T. Réactions vaso-motrices	2,8
h. Asthmatique	6,5
C. Bronchite chronique, asthme	13
F. Hépatique alcoolique	10
B/ Diabétique	1,32
D. Diabétique	9,3
M. Rhumatisme aigu, péricardite	14,8

L'oxyde de carbone, pratiquement nul à l'état normal et dans la convalescence d'un ictère catarrhal, s'accroît donc déjà notablement dans certains troubles neuro-vasculaires, il s'accroît plus encore dans l'asthme et dans l'asthme compliqué de bronchite chronique ; il s'accroît encore dans une hépatite compliquée d'ascite, et dans deux cas de diabète ; enfin dans une maladie de Bouillaud avec complication péricardique.

Il est difficile de rapporter à sa présence un quelconque des symptômes observés. Pourtant l'abondance dans l'asthme, permettrait d'établir un certain rapport entre la crise dyspnéique et l'oxyde de carbone.

Quant à son origine, elle réside certainement dans la combustion imparfaite au sein des tissus de certaines substances nutritives.

La richesse du sang du diabétique permet d'incriminer les glucides comme dans les expériences déjà citées de Nicloux, de Rathery et de leurs élèves.

Il nous est difficile de dire s'il existe un intermédiaire et si cet intermédiaire est l'acide oxalique. Aussi compa-

(*) *C. R. Société de Biologie*. Séance du 31 mars 1935.

rerons-nous ultérieurement les chiffres sanguins d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, ceux de la glycémie et de l'oxalémie. Nous verrons même si chez un diabétique oxycarboné l'insuline fait baisser parallèlement le sucre et l'oxyde de carbone comme elle fait baisser parallèlement le sucre et l'acide oxalique.

1. NICLOUX. — Sur l'oxyde de carbone contenu normalement dans le sang. (*C. R. A. Sciences*, 1898, t. CXXVI, p. 1526, et 1924, t. CLXXIX, p. 1633.)

2. NICLOUX et NEBENZAHL. — L'oxydation de différents sucres en solution alcaline par l'oxygène gazeux du point de vue de la production d'oxyde de carbone. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 1929, t. C, p. 864, et CI, p. 189.)

3. LÉPINE et BOULUD. — Sur l'origine de l'oxyde de carbone contenu dans le sang normal et dans le sang des anémiques. (*Journal de Phys. et de Pathol. générale*, t. VIII, p. 616, 1906.)

4. RATHERY, GLEY, FRANC et GOURRAT. — L'origine de l'oxyde de carbone sanguin. (*Journ. de Phys. et de Pathol. générale*, t. XXX, n° 1, 1932, p. 24.)

5. M. LOEPER. — L'oxalémie et l'oxalurie. (Rapport présenté au XIIIe Congrès français de médecine, Paris, 20 octobre. 191?, Masson, éditeur, p. 17.)

6. M. LOEPER et J. TONNET. — Les grands oxalémiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, t. I. p. 59, 18 janvier 1929, et *Progrès Médical*, n° 9, 2 mars 1929).
— L'oxalémie, Nutrition. (Doin, éditeur, mars 1933.)

7. NICLOUX. — Appareil pour l'extraction de l'oxyde de carbone. Application. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 1913, t. XXXIV, p. 118.)

Rôle du calcium dans le sang

Par le Docteur **A. VALATX**

D'après de nombreux travaux récents, le calcium et son métabolisme jouent dans la physiologie et son métabolisme un rôle très important. Dans cette étude, nous envisagerons le Ca dans ses différentes formes, les idées générales qui président à son dosage, son rôle dans les différentes maladies.

Les différentes formes du Ca. — Le Ca est inégalement réparti entre le plasma et les globules. Dans le plasma hirudiné de 0,095 mmgr. à 0,105 ‰ ; dans le sérum même quantité. Si le plasma est conservé par des anticoagulants salins (citrate) il peut y avoir des modifications ioniques entre les globules et le plasma. Dans les globules rouges le taux serait variable (0,016 à 0,060 mmgr.) (Weil et Guillaumin) ; mais, pour Moy, Stewart Percival et autres, la quantité en serait très réduite. Les globules blancs sont riches en Ca. 494 mmgr. % (Hoerhammer).

Le Ca existe sous trois formes :

1) une partie ionisée 10 % (chiffre donné par méthode électrométrique et susceptible de revision) 20 %, 25 % par d'autres procédés ;

2) une partie liée aux albumines 45 %, 60 % environ ;

3) une partie à l'état de sels non dissous (démontrée par le fait que la somme des deux premières fractions est inférieure à la calcémie totale (phosphates, bicarbonates, lactates). Ce sont des sels ultrafiltrables qui se trouvent en combinaisons faciles à rompre.

La calcémie est remarquablement stable. La majeure partie du Ca est représentée par le calcium sérique : complexe albumine calcium. Celui-ci dépend du point isoélectrique des albumines du sérum, chaque albumine ayant son point isoélectrique différent (Vlès).

La partie ionisée ne peut se doser directement : on doit la calculer. On peut partir de la formule de Rona et Takashahi, qui ne tient compte que de l'équilibre de dissociation et de solubilité des carbonates de chaux.

$$Ca^{++} = K \frac{(H^+)}{(HCO^{3-})}$$

On détermine le pH, et la teneur en bicarbonate est mesurée pour une tension de CO^2 correspondant à celle que le sang présente au moment de la ponction veineuse. Pour Bigwood, il y aurait parallélisme strict entre la concentration en H^+ et Ca^{++}, le parallélisme n'existant pas pour les bicarbonates. Wipsché utilisant des expériences de dialyse, et la formule de Donnan trouve 14,5 mmgr.

Mais d'autres auteurs, en particulier Kugelmass, montrent que la quantité de Ca^{++} dépend encore des ions phosphores, et dans ce calcul, font intervenir les phosphates de chaux. Ceux-ci diminueraient la solubilité des carbonates, ou bien les phosphates « adsorberaient » le calcium. Aucune expérience pour étayer l'une ou l'autre hypothèse ne paraît démonstrative (Blum). Georgy propose la formule suivante élargie :

$$Ca^{++} = K \frac{(H^+)}{(HCO^{3-})\,(HPO^{4-})}$$

D'ailleurs Ca^{++} est liée aux autres ions du sang d'après Loeb, par la formule $\frac{Na + K}{Ca + Mg} = Ct$ (29 à 31 normalement) et, dans le plasma $\frac{Ca}{K}$ pour un bon équilibre, doit être égal à 2. Le métabolisme du Ca et du P serait lié par la présence d'un ferment, la phosphotase, ferment susceptible d'attaquer les composés organiques phosphorés (Austoni et Coggi).

Le dosage du calcium dans le sang. — Nous n'entrerons pas ici dans le détail des techniques longues et minutieuses que nécessite le dosage de Ca dans le sang (voir références bibliographiques) nous en indiquerons les principes.

Le sang doit être prélevé la matinée, chez un sujet à jeun, par ponction veineuse, avec un garrot serrant très peu. On centrifuge pour séparer le sérum, ou l'on s'adresse au sang hirudiné si l'on veut étudier le plasma et les globules.

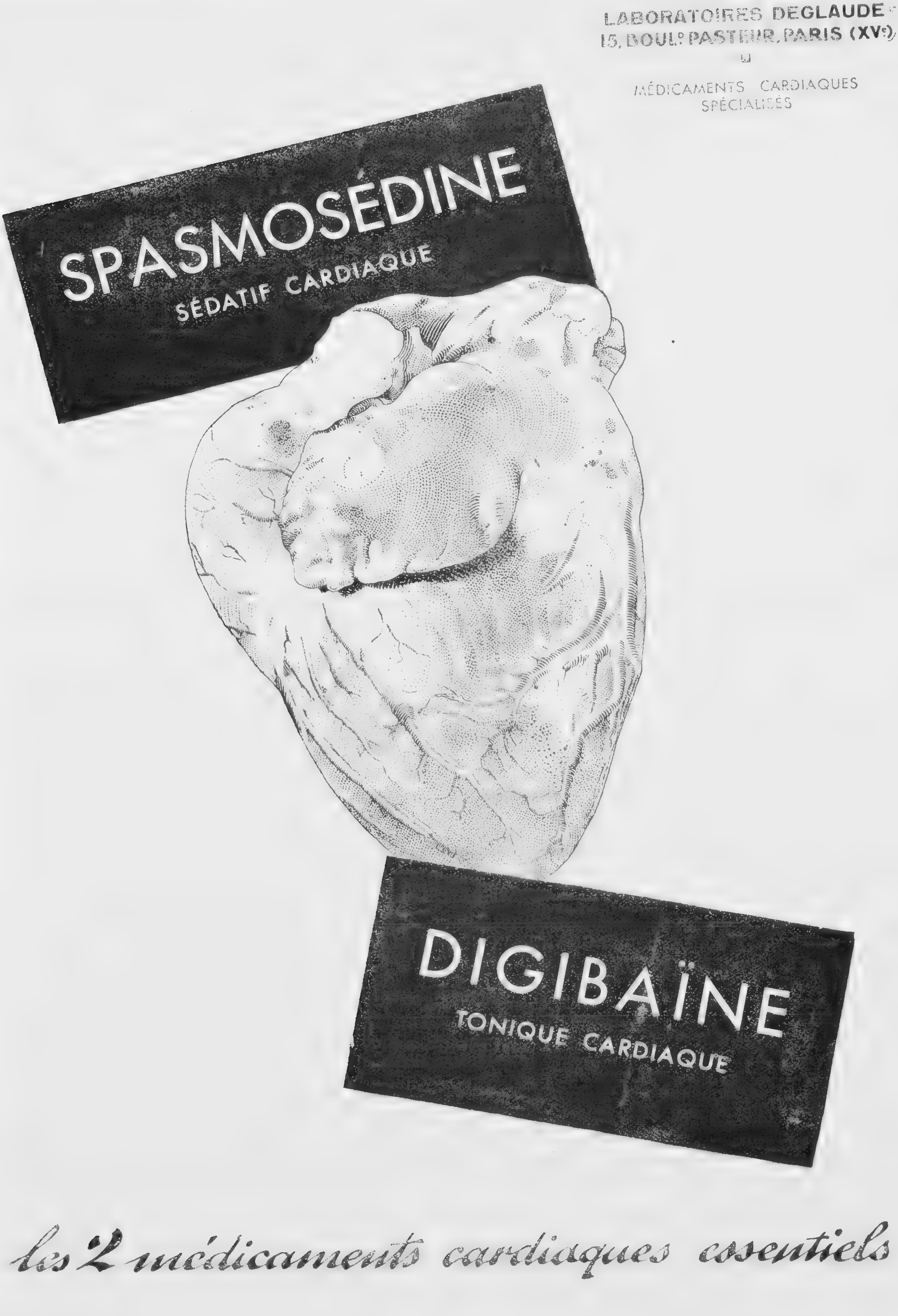
5 c. c. de sérum ou de plasma sont minéralisés par la méthode nitro-perchlorique (Guillaumin) ou incinérés dans une capsule en platine ; le résidu est repris par divers acides dilués. On précipite le calcium par l'oxalate d'ammonium. L'oxalate de Ca après centrifugation et lavages est oxydé par le MnO^4K (N/100) soit à chaud, soit à froid. La technique de Welluz et Deschasseaux permet de doser avec une erreur de 5 à 3 % 1/10 à 2/10 mmgr. de Ca.

Différents auteurs ont fait de nombreuses critiques de détail à ces différentes techniques.

La précipitation directe du Ca (méthode de Waard, Clark, etc.) est à rejeter comme entachée d'erreurs par excès (Guillaumin).

Des méthodes colorimétriques et néphélométriques ont été préconisées, nous n'avons l'expérience d'aucune d'elle.

La calcémie. — Le calcium pénètre journellement dans l'organisme avec les aliments et les boissons, la ration calcique journalière variable avec l'âge est de 0 gr. 50, 1 gramme. Le régime ordinaire sans lait apporte au moins 0,15 de Ca, le régime lacté 7 gr. 5 % s'éliminent par les matières fécales, 49 % par les urines, mais cette


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

proportion varie avec la nature de l'alimentation (Blum) (lait et fromages contiennent beaucoup de Ca).

Notre régime est le plus souvent faible en Ca et la mesure de la calcémie ne permet pas de prévoir si le régime est équilibré ou non. L'organisme le prélève dans le squelette et les dents d'abord, puis dans les autres tissus, et sous l'apparence d'une calcémie normale, peuvent se cacher des troubles profonds du métabolisme (Brull). De même, un régime hypercalcifiant, l'ingestion de quantités importantes de sels de Ca ne modifient guère le Ca sanguin (recherches personnelles). les injections de sels de Ca n'ont le plus souvent qu'une influence éphémère. Cependant le gluconate de Ca intraveineux augmenterait la calcémie de 60 % après douze injections (Chiray, Marcotte, Le Cannet, Firmin) ainsi que les injections intraveineuses de KCl (Torcano et Rico), d'acide lactique (Brown et Mme Stozanova) (Ca total et ultrafiltrable) ; les citrates alcalins provoqueraient une augmentation du Ca ionisé et ultrafiltrable, sans modifier la calcémie totale. Par contre les phosphates alcalins diminueraient celle-ci, l'alcalose provoquerait une baisse du Ca ultrafiltrable, de même que l'injection de fluorure de sodium à 1 % (Pavlovic et Bogdanovic).

Chez la femme enceinte, les besoins en Ca sont beaucoup plus considérables, surtout pendant les derniers mois (jusqu'à 0 gr. 60 par jour) et la période de lactation (1.000 grammes de lait maternel renferment 0.35 à 0,55 de Ca). Par des dosages comparatifs entre le sang de la mère et du cordon ombilical, l'hypercalcémie serait une caractéristique de toute la période fœtale. La calcémie totale sérique serait plus élevée chez les femmes à travail long (Aburel et Ornstein).

Les fixateurs du calcium. — Récemment ont été étudiés les agents capables d'influencer la calcémie. Ce sont des composés chimiques dont nous avons déjà vu l'influence, les extraits parathyroïdiens, les rayons U.-V. et la vitamine D.

Extraits parathyroïdiens. — Les dernières recherches expérimentales et chimiques ont montré l'importance des parathyroïdes dans le métabolisme du Ca.

Expérimentation chez le chien. — L'ablation des parathyroïdes provoque une chute du Ca du sang, chute importante, qui peut atteindre la moitié de la valeur initiale (l'ablation d'une seule glande ne déterminait pas des modifications de la calcémie). Cette chute ne serait d'ailleurs que transitoire. Ces résultats peuvent se rapprocher de certains cas cliniques (sclérodermie) qui furent seulement améliorés temporairement par la parathyroïdectomie (Grégoire, Lyonnet, Delavenne).

Au contraire l'injection sous-cutanée d'extrait parathyroïdien détermine une augmentation de Ca dans les cinq à neuf premières heures, et le syndrome d'hyperparathyroïdie peut apparaître avec des injections répétées (J.-B. Collip).

Chez l'homme une injection sous-cutanée d'extrait tous les deux jours détermine une hypercalcémie de 38 %, dès la sixième injection (Chiray, Marcotte, Le Cannet, Firmin).

La sympathectomie des A. thyroïdiennes supérieures chez le chien provoquerait une augmentation légère, mais constante, de la calcémie, en faveur d'un léger degré d'hyperfonctionnement des parathyroïdes (A. Previtera). La ligature et la résection de ces artères, entraînant l'ischémie des parathyroïdes, ne donnerait qu'une baisse transitoire du Ca (A. Gasparini).

Chez le lapin, l'ablation de l'appareil n'empêche pas le relèvement de la calcémie qui succède à l'abaissement du Ca obtenu par injection intraveineuse d'oxalate (Baudoin, Azerad, J. Lewin), par contre, si ablation de la rate, la réascension calcique est beaucoup moins accentuée.

Rayons U.-V. et vitamine D. — Les U.-V. sont des fixateurs du Ca. Ce sont eux qui rendent la lumière solaire fixatrice du calcium. Des applications répétées d'U.-V. ont pu provoquer des accidents d'hypercalcémie avec élimination de calculs intestinaux et des concrétions calcaires sous cutanées dans la région des muscles grands droits et entraîner la mort par cachexie (Marfan, Dorlencourt).

L'irradiation des substances riches en stérols (ergostérol), confère à celui-ci le pouvoir fixateur. Sur le corps humain, les rayons U.-V. agissent en transformant une provitamine sous-cutanée, en vitamine D. Celle-ci, qui se trouve dans l'huile de foie de morue, provient de l'action du spectre solaire sur les algues du plankton consommées par la morue (Mouriquand, Leulier).

Par l'absorption d'ergostérine irradiée par l'action des U.-V., chez des enfants normaux, Carreddu et Cento ont obtenu une augmentation de la calcémie de 4 à 24 %, l'augmentation étant d'autant plus forte que le taux initial du Ca était faible. Pour Hansman la vitamine D agirait en rendant le Ca apte au métabolisme tissulaire.

Chez les lapins dont les testicules ont été inoculés soit avec des B.K. virulents ou tués par le B.C.G., l'absorption d'agostérine irradiée détermine une calcification intense des lésions, calcification qui paraît en rapport direct avec la virulence de la souche du B.K. (Levaditi Li Yuan Po.

Chez les chiens thyroparathyroïdectomisés, les injections sous-cutanées de parathormone ou d'ergostérol irradié élèvent le taux du Ca sérique, les variations de celui-ci étant approximativement parallèles à l'excrétion urinaire du Ca (Spies, R.-H. Wilson, James, A. Stringham).

Chez des chiennes soumises à l'absorption de doses massives d'ergostérine irradiée, les chiens allaités moururent de cachexie progressive et l'autopsie montra de nombreuses précipitations calcaires prédominant au niveau des reins (M. Connel).

Dans le rachitisme expérimental, en ajoutant 2 % de Ca au régime rachitigène de Pappenheim, on obtient la décalcification. Ce phénomène serait dû à l'excès de Ca dans un régime pauvre en P, elle disparaît par adjonction d'une vitamine ou de phosphore pour rétablir l'équilibre $\frac{Ca}{P}$ (Mac Callum, Mauriquand).

A côté de ces différents agents, le foie semble jouer un rôle important : des chiens ayant des lésions hépatiques ont une tendance à l'abaissement du Ca (Nitzescu).

L'action des R. X. sur les surrénales et le sympathique cervical provoque une ascension brusque, un plateau puis le retour au taux initial (Langeron, Desplats, Paget, Quemeré).

Variations pathologiques du calcium. — Dans de nombreuses maladies le rôle du Ca. a été recherché et ses variations ont donné lieu à de multiples théories pathogéniques.

Dans les *maladies aiguës* le taux du Ca diminue ; il s'élève dans la défervescence, il y aurait un rapport assez constant entre les variations du Ca et celles de la réserve alcaline du sang (Achard, Ornstein).

C'est surtout dans les *affections des glandes vasculaires* que le rôle du Ca a été établi, en particulier pour les parathyroïdes. Dans la tétanie il y a une diminution nette de la calcémie : l'abaissement peut porter soit sur le Ca total, soit sur le Ca ionisé ; d'où l'importance des modifications de l'équilibre acidobasique.

L'ablation des parathyroïdes dans les syndromes hyperparathyroïdiens provoque une hypocalcémie qui est un signe pratiquement constant chez les parathyroïdectomisés. Celle-ci manque dans la tétanie par hyperpnée. (Alcalose avec abaissement du Ca ionisé).

Cette intervention a été effectuée dans plusieurs cas de polyarthrite ankylosante, chaque fois qu'il a été trouvé une hypercalcémie notable. Dans un cas de spondylose rhizomyélique typique avec hypercalcémie considérable (140 milligrammes), une parathyroïdectomie (ablation

d'une glande saine) donne lieu à un retour du Ca à la normale et une amélioration fonctionnelle rapide (Alajouine Bazy, Fauvert, Coste). Quel est le rôle de l'intervention dans le mécanisme de cette libération fonctionnelle ; Leriche et Jung ont pratiqué l'ablation des parathyroïdes ou des ligatures des A. thyroïdiennes supérieures dans des cas de polyarthrite ankylosante avec hypercalcémie ; une amélioration fonctionnelle notable a été obtenue.

Des accidents de tétanie post-opératoire ont été signalé ; dont certains cas rebelles aux extraits parathyroïdiens. Ce phénomène serait dû à un régime trop riche en phosphore, l'hormone parathyroïdienne ferait diminuer la phosphorescence et augmenter la calcémie. Les symptômes de tétanie disparaîtraient par absorption de 1 gramme de sels de magnésium (Shelling Goodman).

Dans les *syndromes d'hypo et d'hyperthyroïdie*, l'hyper et l'hypocalcémie ont été signalées, la teneur du sang en Ca total ne serait pas modifiée (Weil, Guillaumin).

L'hyperthyroïdie n'aurait en soi aucune action dans le métabolisme du Ca et du P (Hansman. Wilson). Ces recherches ne cadrent pas avec la thèse de Aub et ses collaborateurs, de Hunter pour lesquels la thyroxine a un effet catabolique direct sur les dépôts calciques des os.

Dans le *rhumatisme chronique*, le Ca serait augmenté il y aurait une affinité anormale des tissus pour les sels de chaux. Ceux-ci injectés dans le derme tendent à se précipiter ; cette tendance à la précipitation peut disparaître sous l'influence du traitement soufré (Loeper. Michaux, Lahondeau). Divers auteurs trouvent le Ca variable soit normal, soit augmenté ou diminué.

Dans les arthrites traumatiques et infectieuses, il n'y a pas de perturbations de la calcémie (Weil, Guillaumin), de même dans l'évolution des arthroses (Coste, Lacapère, Ornstein, Grigaut, Charmant). Pas d'hypercalcémie chez les goutteux en général. Il n'en serait pas toujours ainsi, dans le rhumatisme ovarien, dans lequel il y aurait hypocalcémie, hypophosphatémie et diminution de la réserve alcaline (Weil, Guillaumin).

Influence des glandes génitales. — Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas au moment des règles, des variations de la calcémie, de même dans la dysménorrhée. La castration exerce une influence des plus nettes : abaissement passager chez les rats chatrés (Guillaumin, Dahace), par contre chez les malades hystérectomisées, le taux du Ca serait normal dans la majorité des cas.

Variations de la calcémie dans les maladies de l'appareil respiratoire. — Nous envisagerons seulement quelques cas particuliers.

Tuberculose pulmonaire. Le Ca se maintient dans les limites normales et aucune règle ne préside à leurs variations ; à noter seulement une hypocalcémie chez les tuberculeux diarrhéiques, mais c'est la diarrhée qui en est la cause (Guillaumin, Weil). Cependant le traitement par le Ca et l'ergostérine donnent des améliorations, la calcémie n'étant pas augmentée ; si le Ca agit ce serait par stimulation du métabolisme ou par action de catalyse sur l'organisme. L'hypercalcémie indique plus une perte de Ca déjà fixé qu'une augmentation de la calciopexie (Starna).

Asthme. L'excitation du sympathique par l'adrénaline s'accompagne d'hypocalcémie, celle du vague par la pilocarpine d'hypercalcémie (Billigheimer, Dresel) résultats contraires pour Berg, Hess. Shermann ou la section du vague s'accompagne d'hypercalcémie et celle du sympathique d'hypocalcémie (Irechia, Popovicin). La majorité des auteurs trouvent une calcémie normale ou diminuée dans l'asthme. Cependant des travaux récents et très précis effectués au Mont-Dore par MM. Drilhon et Clogne, Galup et Debidour montrent une hypercalcémie dans les crises d'asthme sévère, ce qui correspondrait à la vagotonie de ces malades. L'abaissement du K n'a pas été observé chez ceux-ci de façon régulière.

Appareil circulatoire. — Dans l'hypotension il y aurait une diminution du Ca avec augmentation de K (Schneider, Weber) ; chez les malades atteints d'athérome aortique avec ou sans hypertension, même dans les formes avancées, le Ca sérique est souvent normal, parfois même diminué.

Appareil rénal. — Dans l'albuminurie orthostatique et dans le diabète rénal il y a une hypocalcémie créant pour Violle un état d'imperméabilité physiologique des reins au glucose et à l'albumine. Sous l'influence du traitement calcique il y a tendance à la disparition de celle-ci ; le Ca agirait en modifiant l'état physico-chimique du sang, la position orthostatique ne jouant qu'un rôle secondaire.

Dans le diabète rénal, les eaux sulfatées calciques vosgiennes atténuent la glycosurie par l'action de leur calcium sur le système vago-sympathique (Santenoise Merklen, Bonnet, Richard, Vidacovitch). Le Ca joue un rôle dans l'élimination rénale de l'acide urique en formant vraisemblablement une combinaison uro-calcique facilement éliminable par les reins (Violle).

Dans les néphrites le Ca varie dans des sens variables.

L'ablation des reins détermine une élévation de la calcémie.

Dans l'insuffisance rénale l'hypocalcémie est un phénomène fréquent, elle s'observe au cours des hypertensions avec lésions rénales, parfois au cours des néphroses, mais manque dans les hypertensions pures. Le taux d'abaissement du calcium est dû probablement à la rétention du phosphore. Les crampes, les secousses musculaires, en partie les convulsions peuvent être attribuées à l'hypocalcémie, mais un syndrome semble surtout en rapport avec l'abaissement du Ca sanguin, c'est le nanisme rénal (Izod, Bonnett) ; l'acidose serait incriminée par Sendrail.

Appareil digestif. — Les travaux récents ont gravité autour de la vésicule biliaire et du canal cholédoque.

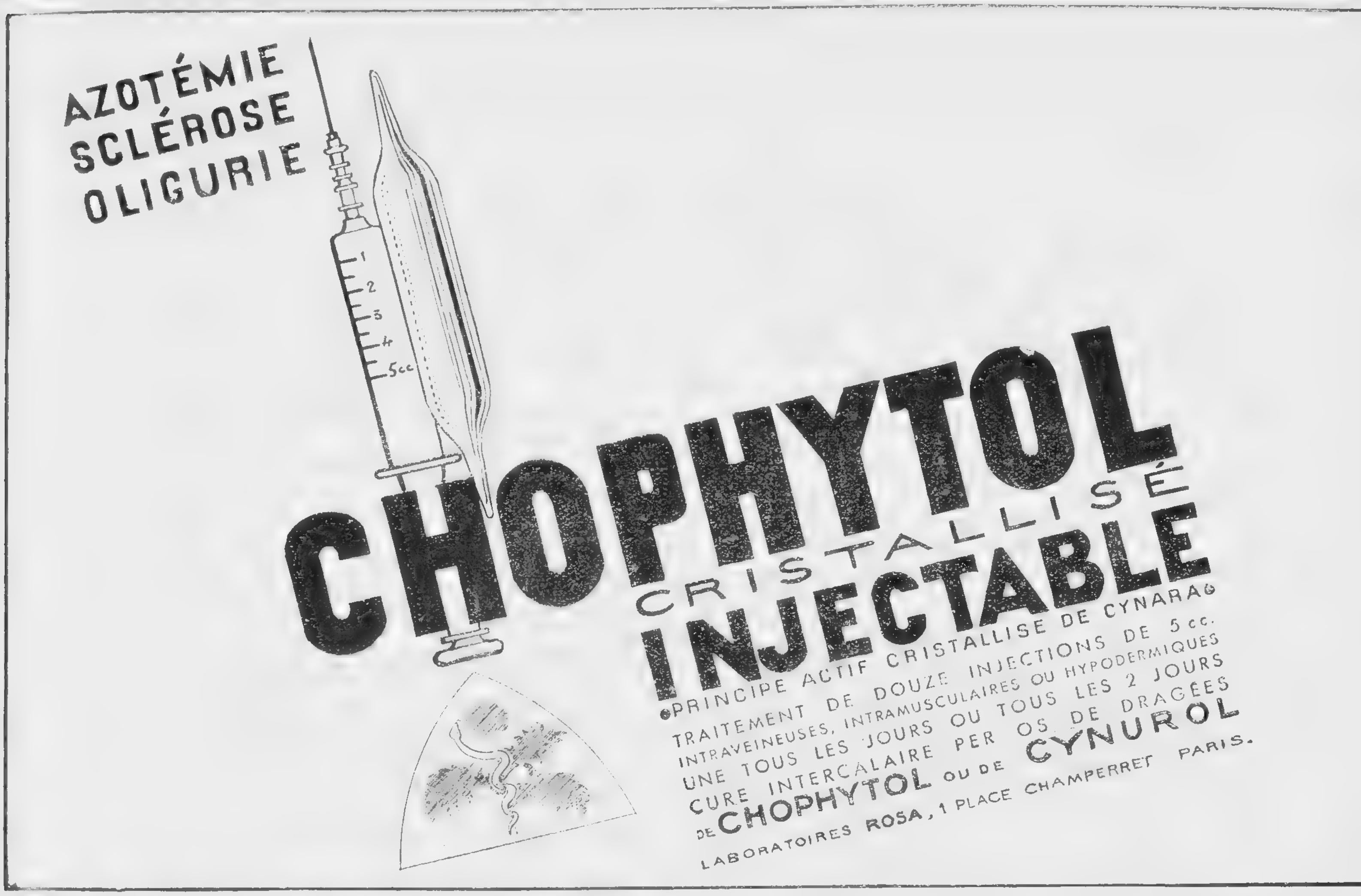
Au cours de l'occlusion expérimentale du cholédoque chez l'animal, la calcémie augmente légèrement, puis s'abaisse jusqu'à revenir à la normale, et même au-dessous vers le trente-cinquième jour. Le taux du phosphore est en général abaissé dès le début. Ces variations seraient probablement en relation avec l'état d'acidose constatée chez ces animaux en expérience et dépendant de l'intoxication par rétention biliaire ; le notable abaissement du Ca serait indirectement lié à l'absence d'utilisation des graisses alimentaires par suite de l'absence du rôle de la bile. L'organisme est donc contraint pour la saponification des graisses à utiliser le Ca introduit avec les aliments (Cataliotti).

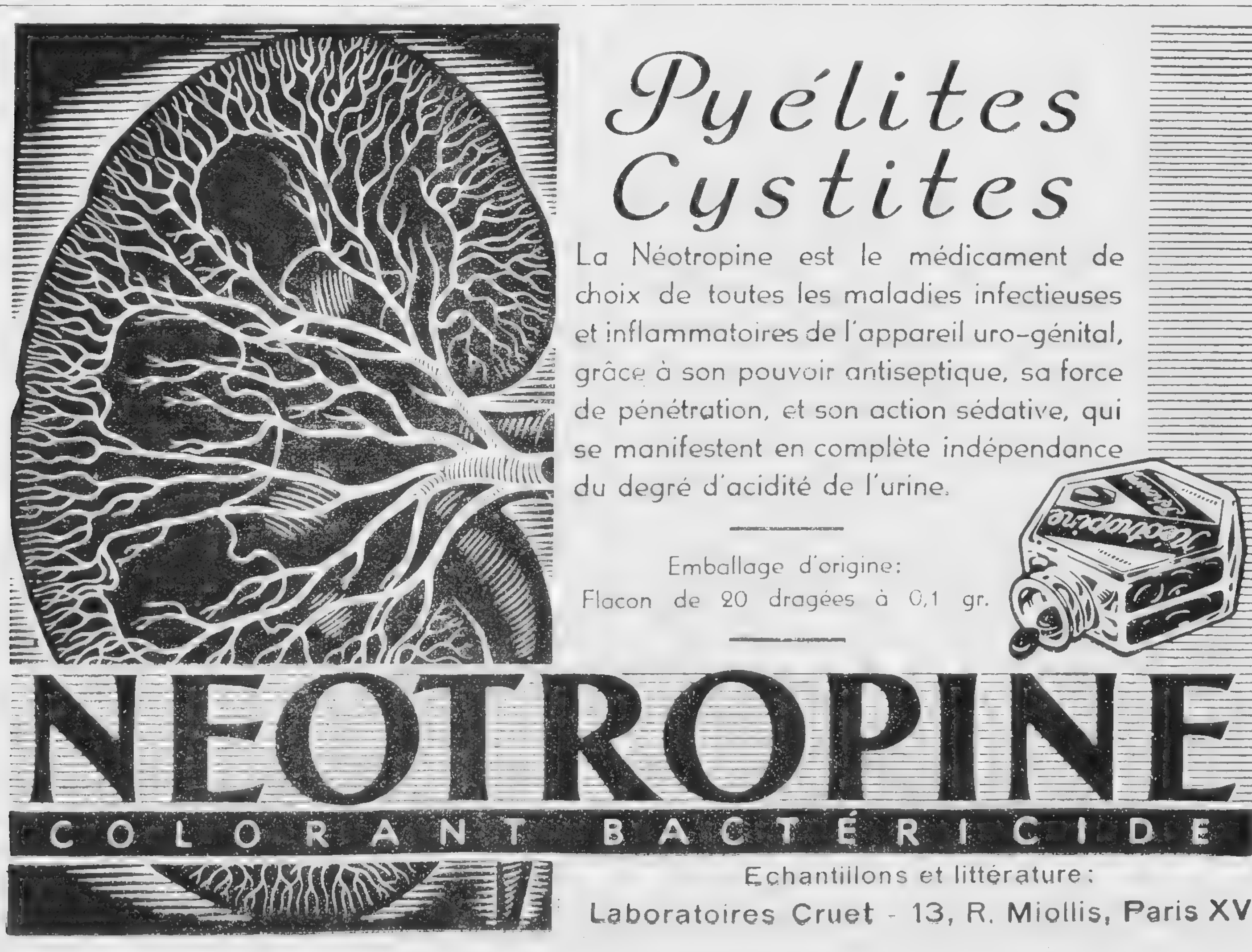
Dans l'hypercalcémie provoquée il y a le plus souvent une augmentation importante du Ca des biles A, B, C, mais la visibilité des calculs n'est pas améliorée, l'opacification des voies biliaires n'est pas augmentée (Chiray, Marcotte, Le Cannet, Firmin).

Ces mêmes auteurs ont traité les cholécystites chroniques par injections intraveineuses de sel de Ca (gluconate, glycocollate) intramusculaires d'extrait parathyroïdien. Il y a sédation remarquable des douleurs vésiculaires. Y a-t-il modification de la contractilité de la vésicule ? Action du Ca sur le système vago-sympathique ?

Système nerveux. — Dans le liquide céphalo-rachidien, la calciumrachie est habituellement parallèle dans ses variations à celles de la calcémie (Pachon, Cahane).

Le Ca est un excitant du sympathique (Danielopolu) et l'équilibre du système nerveux autonome dépendrait d'une certaine contraction du sang en ions Ca (Herz-


AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE
CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
•PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA•
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES
DE CHOPHYTOL OU DE CYNUROL
LABORATOIRES ROSA, 1 PLACE CHAMPERRET PARIS.


Pyélites
Cystites
La Néotropine est le médicament de choix de toutes les maladies infectieuses et inflammatoires de l'appareil uro-génital, grâce à son pouvoir antiseptique, sa force de pénétration, et son action sédative, qui se manifestent en complète indépendance du degré d'acidité de l'urine.
Emballage d'origine:
Flacon de 20 dragées à 0,1 gr.
NEOTROPINE
COLORANT BACTÉRICIDE
Echantillons et littérature:
Laboratoires Cruet - 13, R. Miollis, Paris XV


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

dfel), mais pour un équilibre normal il faut que le coefficient de Loeb soit égal à 30 environ.

Le Ca accélère la contraction cardiaque, le péristaltisme intestinal, il agit sur la contraction musculaire et pour Loeb l'excitabilité des muscles est proportionnelle au rapport $\frac{Na + K}{Ca + K}$, mais pour Gyorgy la formule serait plus complexe :

$\frac{K, \text{phosphate}, HCO^3}{Ca, Mg, H}$ — les ions du numérateur augmentant l'excitabilité nerveuse, ceux du dénominateur la diminuant.

Aussi Viard et Cazaubon ont-ils expérimenté le $CaCl^2$ avec l'hyposulfite de magnésium en injections intraveineuses (1) dans les affections spasmodiques du système nerveux : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, convulsions infantiles, chorée, spasmes artériels digestifs. Ils auraient obtenu des résultats brillants.

Dans les myopathies et les myasthénies le Ca n'est pas modifié (Urechia, Tezcanu).

Chez les aliénés la calcémie est habituellement normale dans les divers types démentiels (Pachon, Steganescu, Drago, Mireanu).

Dans les états anxieux il existe une hypocalcémie qui est habituellement parallèle à l'intensité chimique du syndrome.

L'augmentation de la calcémie par l'extrait parathyroïdien donne une amélioration chimique (Laboucarie, P. Valdiguié). Chez les petits anxieux, les instables, les cénestopathes, le chlorure de calcium avec l'hyposulfite de magnésium provoque une augmentation de poids et la rétrocession des spasmes (Pichard, Casaubon, Mlle Gabrielli).

Dans le sommeil l'augmentation du taux de Ca améliorerait nettement la qualité du sommeil normal, le sujet s'endort plus facilement et les réveils spontanés le matin sont plus fréquents et plus euphoriques (Donald A. Lair). Demole injectant des solutions faibles de Ca dans la région ventrale du ventricule moyen du chat provoque un sommeil prolongé. Marinesco, Sager, Kleindler arrivent aux mêmes conclusions. Sans conteste le calcium provoque donc une influence favorisante sur le sommeil.

Dans le scorbut chronique l'accumulation du Ca dans l'encéphale du cobaye serait la cause de l'état de torpeur à la fin de la maladie (Mlle Michaux).

Affections chirurgicales. — Dans les *fractures*, pour Imbert et Roy l'activité du foyer se traduit par une hypocalcémie et plus le taux de Ca est bas, plus la réparation de la fracture est rapide. Au contraire dans deux observations avec retard manifeste de la consolidation le taux du Ca élevé d'abord s'est abaissé au moment où la réparation s'est faite. Chez une grande *ostéomalacique* par carence l'abaissement du Ca et du P furent extrêmes. L'injection du Ca a rétabli le métabolisme calcique et phosphaté (Coste).

Dans les *périodes post-opératoires*, chute importante du Ca sanguin dès les vingt-quatre premières heures ; vers le quinzième jour le Ca est revenu à la normale. Cette chute calcique semble liée à plusieurs facteurs : toxines mises en liberté par le traumatisme opératoire, fixation du Ca au niveau des tissus vaso-dilatation d'ordre sympathique et peut-être répercussion à distance sur les glandes parathyroïdes (Menegaux Guillaumin, Pergola).

Cancer. — On trouverait une augmentation notable du rapport $\frac{K}{Ca}$, K augmenté Ca diminué, quoique pour de nombreux auteurs la calcémie ne traduit ni le cancer, ni le pré-cancer par des variations appréciables (de Bersaques et Bérat, Cheviel, Bodin et Cormier.)

Dans les *chéloïdes* il y aurait une hypercalcémie des tissus chéloïdiens ; serait-elle en relation avec un dysfonctionnement parathyroïdien (Marras).

Importance du calcium dans la thérapeutique. — Dans ce qui précède nous avons examiné le rôle joué par le Ca dans de nombreuses maladies. Aussi certains sels de Ca, comme le chlorure de calcium, a-t-il été employé comme sédatif, reconstituant, diurétique, antidiarrhéique ; il renforce la contraction du cœur, en augmente l'excitabilité, en diminue la conductibilité ; il est aussi hémostatique, antixénique, anticlasique. (Voir Rev. gén. de Blum, *Monde Médical*, avril 1933). Plus récemment signalons son action dans la maladie de Bouillaud et dans le rhumatisme chronique (Zenoff), comme analgésique (Tavares) ; il a été employé dans l'hypersensibilité à l'insuline, l'intolérance à celle-ci disparaissant si on ajoute du gluconate de Ca (Hunscheidt). Dans des cas de bronchites grippales et d'affections pulmonaires le Ca a influencé favorablement la circulation périphérique et passe pour avoir un rôle préventif vis-à-vis des réactions inflammatoires (Zapel).

Sous quelle forme vaut-il mieux aborder le Ca. D'après ce qui précède, il faut prendre des sels facilement ionisables ($CaCl^2$) ou des sels organiques colloïdaux (Berceano). Pour Bernheim le Ca devrait s'absorber loin des repas : l'alcalinité intestinale, l'excès des graisses dans l'alimentation, de phosphore, d'acide oxalique favorisant la formation de sels insolubles, donc inabsorbables. Ceci expliquerait l'échec fréquent de l'absorption de la farine digestive lorsque le remède est pris au moment des repas.

Conclusions

Dans cette étude nous n'avons pas eu la prétention de signaler tout ce qui a été écrit sur le calcium et son métabolisme. Vous avons voulu indiquer les divers travaux récents et insister sur certains faits particuliers. Nous remarquerons :

1° Dans plusieurs cas les résultats sont contradictoires suivant les auteurs. Un dosage du Ca exige d'être exercé à la technique utilisée, il ne faut pas tenir compte d'une variation de 3 à 4 % pour en déduire une modification de la calcémie ; le nombre de manipulations qu'exigent un dosage ne permettent qu'une précision de 3 à 5 % entre des mains exercées ;

2° Dans les différentes maladies ce n'est pas tant la calcémie totale qui intervient, mais probablement les différents états du Ca mobile : ils sont difficiles à préciser ;

3° Ce n'est pas sur un seul signe de laboratoire que l'on peut établir un diagnostic. Le sang n'est pas le reflet constant des troubles dont les tissus sont le siège. Si un prélèvement sanguin représente incontestablement une biopsie, celle-ci n'est que la biopsie d'un tissu particulier et il est hasardeux de vouloir conclure de son état à celui des autres tissus (Weil-Guillaumin) ;

4° Il faut retenir les renseignements utiles que peut donner la calcémie et signaler le rôle important du calcium dans la pathogénie et son efficacité indéniable dans la thérapeutique actuelle.

(1) 0,75 de calcium et 0,80 d'hyposulfite de magnésium pour 10 c. c. d'eau distillée.

BIBLIOGRAPHIE

Dosage du Ca dans le sang

ALOY. — Répartition du Ca chez le chien. (*C. R. Biol.*, t. LIX, p. 604, 1902.)

ALPORT. — Dosage du Ca dans le sang. (*Bioch. Journ.*, t. 18, p. 455, 1924.)

ASTRUC, MOUSSERAN, BOISSON. — Sur un nouveau dosage de l'ion Ca (*Bull. soc. chim. biol.*, 1930, t. 12, p. 482.)

◆◆

BLAIR, BELL. — Dosage du Ca sanguin. (*Bristisch. Med. Journ.*, avril 1920.)

BIGWOOD. — La concentration des ions Ca dans le plasma sanguin. (*Bull. soc. chim. biol.*, t. 6, p. 473, 1924.)

CAPSO et FAUBL. — Teneur en Ca des fractions protéiniques du sérum. (*Bioch. Zeit.*, t. CL, p. 509.)

CHENEVEAU et BENNU. — Sur le dosage du Ca par la méthode opacimétrique. (*C. R. Ac.*, t. 177, p. 1296, 1923.)

CLARK. — Micro-détermination du Ca dans le sang total, le plasma et le sérum par précipitation directe (*Journ. biol. chem.*, t. 49, p. 487, 1921.)

CRISTOL. — Procédé simple et rapide du dosage du Ca dans les liquides albumineux. (*Bull. soc. pharm.*, 1922, p. 79.)

DENIS. — Substitution à l'opacimétrie et à la nepthelométrie dans certaines méthodes d'analyses biochimiques. (*Journ. biol. chem.*, p. 27, 1921.)

FABRE et DEVROIS. — Sur une cause d'erreur fréquente dans le dosage du Ca dans le sang. (*C. R. Soc. biol.*, p. 1127, 1924.)

GUILLAUMIN. — Dosage du Ca dans le sang. (*Bull. Soc. chim. biol.*, 1932.)

HIRTH et KLOTZ. — Recherches sur la valeur du dosage du Ca dans le sang d'après la méthode de Waard. (*C. R. Soc. biol.* 1923, p. 1153.)

KRAMER et HORVLAND. — Dosage du Ca dans de petites quantités de serum sanguin. (*Journ. of. biol. chem.*, 1920, p. 35 et t. XLVI, 1921, et t. XLVII, p. 475, t. XLVIII, p. 223.)

KRAMER et TISDALL. — Distribution du Ca, Na, Mg entre les globules et le sérum du sang humain. (*Journ. of. biol. chem.*, 1922, p. 241.)

KUGELMASS. — Le mécanisme tampon pour la concentration de l'ion Ca et la détermination des valeurs tampon de l'ion Ca (*Journ. biol. chem*, 1924, t. LX, p. 237.)

LABBÉ et DE TONI. — Méthodes de dosage du Ca dans le sang. (*Journ. chim. et de pharm.*, 1921, t. 29, p. 247.)

LAIDLAW et PEYNE. — Méthode pour l'estimation de petites quantités de Ca. (*Bioch. Journ.*, 1922, p. 404.)

LINGER et BUSHILL. — Dosage du Ca dans le sang. (*Bioch. Journ.*, 1922, p. 403.)

LYMAN. — Dosage du Ca sanguin. (*Journ. pharm. et chim.*, 1922, p. 25.)

HEYSENBOURG et PAPPENHEIM. — Ca diffusible du sérum sanguin et méthode de dosage. (*Journ. biol. chem.*, 1921, p. 529.)

NITSHKE. — Sur l'état du Ca dans le sérum sanguin. (*Bioch. Zeitsch*, 1925, p. 229 et 1928, p. 123.)

PETERS et EISERMAN. — Influence des protéines et du phosphore inorganique sur le Ca du sang. (*Journ. biol. chem.*, 1928, p. 155.)

ROC — Détermination calorimétrique du Ca sanguin. (*Journ. of. biol. chem.*, 1928, p. 78.)

RONA et PETOW. — Contribution à la question de la répartition des ions Ca dans le sérum sanguin. (*Bioch. Zeit.*, 1923, p. 356.)

STEWARD et PERCIVAL. — Etudes sur le métabolisme du Ca, la teneur en Ca des globules, du plasma et du sérum. (*Bioch. Journ.*, 1928, p. 542.)

WARBURG. — Remarques sur le calcium de la concentration des ions Ca que peut contenir à l'état soluble le plasma. (*Bioch. Zeit.*, 1926, p. 208.)

WELLUZ et DESCHASEAUX. — Recherches sur le micro-dosage du Ca. (*C. R. Soc. biol.*, p. 974, 1930.)

— XLII[e] Congrès de l'Association française de chirurgie, oct. 1933.

Métabolisme du Ca

ABAREL et ORNSTEIN. — La calcémie fœtale. (*C. R. Soc. biol.*, 18 oct. 1930.)

ACHARD et ORNSTEIN. — Le Ca dans les maladies aiguës. (*C. R. Soc. biol.*, 1930, p. 749.)

ALAJOUANINE, BAZY, FAUVERT, COSTE. — Considérations sur un cas de spondylose rhizomyélique avec hypercalcémie traitée par parathyroïdectomie. (*Soc. Méd. Hôp.*, 11 juin 1934.)

ANTONI et COGGI. — La phosphotase du plasma. (*Presse Med.*, 14 oct. 1934.)

BARR. — Les relations entre le métabolisme calcique et les malades des os. (*The Amer. Journ. of Cancer*, nov. 1932.)

BAUDOUIN, AZERAD, LEWIN. — Recherches sur la régulation de la calcémie chez le lapin. Influence de l'appareil thyro-parathyroïdien. (*C. R. Soc. biol.*, 15 oct. 1932. Influence de la rate. *C. R. Soc. biol.*, 21 avril 1934.)

BERCEANO. — Influence du Ca ionisé. (*Romanio Médicula*, 15 avril 1933.)

BERHEIM. — Besoins et utilisation du Ca (*The Journ. of. Amer. Med. Assoc.*, 1[er] avril 1933.)

DE BERSAQUES et BÉRAT. — La calcémie dans le cancer. (Congrès de Liége, 1930.)

BLUM. — Rôle biol. et métabolisme du Ca (*Monde Méd.*, 15 avril 1933.)

BRULL. — Congrès franç. Méd., Liége, 1930.

CATOLIOTTI. — Recherches expérimentales sur le comportement du Ca, Mg, P, dans le sang au cours des occlusions du cholédoque. (*La Clinqua chirurgica*, sept. 1933.)

CAZEDDU et CENTO. — Variations du Ca dans le sang sous influence ergostérine irradiée et U.-V. (*La Pédiatra*, 1[er] nov. 1933.)

CHIRAY, MARCOTTE, LE CANNET, FIRMIN. — Variations du Ca sanguin et biliaire chez l'homme sous l'influence des injections de gluconate de Ca et extrait parathyroïdiens. (*Press. Med.*, 30 déc. 1933.)

— Traitement médical des cholécystites. (*Press. Méd.*, 16 juin 1934.)

CHEVIEL, BODIN et CORMIER. — Recherches sur la teneur du sérum sanguin des cancéreux en K et en Ca (Assoc. franç. pour l'étude du cancer, 18 déc. 1933.)

DECOURT et GUILLAUMIN. — Etude physico-chimique du sang de vingt sujets adultes présentant un signe de Chvoste. (*C. R. Soc. biol.*, 10 mai 1934.)

DONALD et A. LAIR. — Métabolisme du Ca et qualité du sommeil. (*Med. Journ. and Record*, 6 déc. 1933.)

DRILHON et CLOGNE. — De la calcémie sérique chez les asthmatiques. (*Soc. biol.*, 11 nov. 1933.)

DRILHON et CLOGNE, GALUP et DEBIDOUR. — Contribution à l'étude de la calcémie et de la kaliémie dans l'asthme. (*Presse Méd.*, 19 mai 1934.)

GASPARINI. — Hypercalcémie expérimentale et ischémie des parathyroïdes. (*Il Morgani*, 18 juin 1933.)

GREENBEBG et GUNTHER. — Ca diffusible du sang. (*Arch. of. int. Med.*, déc. 1932.)

GRÉGOIRE, LYONNET, DELAVENNE. — Influence de la parathyroïdectomie sur la calcémie. Recherches expérimentale. (*Le Sang*, n° 8, 1933.)

GROS. — Les substances irradiées. Avantages et inconvénients au point de vue de la santé physique. (Thèse Paris, 1929).

GUILLAUMIN. — Congrès intern. franç. med., Liége 1930. (*Bull. soc. chim. biol.*, 1932.)

GYORGY. — La pathogénie des réactions tétaniques. (*Zentralblatt für innere Med.*, 3 sept. 1933.)

HANSMANN et WILSON. — Métabolisme calcique et phosphoré dans les maladies de l'appareil thyroparathyroïdien. (*The méd. Journ. of. Australia*, 13 janvier 1934.)

— Le problème du mode d'action de la vitamine D. (*Id.*, 20 janvier 1934.)

HENSCHEIDT. — Le Ca dans l'hypersensibilité à l'insuline. (*Zentralblatt. f. Méd.*, 21 avril 1934.)

IMBERT. — Modifications de la calcémie dans l'évolution des fractures. (*Soc. chir. Marseille*, janvier 1934.)

IZOD BENNETT. — Modifications du Ca sanguin dans l'insuffisance rénale. (Congrès insuffisance rénale, Évian, sept. 1933.)

LABOUCARIÉ, P. VALDIGUIÉ. — Les états anxieux et les troubles de la calcémie. (*Soc. Méd. Toulouse*, juin 1934.)

LANGERON, DESPLATS, PAGET, QUEMERÉ. — Modifications de la calcémie chez l'homme après les R. X. (*Soc. méd. et anat. clinique de Lille*, 25 nov. 1930.)

LERICHE et JUNG. — Effets de la résection des A. thyroïdiennes sur la calcémie et la symptomatologie fonctionnelle dans un cas de polyarthrite ankylosante. (*Gaz. Hôp.*, 3 déc. 1930.)

LEVADITI et LI YUAN PO. — Action calcifiante de la vitamine D sur les lésions tuberculeuses provoquées par bacilles préalablement tués et le B. C. G. (*Soc. Biol.*, 17 janvier 1931 et 9 mai 1931.)

MARFAN et DORLENCOURT. — Accidents d'hypercalcémie consécutifs à des applications multiples de R. U. V. (*Soc. Pédiatrie*, 20 janvier 1931.)

MARINESCO, SAGER, KREINDLER. — Recherches exp. sur le problème du mécanisme du sommeil. (*Zeit. f. d. g. Neurol. und psycho*, 1929, p. 277.)

SPIED, WILSON, STINGHAM. — Action du viostériol et de la parathormone chez des chiens thyroparathyroidectonisés. (*Chinese Med. Journ.*, avril 1934.)

HARRAS. — Métabolisme calcique et chéloïdes. (*Giorn. Ital. di dermato et sifili*, juin 1933.)

MENEGAUX, GUILLAUMIN, PERGOLA. — Recherches sur les variations de quelques éléments du sang (Ca en particulier)

BIBLIOGRAPHIE

L'impuissance sexuelle chez l'homme (*Etiologie, diagnostic, traitement*), par M. PALAZZOLI. Un volume de 281 pages : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs.

La première partie de ce livre rassemble les notions sur la physiologie du rapport sexuel, nécessaires à la compréhension de la pathologie sexuelle.

La seconde partie comprend l'étude de l'impuissance prise en général, de ses formes et du diagnostic. L'auteur ramène l'étude de ces problèmes aux cas les plus habituels de la pratique journalière.

Dans la troisième partie est décrit le traitement : d'abord énumération des moyens thérapeutiques, puis indication pour chaque variété étiologique, de la méthode qu'il conviendra d'adopter. L'auteur a insisté particulièrement sur le traitement psychique.

« Ce livre, écrit le professeur Legueu dans sa préface, comporte une valeur pratique de tout intérêt : partout la théorie s'abaisse devant la réalité. Des exemples cliniques judicieusement choisis et libérés de tout ce qui pourrait servir la curiosité sans satisfaire la science, montrent sous une forme frappante les graves répercussions de l'impuissance et les bénéfices d'un traitement judicieux.

« Depuis longtemps préparé et remanié dans la gestation d'une profonde réflexion, ce livre éclairera les médecins et les urologistes ; aux uns et aux autres il offre des éléments de diagnostic, des règles de thérapeutique. »

Repos physiologique du poumon par hypotension dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par F. PARODI. Un volume de 232 pages avec 59 figures, 48 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur a publié en 1933 un livre de « Mécanique pulmonaire » dont l'originalité a retenu l'attention non seulement des physiologistes, mais de tous les cliniciens et aussi de bon nombre de physiologistes. Le point de départ de ses recherches reposait sur la base suivante : le poumon est un organe dont la fonction est essentiellement mécanique et qui malade, est justiciable de traitements mécaniques. Il convient donc de lui appliquer les lois connues de la physique et de la mécanique qui régissent les corps de sa catégorie que sont les solides élastiques.

Ce nouveau volume complète « la mécanique pulmonaire » ; il contient l'application clinique et expérimentale de la théorie précédemment exposée. L'auteur reprend les problèmes fondamentaux se rapportant à la mécanique de la respiration, en les traitant tant au point de vue mécanique que clinique et physiologique. Cet ouvrage semblera moins aride peut-être dans sa substance que le précédent ; il contribuera à faire connaître davantage encore parmi les médecins la doctrine nouvelle sur aquelle F. Parodi fait reposer la thérapeutique pulmonaire.

La Colibacillose (*Etude clinique et thérapeutique*), par L. STROMINGER. Un volume de 248 pages : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce travail d'ensemble écrit par l'un des spécialistes qui se sont le plus intéressés à la question, réunit la plupart des faits cliniques, avec une documentation thérapeutique importante. Il décrit les localisations diverses de la colibacillose et ses manifestations. Ainsi le lecteur voit se dresser à ses yeux le tableau lumineux d'une maladie aux localisations multiples, d'allure troublante et de répercussions imprévues.

On remarquera tout particulièrement le chapitre consacré aux toxines du colibacille, à leurs répercussions sur le système nerveux et sur les troubles psychopathiques. Il convient de signaler aussi les passages consacrés à la contagion du colibacille, à sa portée sociale, à son importance dans le mariage et la grossesse, toutes questions riches d'applications pratiques.

Comme cette maladie n'intéresse pas seulement l'urologue, mais aussi le médecin, l'accoucheur, le gynécologue, le pédiatre et surtout le psychiatre, on conçoit l'intérêt que peut présenter ce livre où l'auteur présente une étude de la colibacillose sous toutes ses formes.

Traitement et prophylaxie des maladies des pays chauds, par MM. R. VAN NITSEN et J. DUWEZ (380 pages, impr. des Travaux publics, rue de Flandre, 160, à Bruxelles, 1934.)

Nombreux sont les traités qui se sont attachés à l'étude des maladies tropicales. Aucun ne réunit aussi strictement les affections qui, encore de nos jours, ruinent la santé des coloniaux. En 42 chapitres concis et parfaitement clairs, M. Van Nitsen a exposé les 42 affections qui composent toute la pathologie exotique : description de la maladie, traitement, prophylaxie. Rien de théorique, tout est fondé sur une large expérience, ce qui constitue le plus précieux enseignement que les médecins coloniaux puissent trouver. Nul mieux que M. Van Nitsent n'était qualifié pour traiter ces questions pour lesquelles une telle mise au point, sous cette forme, s'imposait.

L'ouvrage comprend une seconde partie consacrée entièrement à la pharmacologie. M. Duwez s'est attaché à donner une forme pratique à l'exposé des vertus thérapeutiques et des doses des médicaments spécialisés dans le traitement des maladies envisagées. Là encore l'auteur a basé son étude sur l'expérience et s'est appliqué à ne parler que des médicaments qui ont vraiment fait leurs preuves.

Nouveau manuel d'échecs du débutant, par André CHÉRON. Un volume de 178 pages. Prix broché : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet idéal cours élémentaire d'échecs s'adresse à trois genres de lecteurs : 1° aux profanes, qui désirent apprendre à jouer aux échecs, mais, ignorant tout du roi des jeux de l'esprit, ont besoin d'explications du jeu claires et précises, où la définition soit constamment accompagnée de l'image ; 2° aux débutants qui veulent apprendre à bien jouer et sont en quête d'un cours substantiel mais concis qui enseigne tout l'essentiel et néglige l'accessoire ; 3° aux joueurs ambitieux qui se sentent arrêtés dans leurs progrès par un obstacle inconnu, et qui cherchent un professeur éprouvé, un maître qui puisse leur révéler le secret qui lui a permis d'atteindre lui-même à la maîtrise.

Voici un sommaire de l'ouvrage : dialogue entre le joueur d'échecs et le profane. Abréviations. Explications du jeu : notation de l'échiquier, marche des pièces, promotion, prise, prise en passant, l'échec, le mat, le but du jeu, le roque, les six cas de partie nulle, etc... Théorie de la fin de partie. Théorie du milieu de partie : valeur comparée des pièces, parties commentées (l'importance du centre, de l'ouverture des lignes, des cases faibles, la supériorité de l'offensive sur la défensive), valeur comparée du fou et du cavalier, 22 parties courtes et brillantes. Théorie du début de partie : les principes généraux. Nombreux débuts. Dix leçons sur le gambit de la dame. Qu'est-ce qu'un problème ? Qu'est-ce qu'une étude ? Comment on devient fort joueur d'échecs. Les qualités constitutives du grand joueurs d'échecs. Liste de champions. Vocabulaire.

La dernière guillotinée, par Pierre BOUCHARDON. Un volume in-8° couronne de 224 pages. Prix : 12 francs. Editions de la Nouvelle Revue critique, 11, rue François-Mouthon, Paris (XV°).

M. Pierre Bouchardon dont l'œuvre littéraire est maintenant considérable, est le prestigieux évocateur des drames du passé. Il anime sous nos yeux les grands criminels dont les horribles méfaits firent frissonner nos aïeux ou nos pères, depuis les terribles aubergistes de Peyrebeille jusqu'au triste abbé Auriol. Ce sont quatre « affaires de sang » dont il nous donne dans ce volume le vivant récit.

La dernière guillotinée nous rapporte les circonstances du crime pour lequel fut jugée Georgette Thomas. Condamnée à mort par les assises de Loir-et-Cher en 1886, elle fut la dernière femme qui porta sa tête sur l'échafaud car depuis lors le Président de la République a toujours commué la peine de mort prononcée contre une femme en détention à perpétuité. Le crime, il est vrai, dépassait les limites de l'horreur. Cette femme, avec la complicité de son mari et de ses deux frères, assassina sa mère dans des conditions atroces. On ne peut lire sans frémir le récit de cette tragédie qui se déroule dans un des coins les plus incultes de la terre de Sologne, il y a cinquante ans.

L'affaire du boulevard du Temple est l'assassinat de la baronne Dellard, tuée chez elle, dans son appartement, le 4 décembre 1891, à la tombée du jour. Après de nombreux tâtonnements, on mit la main sur le criminel, le sous-lieutenant d'infanterie en non-activité Louis-François Anastay, le protégé de la victime. Les circonstances du crime sont très curieuses et par un extraordinaire concours de circonstances, le meurtrier parut, au début de l'instruction, posséder un indestructible alibi. M. Pierre Bouchardon fait vivre sous nos yeux, avec un grand talent, cette étrange affaire.

Le curé de Saint-Arçons est une tragédie dont un humble village de l'arrondissement de Brioude fut le théâtre en janvier 1882. Plus d'un demi-siècle a passé, mais, dans cet âpre pays, le souvenir du drame n'est pas éteint. On l'évoque encore, au coin du feu, pendant les longues soirées d'hiver quand tombe la neige et que des pas résonnent sur le chemin.

Le mystérieux Campi est également appelé parfois l'assassin de la rue du Regard. Il assomma, en août 1883, sous les coups d'une massette de casseur de pierres, un sexagénaire, un homme de bien dans toute l'acception du terme, M. Ducros de Sixt et tenta aussi de tuer la sœur de ce dernier. Arrêté, le criminel déclara s'appeler Michel Campi. C'était un faux état civil mais jamais, même devant la guillotine, Campi ne consentit à en donner un autre ou à révéler son identité véritable. Qui était Campi ? Dans cette ténébreuse affaire où l'unique témoin perdit la mémoire, l'assassin de M. Ducros de Sixt a-t-il emporté son secret dans la tombe ? M. Pierre Bouchardon éclaire ces questions de lueurs troublantes.

La Scena Illustrata, magnifique revue d'art et de littérature de M. PILADE POLLAZZI. Firenze, Via Silvestro Marulli 9.

Le numéro du 1-15 février contient un vibrant appel à l'amitié franco italienne « qui ne devra pas rester momifiée dans les protocoles diplomatiques mais être vivante dans la vie internationale ». Rappelons que l'on doit à Pilade Polazzi l'admirable bronze d'Augusto Rivalta représentant Molière, Goldoni et les « masques » italiens offerts à la Comédie-Française.

G. ESPÉ DE METZ.

Pour les médecins-pêcheurs. Nous signalons à nos lecteurs une chose qui peut intéresser nombre d'entre eux ; un laboratoire a eu l'idée de les abonner gracieusement au nouveau journal de pêche qui va sortir incessamment : « Au bord de l'eau », rédacteur en chef M. Tony BURNAND, ex-médical, pêcheur passionné, l'auteur de « En pêchant la truite ». Cette « revue passionnante pour pêcheurs passionnés », traitera de pêche sportive, de pêche au coup et de pêche en mer ; elle sera pleine de récits et de conseils utiles, nul doute qu'elle n'aille droit au cœur des disciples de Saint-Pierre.

Les médecins que cette revue intéresse pourront donner leur nom et adresse, aussitôt que possible, à l'éditeur de la Revue, les Ateliers A. Br C., 52, rue Mathurin Régnier, à Paris (XV°). Ils pourront ainsi recevoir déjà le premier numéro qui doit paraître au début d'avril.

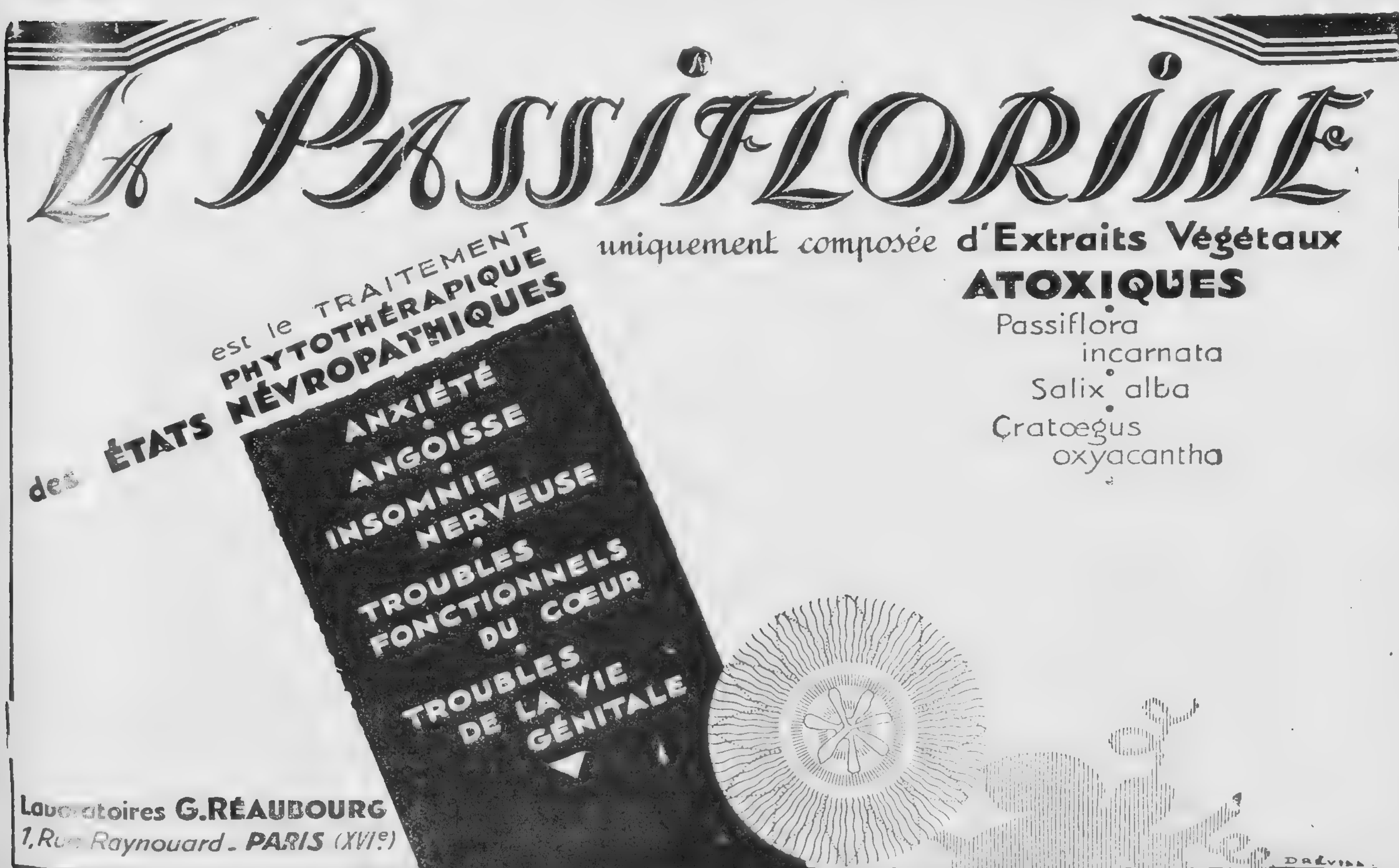
THÉRAPEUTIQUE

Troubles menstruels des tuberculeuses

Dans un précédent article nous avons insisté sur les complexes thérapeutiques auxquels on doit avoir recours pour combattre la « maladie veineuse » qui se réclame au premier chef d'un trouble de la fonction ovarienne.

Il est une catégorie de malades qui présente plus particulièrement cette déficience glandulaire et qui supporte très mal ces troubles fonctionnels : ce sont les tuberculeuses. Les poussées menstruelles tuberculeuses, les hémoptysies dites de compensation, sont d'observation courante. Souvent même ce sont des irrégularités de la fonction ovarienne, jusque-là absolument normale, qui ont attiré l'attention de la malade sur son mauvais état de santé.

Toutes ces malades sont justiciables au même titre d'un traitement par la folliculine qui agit remarquablement sur trois ordres de faits : la fièvre menstruelle, les petites hémoptysies cataméniales, les aménorrhées des tuberculeuses. Mais contrairement aux doses généralement employées qui sont relativement faibles, nous n'avons pas hésité à donner à nos malades jusqu'à 200 gouttes de Cuprémone " F " par jour pendant les quinze jours précédant les règles et avec un remarquable résultat dans 60 à 65 % des cas traités.



au cours de la période post-opératoire. (*Soc. Chir.*, 2 mai 1934, *Journal de chirurgie*, juin 1934.)

MOURIQUAND, LEULIER. — Métabolisme et fixation du Ca chez l'enfant. (Congrès Liége 1930, *Lyon Médical*, 13 déc. 1931 et mai 1932.)

ODINET. — Calcémie, phosphaturie. (*Bull. Méd.*, 1934. p. 186.)

PACHON, CANAHE. — Contribution à l'étude de la calciumrachie). (Congres Liége, 1930.

PACHON, STEGANESCU, DRAGOMIREANU. — La calcémie chez les aliénés. (Congrès Liége, 1930.)

PREVITERA. — Les variations en Ca du sérum du sang des animaux opérés de sympathectomie des A. thyroïdiennes sup. (*Archiv. Italiano di chirurgia*, sept. 1933.)

PICHARD, CASAUBON, GABRIELLI. — Action du chlorure de calcium et de l'hyposulfite de magnésie dans divers syndromes neuro-psychiatriques. (*Soc. Méd. psych.*, 14 juin 1934.)

SANTENOISE, MERKLEN, BONNET, RICHARD, VIDACOVITCH. — Etude électrophysiologique des effets de l'administration d'eau sulfatée calcique sur l'excitabilité reflexe vagale. (Acad. Méd., 8 mai 1934).

SENDRAIL et BEZY. — *Arch. méd. enfants*, juillet 1933.

SHELLING et GRODMANN. — Etudes sur Ca et P. Importance d'un régime thyréopriné. (*The Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 3 mai 1934.)

SIMONNET et TANRET. — Sur l'action calcifiante et sur l'action toxique chez l'animal de hautes doses d'ergostérol irradié. (Acad. Sciences. 2 mars 1931.)

STARMA. — Calcémie et calciopexie dans la tuberculose pulmonaire, (*Il Policlinico*, 19 juin 1933.)

TAVARES. — Ca comme analgésique. (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 9 déc, 1932.)

TOSCANO et RICO. — *Soc. biol.* 1932, p. 1057.

VIARD et CASAUBON. — Le chlorure de calcium et l'hyposulfite de magnésium dans le traitement des spasmes digestifs. (Soc. thérapeutique, 14 février 1934.)

VIOLLE. — Ca et éliminations rénales. (*Press. Med.*, 2 mai 1934.)

WEIL et GUILLAUMIN. — La calcémie. (*Gaz. Hôp.*, 8 oct. 1930.)

WOLFF et BARTHÉLEMY. — Répartition du Ca et du Mg dans les organes du chien. (Acad. Sciences, 9 avril 1934.)

ZAPEL. — Le traitement des bronchites et des pneumonies. (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 9 février 1934.)

ZENOFF. — Traitement des affections rhumatismales par le calcium. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 23 février 1934.)

Pour compléter cette bibliographie le lecteur pourra se reporter au numéro du *Progrès Médical* du 17 mars 1928, numéro tout entier consacré à des études sur le calcium. — N. D. L. R.

J'ai plusieurs fois été questionné par des pères et des mères de famille au sujet d'une prétendue antinomie entre la mode actuelle des sports à l'école, d'un bout à l'autre des etudes, et l'application de l'esprit aux dites études. On ne s'en plaint guère pour les filles, qui malgré l'addition des sports aux programmes d'éducation, apprennent tout de même plus que leurs aînées. Mais les garçons ! « Comment voulez-vous (me disent des parents sages et respectables) qu'un garçon qui ne rêve que *rugby* s'attarde sur Sénèque, sur Platon, ou même sur un problème de géométrie ? Le désir du cœur est loin de ce qu'il doit étudier ; il se sent prisonnier dans l'étude et, tout en faisant mine d'étudier, ne rêve qu'évasion vers le sport. »

Il y a beaucoup de vrai là-dedans. L'on doit craindre, en effet, et l'on peut, je crois déjà constater un fléchissement dans la formation scolaire des jeunes générations par rapport à celles qui les ont précédées. De plus en plus l'instruction classique intégrale devient l'apanage d'une minorité.

Nous ne sommes plus au temps où le bourgeois français moyen citait du Molière et reprenait parfois dans sa bibliothèque son Virgile d'écolier pour en lire quelques vers. Nous ressemblons de plus en plus aux gens de *middle-class* d'Angleterre. Il faut en prendre notre parti, comme, de mon temps d'écolier, nous prenions notre parti d'être moins cultivés que les écoliers du seizième siècle français. » (Marcel PRÉVOST. — Le sport et l'esprit. *La Revue de France*, 15 mars 1935.)

THÉRAPEUTIQUE

La chlorophylle dans le traitement du cancer

Par I. DAVID-GALATZ
Médecin chef de l'Hôpital Elisabeta Doamna (Bucarest)

Le problème de guérir peut être envisagé de deux manières. Les uns, cherchent à découvrir l'agent nocif et agir sur lui ; les autres, s'attaquent aux effets produits par cet agent. Les premiers font un traitement causal, les autres traitent le symptôme, la maladie. Malgré le progrès qui fut réalisé dans la médecine, souvent encore de nos jours, nous sommes forcés de suivre la seconde voie, la voie du symptôme, voie la moins scientifique. C'est le cas du cancer où jusqu'à aujourd'hui nous n'agissons que sur le symptôme : toute la chirurgie du cancer, toute la physiothérapie cancéreuse est sur cette voie. Thérapeutique symptomatique parce que la cause du cancer nous est encore inconnue.

Quant à la recherche de la cause du cancer, les uns la poursuivent au microscope, *ils veulent la voir* : les autres, les derniers arrivés, pensent qu'elle est peut-être une viciation de la vie cellulaire, un désordre physiologique, un trouble d'ordre fonctionnel. Nous nous rangeons parmi ces derniers.

Nous croyons que le cancer est un vice de la vie cellulaire. Le cancer n'est pas le produit d'un agent qui s'est introduit dans l'organisme en le polluant, il est plutôt le résultat d'un désordre dans la mitose cellulaire, créé par la disparition d'une substance qui préside à la croissance des cellules et à leur division. Le cancer se développe à un moment donné, dans notre organisme, non par l'effet d'un intrus, mais plutôt par le défaut d'une substance nécessaire à la réglementation de la division cellulaire. Le cancer serait le résultat d'une carence. L'organisme carencé de cette substance régulatrice de la vie cellulaire ouvre largement ses portes au désordre mitosique, à l'anarchie cellulaire.

Dans tout organisme supérieur, chaque cellule a une double vie : sa vie propre avec le caractère de base de toute substance vivante, sa reproduction. Et puis, sa vie fonctionnelle ou son rôle physiologique, rôle qu'elle remplit au service de l'organisme dans tout son ensemble, par exemple, la cellule à sécrétion élabore une substance spécifique nécessaire à l'organisme dont elle fait partie, etc... Une cellule cancéreuse est une cellule dégradée, c'est une cellule qui a perdu la fonction qu'elle remplissait dans l'organisme, elle ne possède plus que la fonction de base de la matière vivante, celle de se reproduire. La cellule cancéreuse a descendu l'échelle phylogénétique, elle est revenue à la vie des êtres unicellulaires, où chaque cellule vit sa vie propre et ne fait que se reproduire.

Dans les organismes supérieurs, n'importe quelle cellule porte en elle le germe de cancérisation, parce que n'importe quelle cellule peut régresser. Il suffit pour cela qu'elle abdique la fonction qu'elle remplissait dans la société cellulaire. *Toute cellule appartenant à une société cellulaire, faisant partie d'un organisme supérieur, peut subir une régression, peut perdre sa fonction physiologique, peut être mise sur le seuil du cancer si l'ambiance dans laquelle elle vit et fonctionne, l'y détermine.* Toute excitation prolongée mécanique, physique, chimique ou biologique peut préparer une cellule pour l'évolution cancéreuse. Une cellule ou un groupe de cellules *longuement* excitées réagira d'abord par un excès dans sa fonction physiologique, mais dès que l'excitation se prolonge, ce n'est plus par un acte physiologique qu'elle va répondre, mais par une irritation de son protoplasme, par un état anatomique qui est une régression, une dégradation. Dans ce nouvel état anatomique, elle se débarrassera de sa fonction physiologique et ne gardera plus que sa fonction vitale : la fonction de reproduction. De ce phénomène à la cancérisation, il n'y a qu'un pas.

De l'étude approfondie du cancer se dégagent deux notions : n'importe quelle cellule peut s'acheminer vers le cancer et n'importe quelle excitation prolongée peut la déterminer pour y arriver.

* * *

Une excitation prolongée peut créer un état d'irritation ré-

gressive de la cellule, état dans laquelle la cellule n'est plus apte que pour la reproduction, mais pour que la mitose prenne le caractère désordonné, il faut que disparaisse ce que nous avons appelé le « facteur freinateur » de la cyto-mitose. Nous connaissons très peu de choses des lois qui régissent la mitose des cellules de nos tissus et de nos organes. Il est hors de doute qu'un mécanisme régulateur doit présider à la formation de nos tissus et à leur maintien dans les limites des besoins de l'organisme. Sans ce mécanisme régulateur, nous aurions des monstruosités de nos tissus et de nos organes.

Carrel, dans ses études sur la culture des cellules *in vitro*, admet bien l'existence de ce qu'il appelle les tréphones: nos recherches nous font croire que, dans les organismes supérieurs, il existe un facteur d'ordre hormonal qui freine, règle et harmonise la mitose cellulaire. Le facteur freinateur d'ordre hormonal n'est pas nécessairement mis sous la dépendance du système nerveux : en effet, nous savons que les plantes, quoique dépourvues d'un système nerveux, gardent quand même leur architecture sans dévier en monstruosités. Plus encore, nos recherches nous font croire qu'il y aurait un facteur freinateur pour la mitose en général et un autre spécifique pour chaque tissu.

La disparition du facteur freinateur mettra l'organisme à la merci de la mitose cellulaire anarchique là où une excitation cellulaire prolongée aurait irrité la cellule. *Excitation prolongée et disparition du facteur freinateur sont les deux conditions déterminantes de l'éclosion cancéreuse.* Au moment où nous aurons entre nos mains, où nous aurons isolé ce facteur freinateur, cette hormone freinatrice, la lutte contre le cancer prendra une autre tournure.

Depuis des années, nous poursuivons cette voie, nous avons expérimenté divers extraits d'organes, l'hémoglobine, mais *pour le moment*, la substance la plus maniable nous paraît encore être la chlorophylle, qui est l'homologue de l'hémoglobine.

La chlorophylle des plantes vertes s'est montrée entre nos mains comme une substance qui freine la mitose cellulaire, qui sensibilise la cellule cancéreuse aux rayons X, qui désintoxique l'organisme tout en lui faisant tolérer des doses massives de rayons X, et qui jouit d'une propriété sthénique très prononcée. Ses propriétés thérapeutiques, elle les acquiert des rayons qu'elle sélectionne soit du spectre solaire ou des radiations de l'ampoule cathodique. Les rayons une fois sélectionnés et absorbés, elle les cède à l'organisme. Par elle-même, elle n'est ni caustique, ni bactéricide, et si elle est assez pure, elle sera supportée par l'organisme sans aucune réaction, sauf dans la leucémie. Nous insistons : *la chlorophylle doit être assez pure* et comme telle nous n'avons eu avec elle aucun accident dans le traitement de nos cancéreux.

Pour le cancer des téguments, nous employons la pâte à la chlorophylle. Au commencement, nous avons employé la pâte toute seule. La guérison s'obtenait très lentement. Mais peu importe, le premier cancer de la peau guéri montrait que la chlorophylle arrête la mitose cellulaire et épidermise activement l'ulcération. Cette même action freinatrice se décèle au microscope si l'on fait une injection intratissulaire, dans une partie seulement d'un cancer extériorisé — dans le cancer de la lèvre par exemple. En extirpant ensuite un tel cancer, on constate que, dans la partie injectée, la mitose est de beaucoup moins active. Donc une action freinatrice nette.

Mais nous nous sommes vite convaincus que *le traitement à la chlorophylle doit toujours être accompagné des rayons X, loco dolenti* ou sur la rate et les os longs. Le cancer tégumentaire ou viscéral sera donc toujours attaqué en même temps par la chlorophylle et les rayons X. D'ailleurs nous le répétons, la chlorophylle n'agit que par les radiations qu'elle absorbe.

Pour les cancers tégumentaires, nous employons la pâte, dont on couvre l'ulcération tous les deux ou trois jours d'une mince couche, et l'on expose aux rayons X, sans appliquer ensuite aucun pansement. Avant chaque nouvelle application, on nettoie l'ulcération avec une solution de carbonate de soude à 5 %. La guérison se fait vite, laissant une cicatrice souple.

Pour tout cancer viscéral, nous employons la chlorophylle en injection intraveineuse. Nous avons soumis à ce traitement des malades non opérés, des malades opérés, des opérés avec récidives, les inopérables et les cachectiques. Le fait qui frappe surtout, c'est l'influence qu'a la chlorophylle sur l'état général du malade. C'est le relèvement de l'état général des épuisés, des cachectiques qui impressionne le plus. Après quelques injections, les malades changent complètement tant au point de vue physique que moral, ils jouissent d'une euphorie remarquable, ce qui nous fait dire que la chlorophylle désintoxique.

Les malades à cancer inopérable de la langue nous affirment être soulagés de leur douleur; les malades à cancer de l'œsophage avalent plus facilement ce que nous mettons encore sur le compte de la neutralisation de la molécule toxique du cancer. La toxine neutralisée n'irrite plus les extrémités nerveuses mises à nu par le cancer.

Les cancéreux chlorophyllés supportent des doses de rayons X, beaucoup plus grandes qu'à l'ordinaire, sans présenter le mal des rayons, à la condition que l'injection soit faite peu avant l'exposition aux rayons X. Cette propriété qu'a la chlorophylle d'augmenter la tolérance aux rayons X, est une de ses qualités remarquables. D'autre part, avons-nous pu suivre des cancers de l'œsophage qui résistaient moins aux rayons dès qu'on leur faisait des injections de chlorophylle, ce qui nous fait dire qu'elle sensibilise la cellule radiorésistante.

Comme la chlorophylle n'est pas toxique et l'accumulation n'est pas à craindre, nous faisons le traitement par cure de dix à douze injections. Les injections intraveineuses sont faites journellement ou toutes les quarante-huit heures en commençant par 1 c. c. et augmentant la dose chaque fois de 1 c. c. jusqu'à la dose de 5 c. c. avec laquelle nous continuons le reste de la cure. Chaque injection est suivie immédiatement d'une séance de rayons X.

***

Notre conception sur la genèse du cancer nous a servi comme hypothèse de travail. Les résultats que nous avons obtenus par la chlorophylle (1) combinée aux rayons X, présentent une étape momentanée de notre travail, étape assez intéressante, croyons-nous, pour la pouvoir présenter au public médical.

NOTES DE STOMATOLOGIE

La carie dentaire est une maladie de la civilisation

Par A. WILCKEN (de Paris)

Il a été constaté que les races primitives anciennes avaient de bonnes dents, par les découvertes archéologiques qui ont mis à jour des squelettes de la préhistoire, dont les crânes portaient des dents intactes, sans aucune carie. Lorsque ces recherches ont fait retrouver des crânes dont les dents présentaient des caries, ceux-ci avaient été recueillis dans des tombeaux, par conséquent provenaient de peuples ayant atteint un certain degré de civilisation.

Dans les races qui de nos jours se rapprochent le plus de l'état primitif, les dents sont meilleures que celles des peuples à civilisation raffinée et presque indemnes de carie.

Dans nos pays européens on constate que la partie de la population vivant dans les villes, dans le bien-être et le confort, présente de grandes quantités de dents cariées, tandis que les habitants des campagnes les plus pauvres, les montagnards en particulier, sont ceux qui ont les meilleures dents. Ils se nourrissent de pain de seigle très rassis, de légumes qu'ils cultivent eux-mêmes aux alentours de la maison. La viande figure rarement au menu. Repas frugaux, analogues à ceux des peuples primitifs. Ne parlons pas du brossage des dents ; il est remplacé, je serais tenté de dire *avantageusement*, par une puissante mastication produisant un nettoyage mécanique des dents.

Dans un article du *Progrès Médical* (2) j'ai indiqué que le lait crû est un préventif de la carie dentaire. Le petit nombre de caries rencontrées chez les peuples primitifs est

(1) La chlorophylle du commerce est assez impure, celle que nous employons aujourd'hui nous donne entière satisfaction.

(2) *Progrès Médical* n° 18 du 5 mai 1934.



L'Huile de Foie de Morue dans le traitement des plaies.

L'huile de foie de morue, source de vitamines A et D, est devenu un remède employé par la faculté dans le traitement des plaies.

L'huile de foie de morue possède des propriétés très particulières qui font qu'elles désinfectent les plaies, hâtent leur cicatrisation, guérison naturelle qui ne nécessite aucune post-opération. Au surplus, ce traitement est indolore, ce qui est très important dans les brûlures.

L'huile de foie de morue est employée dans les bandages plâtrés, en cas de fractures compliquées, brûlures, intoxications du sang, maladies de la peau, etc.

Huile de Foie de Morue Norvégienne

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité de propagande pour l'huile de foie de morue médicinale norvégienne.

Boite Postale 226, Bergen, Norvège.

probablement en relation avec l'élevage des enfants au lait crû, c'est-à-dire au sein, tandis que nos races civilisées, pratiquant pour diverses raisons auxquelles le confort et les obligations mondaines ne sont pas étrangères, l'allaitement artificiel sont les plus atteintes par la carie dentaire. Les montagnards sont aussi de gros consommateurs de lait et de laitages.

Boitel, de Vevey (1) (Suisse) dit :

« Les lettres de Madame de Sévigné nous apprennent « que les maux de dents étaient fréquents à la cour du Roi, « mais que dans le peuple la carie n'a fait son apparition « qu'avec le bien-être qui s'est peu à peu installé depuis « cinquante ou cent ans.

« Aujourd'hui le peuple n'est pas plus épargné que la « classe aisée.

« Des études ethnographiques ont été faites en Suisse à « plusieurs reprises. Il y a environ cinquante ans que l'En- « gadine s'est ouverte au tourisme. Les rudes montagnards « se sont engagés dans les hôtels récemment ouverts, et ce « fut un désastre. »

Les progrès de la civilisation s'étendant à tous les domaines, il fallait au lieu que chacun cultivât sa terre, produire en grand sur des espaces moins disséminés, afin de nourrir les citadins. Aussi ces terres cultivées avec intensité virent leurs phosphates s'épuiser.

On eut recours aux engrais artificiels. Le plus usité est le superphosphate de chaux, composé en grande partie de phosphate acide, aboutissant à la production d'un fourrage acide.

Boitel demande si le blé cultivé dans ces terrains ne présente pas un semblable inconvénient ?

C'est fort possible, quoique non démontré.

Le régime carné trop développé depuis l'amélioration de nos conditions d'existence est de nature à favoriser le développement de la carie dentaire, la viande ayant un pH fortement acide.

La préparation des aliments a aussi sa part de responsalité dans l'évolution de la carie dentaire. On cuit davantage les aliments pour éviter la fatigue de l'estomac, l'effort masticatoire est presque supprimé ; l'assimilation se fait-elle mieux dans ces conditions ? Une forte mastication donnerait peut-être un meilleur résultat ! On blanchit les légumes, mais l'eau de première cuisson qui est jetée entraîne les substances minérales utiles des plantes. Le pain a perdu de sa valeur, l'exigence des consommateurs ayant conduit les minotiers à éliminer le plus de gluten possible, pourtant riche en vitamine B et en phosphore.

Le sucre dont la consommation a été sans cesse en augmentant a contribué au développement de la carie dentaire. Il favorise la pullulation des bactéries et subit une fermentation acide dans la bouche. On connaît aussi les caries d'aspect très particulier des confiseurs, pâtissiers, ouvriers fabriquant les dragées, même ne mangeant pas de sucre.

Les animaux eux-mêmes ont payé leur tribut à la civilisation dans cet ordre d'idées. Ceux qui ont été domestiqués ont été atteints par la carie dentaire.

Voici un exemple typique du bon résultat de la frugalité sur le système dentaire, cité par Boitel :

« L'exemple m'a été donné par un petit orphelinat de fil- « lettes dont les pensionnaires fréquentaient la Clinique « dentaire scolaire de Vevey. Nous avons toujours été « frappé des bonnes dents de ces enfants ; elles présentent « trois fois moins de caries que les autres élèves des écoles. « les traitements de racines et les extractions sont à peu « près inconnus, les gencives sont saines, et toute la bouche « présente un état contrastant nettement avec celui des « autres enfants. Ces fillettes sont élevées de façon très « stricte, l'orphelinat ayant des ressources modestes. Le « petit déjeuner se compose de chocolat, de pain et d'avoine « préparée à la façon de Bircher, avec ou sans pommes râ- « pées suivant la saison. Les repas du midi et du soir se « composent d'une soupe, de pommes de terre et légumes. « A 4 heures, collation frugale. On consomme peu de sucre ; « la viande n'apparaît que deux fois par semaine, mais on « fait grand usage du pain, qu'on consomme toujours ras- « sis, d'avoine, de pois et de lentilles. On mange des fruits « quand ils ne sont pas trop chers. On se couche assez tôt « pour n'avoir pas sommeil le matin. On ne mange pas « entre les repas.

« Depuis quelques années, il a été institué dans les écoles « de Vevey des distributions de lait à 10 heures du matin ; « elles ont grand succès auprès des écoliers. Aussi a-t-on « voulu en faire bénéficier les élèves de l'orphelinat ; mais « ces fillettes bien nourries à la maison, n'ont pas sup- « porté ce supplément de nourriture, et on a dû le leur sup- « primer.

« J'ai cherché en vain d'autres traits particuliers à leur « genre de vie. C'est simplement une vie très régulière et « ordrée, une nourriture plutôt végétarienne, suffisamment « d'exercice masticatoire, et peu de sucre. Pas de pain spé- « cial, pas de supplément de vitamines, pas beaucoup « d'aliments crus. Peut-être pourrait-on, par ces moyens, « obtenir un résultat encore meilleur, mais un résultat « très net a été acquis. Ajoutons encore que ces fillettes se « brossent les dents chaque soir, mais ni mieux ni plus mal « que la moyenne des enfants. Il ne manque plus à cette « énumération, que l'exception qui confirme la règle : il y « a une année, une élève de l'orphelinat commença à voir « ses dents se carier plus rapidement ; c'était une élève qui « fréquentait une classe ménagère, et qui y goûtait, un peu « à toute heure du jour, les plats qu'on y confectionnait. »

L'homme moderne s'est beaucoup éloigné du régime qui devait convenir aux besoins de son organisme, il mange trop, il mange trop vite, il mange des aliments mal choisis, il les prend trop dévitalisés, trop dévitaminés, trop cuisinés.

On voit par tout ce qui précède que chaque étape d'amélioration des conditions de la vie humaine, chaque palier de la civilisation ont été marqués d'un développement de la carie dentaire. N'en serait-il, pas par hasard, de même en ce qui concerne la tuberculose et le cancer ?

On est cependant heureux de penser que les études auxquelles on se livre au sujet de l'étiologie de la carie dentaire, conduiront à trouver le moyen d'éviter, au moins en partie, les inconvénients d'une civilisation dont les progrès s'accompagnent malheureusement de manifestations pathologiques.

(1) Communication faite à la Semaine Odontologique de 1934, parue dans la *Presse Dentaire*.

« Nous mourons lentement, mais sûrement de la pléthore médicale en vertu de cette notion bien connue que si, lorsqu'il y en a pour deux, il peut y en avoir pour trois, lorsqu'il y en a pour deux, il n'y en a pas pour dix. Je ne crois pas que cette vérité ait besoin de beaucoup de commentaires pour pouvoir être aisément comprise, mais le malheur c'est que, si elle paraît évidente dans les milieux médicaux, elle reste encore lettre morte, ou tout au moins vérité indémontrée, pour ceux qui ne sont pas, comme on dit communément, de la partie.

On a vu de quel misérable effet étaient tous les efforts, toutes les croisières, entrepris pour essayer de détourner les parents de faire de leurs enfants des médecins. Toutes les conférences faites aux jeunes potaches sur le point de sortir des lycées pour essayer de les détourner des études médicales : autant d'essais stériles, autant de peines perdues. » (Docteur J. VERGELY. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 novembre 1934.)

« Les Canadiens français ont, par leur ancestralité, une mentalité « à la française » ; c'est « à la française » qu'ils doivent étudier la médecine ». (Emile SERGENT. — Essais et notices. Réflexions sur le Canada. *Revue des Deux-Mondes*, 15 mars 1935.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1935

La vaccination contre le typhus exanthématique au Maroc. Premières applications de la méthode par vaccin vivant bilié. — *MM. Georges Blanc* et *Maurice Gaud.* — Les trois séries de vaccination contre le typhus exanthématique que rapportent les auteurs ont porté, au total, sur 2.180 personnes, dont 1.149 hommes, 584 femmes, 447 enfants, tous indigènes marocains.

Dans aucun cas ils n'ont eu à enregistrer de réaction vaccinale de type inquiétant. Toutes ces vaccinations ont été faites avec la même souche de virus de typhus murin isolé des rats de Casblanca (souche T. M. C. III). Les vaccinations ont été faites avec une dilution virulente de 1/500 à 1/1.000, à laquelle était ajouté, en volume, 5 p. 100 de bile de bœuf stérilisée, le contact entre la bile et la dilution virulente étant de quinze minutes.

Les épreuves d'immunité faites sur les vaccinés de l'Adir, ainsi que l'arrêt de la marche épidémique de l'infection, tant à Fersiou qu'à Lordj, donnent à espérer que la vaccination contre le typhus exanthématique par virus vivant bilié est efficace.

La constance du faible pouvoir pathogène du virus murin employé, éprouvée sur plus de deux mille personnes, permet d'affirmer que cette vaccination appliquée aux populations marocaines ne présente aucun danger.

Ces deux constatations amènent à envisager comme mesure prophylactique associée à l'épouillage, la vaccination systématique de toute population indigène touchée par le typhus exanthématique.

a) La pression lymphatique ; b) L'abouchement des collecteurs lymphatiques terminaux aux troncs veineux de la base du cou. — *MM. Rouvière* et *G. Valette.*

Election de deux correspondants étrangers dans la VIe Division (Pharmacie). — *Classement des candidats.*

En première ligne : M. de WILDEMAN (de Gand) et FERNANDEZ (de Madrid) ;

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. ODDO (de Palerme) et Van der WIELEN (d'Amsterdam).

MM. de WILDEMAN et FERNANDEZ sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1935

Exclusion du pylore et gastrectomie. — *M. Charrier* insiste sur le fait que l'exclusion du pylore par gastrectomie partielle ne doit pas remplacer la gastrectomie large. On ne doit pas observer de fistule duodénale si on libère assez l'organe.

Division palatine. — *M. Veau* rapporte ce travail de M. Récamier. Dans trois cas, la mise en place d'une laminaire pour libérer les lambeaux palatins a facilité l'opération.

Anévrysme poplité traumatique. — *M. Mocquot* relate cette observation de M. Pauis (de Commercy). L'anévrysme longtemps latent finit par présenter des signes inflammatoires. Résection de la poche avec artériectomie, la poche contenait une balle. Bon résultat.

Luxations invétérées de la hanche. — *M. Mathieu* montre que les bons résultats des repositions sanglantes sont souvent temporaires. Dans les luxations invétérées, la résection arthroplastique de la hanche est une bonne opération, à condition d'être pratiquée assez tôt. Un film et des radiographies illustrent les résultats personnels de M. Mathieu.

M. Michon présente le résultat fonctionnel d'une résection arthroplastique pour luxation ancienne. D'abord bon, il devint progressivement moins satisfaisant et aboutit à une ankylose complète de la hanche.

M. Leveuf expose un cas d'arthroplastie pratiqué il y a deux mois. A l'heure actuelle, il existe un bon résultat.

M. Mondor après réduction simple d'une luxation de la hanche a observé des lésions progressives d'arthrite déformante.

M. Proust insiste sur l'utilité de la radiothérapie pour éviter les ostéomes.

M. Mathieu préconise en définitive la résection arthroplastique de deux à six mois après l'accident.

Occlusion intestinale. — *M. Moulonguet* entend ne parler que des examens sans préparation. L'existence de gaz dans le grêle, les images hydroaériques lui paraissent caractéristiques.

Tumeur du plexus brachial. — Opérée sept ans avant par *M. Soupault* cette malade a un très bon résultat fonctionnel.

Extraction des corps étrangers. — *M. Ledoux-Lebard* présente un appareil pratique pour l'extraction sous écran des corps étrangers.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1935

Spirochétose méningée pure à double rechute avec hyperglycorrachie du liquide céphalo-rachidien. — *MM. Paul Halbron H.-P. Klotz* rapportent un cas de méningite qui pouvait, au premier abord, simuler une méningite cérébro spinale. L'existence d'herpès, d'injection des conjonctives, et surtout l'aspect clair du liquide retiré par ponction lombaire, mirent sur la voie du diagnostic. Il fut confirmé par un séro-diagnostic très fortement positif. Quelques points particuliers caractérisent cette spirochétose méningée : l'absence d'aucun signe hépatique ou rénal, l'existence d'une nette hyperglycorrachie, enfin l'évolution très spéciale prolongée et entrecoupée de deux rechutes.

Sur une variété particulière de lacunes craniennes : les trous congénitaux des os pariétaux. — *M. Julien Marie* présente un malade chez lequel on constate deux lacunes craniennes symétriques situées en plein territoire pariétal postérieur. Ces lacunes peuvent être affirmées d'origine congénitale.

L'auteur montre qu'elles sont à différencier des lacunes de la maladie de Schuller, Christian, et qu'elles représentent, en réalité, une anomalie de l'ossification des os pariétaux connue sous le nom de « trous pariétaux » par les anatomistes. Elles dépendent vraisemblablement d'une anomalie vasculaire veineuse.

Les images histologiques de la maladie de Bouillaud : « La lésion d'Aschoff-Klinge ». — *MM. Duvoir, L. Pollet* et *Mlle de Cursay*, en partant d'un cas de maladie de Bouillaud avec rhumatisme cardiaque rapidement évolutif et nodules de Meynet transitoires, montrent les images histologiques de lésion rhumatismale à ses divers stades évolutifs, l'ensemble constituant ce qu'ils proposent d'appeler la « lésion d'Aschoff-Klinge », Ce sont :

1° Le stade aigu exsudatif avec la « turgescence fibrinoïde » décrite par Klinge, lésion fondamentale dont la durée n'excède pas six et souvent n'atteint pas trois semaines ;

2° Le stade subaigu ou chronique prolifératif des cellules conjonctives avec formation de cellules géantes : c'est à ce stade, histologiquement le plus caractéristique et appelé par les Allemands « granulome rhumatismal », qu'il convient de réserver le nom de « nodule d'Aschoff ».

3° Le stade cicatriciel avec fibrose d'abord molle, puis dure.

Les auteurs, pour l'interprétation bio-pathologique de ces lésions, renvoient au mémoire publié récemment avec Ed. Pichon. Ils rappellent seulement que les remarquables recherches expérimentales de Klinge confirment qu'il s'agit d'« inflammation hyperergique », expression à laquelle ils préfèrent celle de « processus inflammatoire de sursensibilité » qui n'implique pas l'obligation d'une première atteinte du « réactogène » (Tzanck) encore inconnu de la maladie de Bouillaud.

Un cas d'accident tertiaire chez un paralytique général impaludé. — *MM. L. Spillmann, P.-L. Drouet, F. Aubry* et *J. Mignardot* (Nancy), ont observé des accidents syphilitiques tertiaires apparus chez un paralytique général quelques semaines après l'impaludation et en pleine rémission thérapeutique physique et psychique.

La recherche des tests cutanés a été fortement positive, confirmant l'apparition de l'allergie. Celle-ci peut toutefois, quoique exceptionnellement, survenir au cours de longues rémissions spontanées, comme en témoignent deux observations anciennes inédites accompagnées d'accidents gommeux tertiaires. Les tests cutanés paraissent tenir un rôle important dans l'établissement du pronostic de la paralysie générale traitée par la malariathérapie.

Les faux fibrothorax. — *MM. Etienne Bernard, Bernal,* et *Gonzalez* rapportent des observations et des radiographies de tuberculeux pulmonaires chez qui, après abandon d'un pneumothorax thérapeutique, on a vu apparaître un syndrome de rétraction avec opacité diffuse englobant l'ombre cardiaque, déviant la trachée, soit une image typique de ce qu'on appelle un fibrothorax, syndrome qui signifie dans la règle un processus de guérison. En réalité, il ne s'est pas agi de vrais fibrothorax car il s'est constitué un épanchement pleural localisé évoluant à bas bruit et embusqué dans l'ombre du syndrome de rétraction. Ces épanchements longtemps latents, peuvent à un moment se révéler soit par une poussée fébrile, soit par une perforation avec vomique. Ainsi, l'aspect classique dit de fibrothorax peut révéler des surprises. Il y a lieu d'en être averti et de compléter le diagnostic radiologique par des ponctions exploratrices.

Métastases osseuses diffuses d'un cancer du sein avec hypercalcémie et hyperplasie parathyroïdienne. — *MM. Etienne Bernard, Boyer, Porge, Mlle Gauthier-Villars* présentent à l'étude anatomo clinique, illustrée de projections, d'un cas de cancer du sein à forme de squirrhe évoluant en soi d'une façon torpide, mais donnant lieu à des métastases bruyantes au niveau des os : douleurs vives, fractures spontanées. La radiologie révèle une généralisation impressionnante des lésions du squelette, notamment au niveau du bassin, des fémurs, de la colonne vertébrale, des côtes, du sternum, des os du crâne ; seules les zones distales, jambes et pieds, avant-bras et mains, sont respectées. Les os sont creusés d'un nombre infini de géodes plus ou moins arrondies ou ovalaires donnant un aspect d'ostéoporose diffuse tout en respectant le contour extérieur des os. Ces atteintes osseuses sont les seules métastases à l'exclusion de toute lésion macroscopique ou microscopique des ganglions ou des viscères.

Elles ont été étudiées sur de multiples prélèvements. De même aspect sur tous les fragments, elles ont les caractères suivants : de volumineux nodules néoplasiques remplacent le tissu osseux ayant les mêmes caractères généraux que la tumeur mammaire. Au voisinage de ces nodules, c'est le tissu fibreux qui domine ; les lamelles sont détruites, bordées par de nombreux myéoplaxes. Il y a donc association de lésions métastatiques de l'os et de lésions d'ostéite fibreuse au voisinage des foyers néoplasiques.

L'examen histologique devait par ailleurs révéler un fait très important; une des parathyroïdes présente une zone d'hyperplasie manifeste : les cellules glandulaires y sont volumineuses, franchement éosinophiles, creusées de petites vacuoles claires.

A ces lésions osseuses métastatiques et à cette hyperplasie parathyroïdienne, il faut joindre la notion importante d'une hypercalcémie considérable (192 milligr. p. 1.000).

Cette observation prête à des discussions physio-pathologiques concernant les rapports de l'ostéoporose et de l'hyperplasie des parathyroïdes. Dans l'ostéose parathyroïdienne, la lésion glandulaire commence, l'atteinte osseuse est secondaire. Au contraire, dans le cas rapporté par les auteurs, il semble que la filiation soit la suivante : lésions osseuses néoplasiques, troubles du métabolisme du calcium, atteinte secondaire des parathyroïdes.

Il y a lieu de rapprocher de ce cas les expériences d'Oberling et Guérin qui ont vu apparaître chez des poules maintenues en cage des lésions d'ostéoporose et aussi une hypertrophie des parathyroïdes. Or, le trouble initial est un trouble du métabolisme minéral par suppression du gravier.

Cette étude anatomo clinique resserre encore les liens qui existent entre le fonctionnement des parathyroïdes, le métabolisme du calcium et les lésions osseuses, mais elle montre entre ces divers facteurs une filiation jusqu'ici peu connue et qui fait concevoir une réversibilité d'influence.

La posologie de l'anthéomaline. — *MM. Sézary* et *Bolgert* ont étudié chez une vingtaine de malades la posologie de l'antimoine III, thiomalate de lithium ou anthiomaline. La médication leur a paru sans dangers et d'un emploi commode. Injectable dans les muscles, elle épargne aux malades les réactions laryngées que provoque l'injection intraveineuse des stibiés employés jusqu'ici et permet un traitement plus intensif. Les auteurs débutent par 6 cgr., continuent par 12 et 18 cgr., en trois injections par semaine. La progression des doses est limitée par l'apparition de douleurs musculaires périarticulaires d'autant plus vives que les doses sont plus élevées. Généralement, c'est à 18, 24 ou 30 cgr., selon les malades, que ces douleurs deviennent difficilement tolérables. En s'en tenant à la dose qui donne le minimum de myalgie, on peut injecter, dans une série de 2 à 4 grammes de la médication. S'il est nécessaire, on peut, après un intervalle de trois à quatre semaines, faire une seconde série. A la fin du traitement ; on note parfois une légère anémie, qui est passagère. Ces douleurs musculaires elles-mêmes sont passagères et, dans les cas les plus marqués, disparaissent trois jours après la fin du traitement. L'anthiomaline permet donc de faire sans danger une cure stibiée intensive.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 marf 1935

De la mastodynie. — *M. Léo* communique l'observation d'une jeune fille de 17 ans qui présentait des crises douloureuses continues avec paroxysmes au niveau d'un sein, douleurs allant jusqu'à empêcher le sommeil et pour lesquelles deux interventions avaient été déjà pratiquées sur ce sein par un chirurgien. L'examen ne permettait de trouver aucune cause à ces douleurs.

Après un an et demi de traitements divers et inefficaces, la prescription d'une médication composée de mercure, d'iode et d'arsenic amena la disparition des douleurs et permit de conclure qu'il s'agissait de syphilis héréditaire, avec Wasserman négatif.

Notes sur cent cas d'ankyloses temporo-maxillaire opérés. — *MM. Dufourmentel* et *M. Darcissac* attirent l'attention sur les points qui, par l'étude de leurs cent cas paraissent modifier, dans une certaine mesure, les opinions classiques : 1° Le classement étiologique comporte 29 cas dont la cause est inconnue et qui étaient considérés comme des ankyloses congénitales. En réalité, une enquête attentive auprès de l'entourage immédiat, révèle dans une grande partie de ces cas des manœuvres violentes au moment de l'accouchement.

L'arrachement articulaire est d'autant plus vraisemblable que, dans tous ces cas, les lésions ont le caractère d'hypertrophie considérable sur lequel, à la Société des Chirurgiens de Paris, Raphaël Massart a attiré l'attention dans les lésions obstétricales des autres articulations ; 2° les ankyloses consécutives à des fractures articulaires fermées (17 cas) montrent que ces fractures qui guérissent régulièrement dans les formes simples se compliquent facilement d'ankylose lorsqu'il y a pénétration du col dans la cavité glénoïde ; 3° au point de vue symptomatologique, la déviation vers le côté malade, avec aplatissement de la moitié opposée de la mâchoire, est un signe qui ne trompe jamais ; le menton est attiré vers la lésion ; 4° les interpositions musculaires, aponévrotiques ou de corps étrangers (caoutchouc, ivoire, métal) sont illusoires ; ces dernières paraissent même prédisposer à la récidive ; 5° la clé de la guérison est la mobilisation permanente post-opératoire selon le procédé de M. Darcissac ; 6° le traitement de l'atrophie consécutive à l'ankylose est souvent très simplifié par l'interposition d'un volumineux ménisque cartilagineux prélevé au niveau des derniers cartilages costaux.

Sténose aiguë de l'estomac par ulcus duodénal cicatrisé. Gastro entérostomie. Ulcus peptique. Résection. Guérison. — *M. G. Luquet* communique le cas d'un malade qui, opéré mourant par gastro-entérostomie d'une sténose aiguë consécutive à un ulcère duodénal cicatrisé, fit, quinze mois après, un ulcus peptique pour lequel une résection fut pratiquée ; le malade guérit. L'auteur insiste sur l'analogie qui existe entre ces formes et les cas d'ulcères traitées par gastro-entérostomie avec exclusion du pylore ; les deux donnent généralement des ulcus peptiques.

Extraction des corps étrangers de la vessie. — ***M. Georges Luys*** pense que l'instrument de choix pour l'extraction des corps étrangers de la vessie est son cystoscope à vision directe. Une pince introduite dans son intérieur va saisir, sous la vue, le corps étranger et l'amène aussitôt en dehors. La taille hypogastrique ne paraît indiquée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. L'auteur apporte la récente observation d'une femme dans la vessie de laquelle se trouvait, depuis deux mois, un corps étrangers qui fut extrait très facilement. Il s'agissait d'un tuyau de pipe, long de neuf centimètres qui était recouvert d'une épaisse couche de sels calcaires. L'auteur rappelle qu'il a extrait ainsi, aussi bien chez l'homme que chez la femme, de nombreux autres corps étrangers tels que : une épingle à cheveux, un stylographe en verre, des chapeaux de sonde de Pezzer, des brins d'osiers, des calculs phosphatiques, des fils de soie, des branches d'arbustes, des balles de fusils, des éclats d'obus, des esquilles osseuses provenant de fractures de pubis, etc...

Abcès du poumon consécutif à un corps étranger latent de la bronche. Notre expérience du traitement endoscopique des abcès intra-pulmonaires. — ***M. Guisez***, à propos de l'observation toute récente d'un enfant de dix ans, porteur d'un abcès du poumon consécutif à la présence d'un corps étranger dans la bronche droite (ressort métallique) où il siégeait depuis deux ans sans aucun commémoratif, rappelle qu'il a présenté, dans des publications antérieures de nombreux corps étrangers bronchiques ou œsophagiens absolument latents, véritable découverte à la radiographie. On ne saurait trop recommander cet examen aux rayons X chaque fois qu'il y a des signes de bronchite, de suppuration pulmonaire unilatérale d'origine inexpliquée. Si le malade qui fait le sujet de cette observation a très rapidement et complètement guéri, après l'ablation du corps étranger par bronchoscopie supérieure suivie immédiatement de l'aspiration et de l'écouvillonnage de la poche abcédée, c'est que la suppuration pulmonaire était de date relativement récente autant que l'on peut en juger par les signes cliniques, les corps métalliques étant souvent tolérés pendant longtemps sans amener de grosses réactions locales.

Mais, si l'abcès est ancien, avec poche nettement organisée, l'expérience a montré à l'auteur que le traitement endoscopique échoue presque toujours et que de pareilles collections doivent rester du domaine chirurgical. Il cite une série d'observations à l'appui de ces conclusions.

Mal de Pott lombaire avec abcès traité par la greffe ankylosante. Résultat au bout de deux ans. — ***M. Raphaël Massart*** présente cette opérée, dont l'abcès a disparu, dont les lésions sont cicatrisées. Il insiste à ce propos, sur la nécessité de laisser les opérés immobilisés très longtemps après l'opération, au moins six mois.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Météoropathologie des hépatiques

MM. G. Parturier Fauquet et Nénon exposent (*S. de Méd. et d'Hyg. tropicales*, 6 février 1935) que peu de malades éprouvent, à l'égard des hépatobiliaires, l'influence des conditions extérieures. On peut observer chez eux : des *syndromes des fortes chaleurs*, qui semblent dus à un syndrome hépato-thyroïdien avec sympathicotonie, élévation de la tension artérielle minima et du taux de la cholestérine ;

un *syndrome d'action solaire*, ou *héliotraumatique*, un *syndrome de l'altitude* (quand les malades séjournent au-dessus de 1.500 mètres) avec nervosité, amaigrissement, insomnie, anorexie ;

un *syndrome du bord de la mer*, que certains sujets peuvent ressentir, même à plusieurs kilomètres des côtes :

un *syndrome de l'orage*, qui s'amende sous l'influence de la médication cortico-surrénale. Cette dernière est indiquée chez les anciens paludéens, vivant actuellement en Afrique du Nord.

Un cas d'apoplexie séreuse avec terminaison favorable

MM. G. Maire et H.-R. Bloch (*R. derm. de Strasbourg*, 13 janvier 1935) apportent l'observation d'un syphilitique récent qui après 0 gr. 75 de novarsénobenzol fait des symptômes typiques d'apoplexie séreuse. Une saignée immédiate et copieuse, des injections répétées d'adrénaline ont été pratiquées et le malade a guéri.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Shakespeare et la pathologie mentale. — M. G. Adnès vient de consacrer à la question une importante thèse (Paris, Maloine, 1935, 250 p.). Voici quelques passages de ses conclusions :

C'est la vie quotidienne qui a déterminé. Shakespeare à faire de la psychiatrie ».

Les fous n'étaient pas séparés de la Société, ils cotoyaientle monde. La quasi absence de traitement asilaire permettait de voir librement toutes les formes des maladies mentales et de suivre l'évolution favorable ou fatale des psychoses.

Il a vu autour de lui, « ces âmes qui déraisonnent », « les amoureux ».

Il a pu voir des crises d'épilepsie et des attaques d'apoplexie, des malades « battre la campagne » au cours d'affections fébriles, — il a vu ou entendu parler des accès de somnambulisme.

Il a vu naturellement des démences séniles.

Il a certainement vu des démences précoces.

Il a vu, comme Edgar qui les copie, ces démoniaques, ces fous-mendiants « en route pour les veillées, les foires et les marchés » et à qui « il reste un peu de raison, autrement ils ne pourraient pas mendier ».

Il a vu des alcooliques...

.....Quant à la mélancolie d'Hamlet, Shakespeare fut-il atteint d'un pareil état d'âme pour le peindre aussi parfaitement ? Certains admettent qu'il traversa à sa maturité une période de dépression psychique où la vie l'attristait et le lassait. C'est une supposition, et bien fragile, lorsqu'on songe qu'à ce moment même Shakespeare, en plein labeur, produirait la partie capitale de son œuvre.

La mélancolie d'Hamlet, et surtout celle d'Antonio et de Jacques, sont plutôt, pensons-nous, la flatterie par un auteur adroit d'une forme de « snobisme », d'une « élégance » qui régnait alors et que deux notations mettent en évidence :

« Le monde est-il toujours ce qu'il était, l'homme ? Quelle mode suit-on maintenant ? Faut-il être triste et taciturne ? » dit Lucio, de *mesure pour mesure* ; et Arthur dans le *Roi Jean* : «... quand j'étais en France, les jeunes gens n'étaient tristes comme la nuit que pour suivre la mode ».

Enfin, Shapespeare entendait parler traitement autour de lui, traitement médical et « traitement religieux ».

D'où Shakespeare a-t-il tiré ses connaissances scientifiques qui l'élèvent au rang des médecins les plus instruits de son époque ?

Que de conjectures à ce sujet ! On est allé jusqu'à supposer qu'il avait étudié la médecine « à un moment ou l'autre des années obscures qui nous sont cachées » (Donnellan).

Son gendre, le Docteur John Hall, l'aurait guidé, conseillé. Mais il épousa seulement en 1607 la fille du poète, Susanna. Le principal de l'œuvre était joué déjà. D'ailleurs Hall, — « *medicus peritissimus* » porte sa pierre tombale. — rédigea, à partir de 1617, en latin, des observation médicales banales où l'on ne relève nulle trace de médecine mentale.

Il faut nous dire que ces notions médicales, qui nous paraissent difficiles à comprendre dans leur ensemble, avaient pénétré tous les esprits, animaient sans doute les conversations courantes. C'était tout un système philosophique et biologique.

Montaigne, que Shakespeare a lu, discute la théorie platonicienne de l'âme.

Des locutions toutes faites sont bâties dessus et passées dans le peuple qui les prononce en ignorant, bien entendu, leur origine; tels les personnages de Shakespeare, tel Frère Jean qui dit à Panurge : « Je l'ayme du bon du foye ».

Que Shakespeare ait su « peu de latin et moins de grec » n'eut pas été un empêchement à ce qu'il lise Hippocrate et Galien dont les *Aphorismes, le livre de la Nature humaine* et *des Facultés naturelles, des Eléments d'après Hippocrate* avaient paru en anglais

Il a peut-être feuilleté aussi les planches anatomiques si expres-

sives d'une admirable édition de Vésale parue à Londres en 1545.

Shakespeare a plus vraisemblablement parcouru l'une de ces encyclopédies que faisait éclore le désir qu'avait de s'instruire le monde lettré et qui connaissaient un grand succès ; elles reproduisaient, en les condensant, toutes les acquisitions des ouvrages fondamentaux que nous avons nommés.

Les notions particulières à la médecine de l'esprit étaient également exposées et débattues dans des livres destinés au grand public, qui s'y intéressait, car il avait sous les yeux, des types morbides décrits.

En lisant une édition ancienne de sir Bartas, de 1596, nous sommes tombés sur des notes psychiatriques, que nous ne nous attendions pas à trouver dans les marges d'un livre de poésie ; signées S. G. S. (Simon Goulart), elles résument à peu près toutes les connaissances médicales d'alors en la matière.

M. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon nous ont fait connaître un intéressant petit livre paru en Italie, plusieurs fois réédité ; traduit en 1618 en allemand, en 1620 en français, il l'était dès 1600 en Anglais. Le style en est pittoresque, il est fleuri de métaphores empruntées à la mythologie et à l'histoire antique ; cependant, Hippocrate et Galien sont souvent cités, « sa nomenclature est simple et à la portée de n'importe quel lecteur. Mais cela n'empêche pas les tableaux cliniques d'être souvent brossés avec habileté ».

Tous ces faits prouvent la curiosité des gens à l'égard de ce qui concernait l'aliénation mentale et que cette curiosité trouvait sans peine à se satisfaire scientifiquement car la médecine, — dans ses trois branches : pathogénie, clinique, thérapeutique, — était assez facilement embrassée dans son ensemble.

Notions originales, tirées de l'observation directe de la vie, — notions savantes, puisées aux sources accessibles de la science, — notions populaires, entendues formulées près de lui par le peuple. — Shakespeare les a toutes fait passer dans son théâtre, car « le but du théâtre fut dès le principe, est et demeure éternellement, d'être le miroir de la nature ». (Hamlet).

Les étudiants sud-américains à Paris. — *Dans le journal* EL DEBATE, *M. Bermudez Canete, correspondant parisien de ce journal, écrit :*

« La situation est devenue tellement insoutenable pour les étudiants sud-américains que ceux qui font ici leurs études, au nombre de près de deux cents, ont décidé de venir s'inscrire dans les Universités espagnoles. Il se présente là une grande difficulté. D'après notre législation, l'on ne reconnaît pas la validité d'études faites dans les Universités de langue non espagnole. Aussi ces Sud-Américains vont-ils s'adresser à notre ministère (de l'Instruction publique) pour demander qu'une exception soit admise en leur faveur et que les études qu'ils ont faites à Paris soient validées. Nous demandons que cela leur soit accordé et qu'en outre, on leur donne l'immatriculation gratuite dans nos Universités. Ils sont de notre sang et ils ne peuvent continuer à s'entendre quotidiennement traiter ici de « métèques », c'est le nom qu'on leur donne pour les offenser. Invitons-les à venir en Espagne, où ils verront qu'ils sont nos frères »

Chirurgiens barbiers et barbiers-chirurgiens à l'époque de la Renaissance. — *Passage détaché du discours prononcé par M. le Professeur Maurice Patel à la séance solennelle de rentrée de l'Université de Lyon* (10 novembre 1934), *discours intitulé.* LA VIE DU CHIRURGIEN FRANÇAIS AUTREFOIS, AUJOURD'HUI (1).

.....A l'époque de la Renaissance, les chirurgiens formaient deux catégories : les uns, *les chirurgiens barbiers*, à robe longue, émanés d'une université, arboraient, sur l'enseigne de leur boutique, trois pots d'onguent ; les autres, les *barbiers chirurgiens*, formés chez un patron, n'avaient droit qu'à la robe courte et à une devanture, ornée de trois plats à barbe.

Les premiers, les savants, parlaient latin et délaissaient la chirurgie ; les autres, moins instruits, pratiquaient davantage.

Ce corps chirurgical à deux degrés avait bien son existence

(1) *Revue de l'Université de Lyon*, n° V, 1935.

consacrée par diverses ordonnances ou lettres patentes de Philippe-le-Bel (1351), de François I[er] (1527), de Louis XIII (1618). Mais cette reconnaissance était, à la vérité officieuse, et les chirurgiens, quelle que fût leur origine, demeuraient toujours sous l'étreinte des universités, qui s'acharnaient à les méconnaître.

Seule, une petite phalange, composée en majorité de robes courtes, eut le courage de résister.

A Paris, ils formèrent une confrérie, véritable syndical, placé sous l'invocation de Saint-Côme et Saint-Damien. Ce fut l'origine du fameux collège de Saint-Côme.

En province, des collèges chirurgicaux furent également fondés ; le plus célèbre fut créé à Lyon, par Symphorin Champier, cousin du chevalier Bayard. Les administrations hospitalières y recrutèrent leur personnel : Benoît Duclozet devint ainsi, en 1528, le premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il eut comme collègue médecin, pendant deux ans, F. Rabelais.

Encouragé par ces succès, ce petit bataillon chirurgical, chaque jour plus décidé, aspirait à tenir en mains les leviers de commande. Il lui fallait, d'une part, se séparer de certains barbiers, qui le déshonoraient, d'autre part, s'installer dans la Faculté.

Avec les barbiers, le divorce fut facile, ils abandonnèrent la partie en changeant leurs occupations. Voici, à titre d'exemple, à la devanture d'un barbier de la rue Saint-Côme, à Lyon, l'enseigne que les passants, moins pressés qu'aujourd'hui, pouvaient lire et savourer tout à leur aise :

« Isaac Macaire, barbier, perruquier, chirurgien, clerc de la paroisse, maître d'école, maréchal et accoucheur. Rase pour un sou, coupe les cheveux pour deux sous ; poudre par-dessus le marché les jeunes demoiselles, joliment élevées. Enseigne le hautbois et la guimbarde, coupe les cors, donne les lavements à un sou, enseigne les cotillons et autres danses. Vend parfumerie, papeterie, harengs salés, pain d'épices, racines cordiales, saucisses et autres légumes. Enseigne la géographie les mercredi et vendredi. « Dieu aidant, par moi... Isaac Macaire. »

Dans cet impressionnant cumul professionnel, la chirurgie disparaissait. Un tel ennemi était facile à vaincre.

Avec la Faculté, la lutte fut plus sévère. La Faculté voulait élever, entre la médecine et la chirurgie, un mur infranchissable, sans se soucier de savoir de quel côté seraient les malades. C'était pour elle, non seulement une différence de pratique, mais surtout une divergence d'idées et de classe. Le médecin voulait la suprématie : il raisonnait, ordonnait, cachait au vulgaire ses arcanes et jonglait avec les idées, en les enveloppant d'un latin décadent. Le chirurgien n'était qu'un vulgaire tâcheron, sans initiative, ne sachant que le français ou le patois de son village.

Une miniature de l'époque donne une juste idée de leur situation réciproque. Au centre, le médecin, le maître, debout, bonnet carré, robe à capuchon, manteau doublé de vair ; à la main, un livre, au doigt l'anneau d'or. A sa droite, l'apothicaire, courbé devant son mortier, le pilon à la main, s'apprête à exécuter l'ordonnance. A sa gauche, le chirurgien, court vêtu, le chef coiffé d'une calotte, assis sur le sol, aiguise des ciseaux. Dans cette posture, la chirurgie restait bien la très humble savante de la médecine.

L'esprit médiéval vivait toujours dans l'Université. Les données anatomiques, fournies par les dissections, les expériences physiologiques précises, les faits, les simples faits, contre lesquels rien ne peut, tout était rejeté d'emblée, sans aucun contrôle.

Sans valeur, l'œuvre d'A. Paré, toute d'observation ; sans valeur, les dessins anatomiques, admirables d'exactitude dans le détail et de perfection dans l'exécution, dus aux patientes dissections de Vésale et au génie scientifique de Léonard de Vinci. Sans valeur, la découverte de la circulation du sang par Harvey, malgré les affirmations de Malpighi, qui avait observé le phénomène dans les capillaires sanguins, sous l'objectif d'un des tout premiers microscopes.

La scolastique et le dogmatisme dominaient encore, sous la férule du syllogisme et sous le couvert de la logique d'Aristote. Il était de bon ton, dans le monde, d'être anticirculateur : Guy Patin, ce terrible railleur, s'y trouvait matière à calembour.

Les chirurgiens ambulants étaient désignés sous le nom de *circulateurs*, et, ce médecin déguisé, voyait ainsi le moyen de dénigrer et la circulation sanguine et les chirurgiens.

Ce qui montre que, déjà à cette époque, dans le salon d'une précieuse, on pouvait être considéré comme un homme d'esprit tout en étant totalement dépourvu d'esprit scientifique...

Le Docteur Récamier et Clemenceau. — *Du* FIGARO (2 avril) *cette anecdote* :

Le Docteur Récamier, qui fut l'un des plus dévoués familiers du duc d'Orléans, avait contracté envers Clemenceau une dette de reconnaissance. On sait que, pendant la guerre, le docteur dirigea, sans désemparer un hôpital dans la zone des armées. Le duc d'Orléans étant tombé malade, le Docteur Récamier demanda une permission pour aller se rendre compte de l'état de l'auguste malade. Clemenceau étant ministre de la Guerre, il fallut son autorisation : « Qu'il parte, dit le Tigre. Au fond, le duc d'Orléans a bien autant que moi le droit de disposer d'un médecin français ! »

« Dupuytren, le premier des chirurgiens et le dernier des hommes. » PERCY.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 15 LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 AVRIL 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 5 avril. — M. Copreaux : Des pneumopathies à pneumo-bacilles de Friedland, forme aiguë rapidement mortelle. — M. Josefsber : Rôle hypertenseur et vaso-constricteur de l'hypophyse. — M. Magnier : Etude du traitement local de la douleur par une association de crésotinates de butyle et de propyle.

6 avril. — M. Grunfeld : Etude des pleurésies à écrinophiles. — M. Kanievoski : Etude de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Corrèze : Remarque sur le mégaœsophage (à propos de 13 cas inédits). — M. Guthmann : Etude clinique et radiologique des diverticules de l'estomac.

2 avril (Thèses vétérinaires). — M. Sevestre : Dermatite végétante du pied-crapaud : est-elle curable ?

8 avril. — M. Lebensart. Etude clinique du cancer de l'appendicite. — M. Guyot. La physiothérapie des arthrites gonococciques.

9 avril. — M. Marx. Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. — M. Vincent. L'urétrographie par voie mictionnelle. — Mlle Odru-Trocmé. Etude des accidents articulaires chez les hémophiles. — M. Demarquet : Etude des tuberculides purpuriques. — Mlle Coste. Utilisation des extraits post-hypophysaires dans le traitement des rhumatismes chroniques. — M. Kokkinopoulos. Le traitement du psoriasis par le régime sans graisse. — M. Sternberg. Syndrome adiposo-génital et hérédo-syphilis. — Mlle Bastier. Stomatites médicamenteuses, signes cliniques. — M. Ferron. Sur quelques cas de cirrhose du foie avec fièvre.

10 avril. — M. Marcu. Les septicémies à streptocoque d'origine auriculaire et leur traitement par le sérum de Vincent. — M. Doutcheff. L'organisation de la lutte antimalarienne en Bulgarie. — M. Jancovici. Les causes les plus fréquentes des otites chez les enfants. — M. Mazet. Aperçu d'urbanisme sanitaire des villes surpeuplées.

11 avril. — M. Thibault. Les accidents infectieux d'origine dentaire chez les syphilitiques. — M. Leroy. L'acealmie traîtresse dans les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen. — M. Audouin. Etude de l'angiopathie traumatique de la rétine. — M. Fruchon. Etude du nystagmus oculaire congénital spontané ou provoqué par certaines manœuvres sur les globes oculaires. — M. Schuldman. Etude des antro-pyloro-duodénites non ulcéreuses.

12 avril. — M. Cornesco. Etude du comportement des plaquettes dans le sang conservé. — M. Barneville. Traitement des hanches ballantes paralytiques et, en particulier de leur traitement de la pelvitrochantéropexie myoplastique à la soie. — M. Jurblum. Etude des éliminations urinaires des complexes hormonaux antihypophysaires et de la folliculine. — M. Kellermann. Propriétés thérapeutiques du Kerva. — M. Lemoine. Des abcès pelviens tardifs après l'appendicectomie.

15 avril. — M. Cottenceau. Le Néo-Hippocratisme. — M. Kohen. Etude de la spondylore rhizomélique traumatique. — Mlle Mahieu. Les épanchements pleuraux survenant après la cessation du pneumothorax artificiel. — M. Giraudoux. Etude des encéphalites morbilleuses. — M. Martel. Des fièvres typhoïdes à rechute chez les enfants.

Nouvel hôpital Beaujon à Clichy. *Electro-radiologie.* — En dehors des cas d'urgence, la réception des nouveaux malades pour le radiodiagnostic et les traitements physiothérapiques dans le service de P. Aubourg aura lieu aux heures et jours suivants :

Tous les jours, de 9 heures à midi : Radiographies des os et des poumons. — Tous les jours, de 10 heures à midi : Radioscopie et radiographie des viscères, sur rendez-vous (MM. Surmont et Pulsford). — Tous les jours, à midi : Interprétation des films du matin même (M. Aubourg). — Le lundi, à 11 heures : Leçon clinique avec présentation de malades ; le mardi, à 10 heures : Traitement gynécologique de Luxeuil (Mme M. Legoux) ; le mercredi, à 11 heures : Massage, mécanothérapie (M. L. Dubey) ; le jeudi, à 10 heures : Electrodiagnostic, recherche de la chronaxie (M. Piffault) ; le vendredi, à 10 heures : Electrothérapie (Mme S. Delaplace, MM. Le Go, Piffault, Surmont) ; le samedi, à 10 heures : Rœntgenthérapie, paraffinothérapie (M. Joly).

Médecin sanitaire maritime. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime doit avoir lieu à Paris en juin.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène à une date qui sera publiée ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène, Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Ligue française contre le rhumatique. — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le 23 mars.

Il a été décidé l'organisation d'une « Journée du rhumatisme » à laquelle seront invités tous les médecins. Sa date a été fixée au 4 novembre 1935. Elle aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine et à l'hôpital Cochin. Le sujet choisi a été : « l'arthrite chronique de la hanche » (tuberculose exceptée).

A la suite de son assemblée administrative, la Ligue française contre le rhumatisme a tenu une réunion scientifique consacrée à la spondylose rhizomélique. Les rapports suivants ont été présentés : M. J. Forestier : Les signes de début (*avec projections*). — MM. O. Crouzon et Gaucher : Les formes cliniques. — M. P. Weil : Aux confins de la spondylose rhizomélique. — MM. Alajouanine et J. Lacapère : Le syndrome biologique. — M. Simon (Strasbourg) : Les traitements chirurgicaux.

La prochaine réunion clinique de la Ligue aura lieu au mois de mai à la Salpêtrière, dans le service de M. Crouzon. La date exacte en sera annoncée ultérieurement.

Premier congrès des brucelloses humaines (Fièvre ondulante) et animales. (Avignon, 11-12-13 juin 1935). — Journée médicale le 11 ; Journée vétérinaire et démonstrations pratiques le 12 ; Excursion à Maillanne, aux Beaux et à Fos-sur-Mer, visite des malades de Camargue, le 13. MM. les pra-

ticiens de la médecine humaine et vétérinaire, les hygiénistes, les administrateurs intéressés à la grave question de l'extension de la fièvre ondulante et des brucelloses sont priés d'apporter au Congrès d'Avignon, le résultat de leurs observations et toutes suggestions intéressant la prophylaxie de l'endémo-épidémie humaine et animale. Réductions sur les grands réseaux. Inscriptions : Docteur J. Jullien, Joyeuse (Ardèche) et M. Saunier, directeur des Services vétérinaires, Avignon.

Association française des femmes médecins. — La XIIe Assemblée générale se tiendra le lundi 6 mai 1935, à 18 h. 30, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIe), et sera suivie d'un dîner.

IXe Congrès international d'histoire de la médecine. — Ce Congrès, présidé par M. le Professeur Maranon, s'ouvrira le lundi 23 septembre à Tolède à l'hôpital Tavara, à 11 h. 30. On partira de Madrid, à 9 h. 30.

Après le déjeuner à l'Alcazar et visite de la ville, le Professeur et Madame Maranon recevront les congressistes dans leur propriété « Los Dolorès ».

Mardi 24, 9 h. 30 : Ouverture du Congrès : 16 heures : Ouverture de l'exposition médico-historique ; 22 heures : Réception et bal.

Mercredi 25, 10 heures et 17 heures : Réunions scientifiques : 22 heures : Réception.

Jeudi 26, 10 heures : Réunion scientifique ; 16 h. 30 : Visite de la Cité Universitaire ; 22 heures : Banquet et bal.

Vendredi 27, 10 heures et 16 heures : Réunions scientifiques : 19 heures . Réception au Palais national.

Samedi 28 : Excursion à l'Escurial et aux monastères de Silos et de Guadalupe.

Dimanche 29, midi : Clôture du Congrès : 16 heures : Excursion à Aranjuez ; 22 heures ; Banquet.

Les cotisations sont de 60 pesetas pour les membres de la Société internationale d'histoire de la médecine, 40 pesetas, pour les personnes qui les accompagnent.

Les personnes qui ne sont pas encore membres de la Société internationale d'histoire de la médecine et qui désirent faire partie du Congrès doivent verser 90 pesetas pour droits d'inscription à la Société et au Congrès.

Les Français peuvent s'inscrire directement auprès de M. Boulanger-Dausse, 4, rue Aubriot, Paris (IVe), trésorier de la Société internationale qui réunit les cotisations et les payer en francs à raison de 120 francs pour les membres de la Société, 80 francs pour les personnes qui les accompagnent et 180 francs pour les candidats à la Société.

Nécrologie. — Docteur Amédée Clair, de Lamarche (Vosges). — Dr Albert Doumergue, de Nîmes. — Docteur Charles Danhiez, de Lille. — Docteur Jules Dauphant, de Celles (Puy-de-Dôme). — Docteur Faure, de Saint-Emilion (Gironde). — Docteur Charles Gobet, de Colombes (Seine). — Docteur Hector Guy, de Bonneville (Haute-Savoie). — Docteur Gustave Héraud, de Saint-Gilles-du-Gard (Gard). — Professeur Jeanselme, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris, le 9 avril, à l'âge de 77 ans. — Docteur André Léger, de Bordeaux. — Docteur Jules Mullot, de Choisy-en-Brie (Seine-et-Marne). — Docteur Maurice Page, de Marseille. — Docteur Alfred Rumpelmayer, de Nice. — Docteur Adrien Rousseau, de Konakry (Guinée Française). — Docteur Raymond Teychenné, d'Alès (Gard). — Docteur Henry Thomas, de Lons-le-Saunier, décédé à l'âge de 62 ans. — Docteur Gaetano Corrado, professeur de médecine légale à l'Université de Naples. — Prof. Rinaldo Cassanello, chirurgien de l'hôpital Victor-Emmanuel-III, de la Spezzia. — Docteur Harol Nauckalf, de Stockholm, premier médecin du roi de Suède. — Docteur Franklin Martin, directeur général du Collège américain de chirurgie. — Prof. Hans Lorenz, de Vienne. — Sir E. A. Sharpey-Schafer, d'Edimbourg, décédé à l'âge de 79 ans.

« Depuis quelques années, la Société médicale des hôpitaux de Paris a cessé d'être un organisme unique et elle a dû, poussée par l'évolution sociale de la profession médicale, se scinder en deux corps gémellaires : la Société scientifique et le Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris. » Ainsi s'exprimait le Professeur Sergent, au début de l'année, en prenant le fauteuil de la présidence, à la Médicale des hôpitaux.

Le Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris ! Ces mots, il y a seulement vingt ans, eussent précipité les trois quarts du contingent médical des hôpitaux dans l'hypertension paroxystique et l'apoplexie terminale. » (*Le Concours Médical.* — Une flatteuse recrue).


Blédine
JACQUEMAIRE

BIBLIOGRAPHIE

Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains, par G. MOURIQUAND et P. JOSSERAND. Un volume de 126 pages. (Collection médecine et chirurgie pratiques, n° 70), 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Le « milieu » modifie non seulement les germes, mais aussi l'organisme dans ses capacités de résistance, de réceptivité et, d'une façon plus générale, dans son équilibre végétatif. L'importance du « terrain » reprend actuellement une place importante en médecine : et parallèlement la climatologie et la météoropathologie connaissent un succès grandissant. Ce petit livre constitue donc bien une monographie sur un sujet d'actualité.

Les travaux des auteurs, leurs observations leur ont permis de rattacher des manifestations cliniques précises à des phénomènes météorologiques simples ou complexes, mais toujours bien déterminés, ce qui leur a permis de fixer ici les éléments de cette « science ». Ils n'ont pas voulu aborder toutes les questions que soulève la météorologie médicale ; ils n'ont retenu que les plus actuelles et les plus importantes pour le clinicien.

La Rœntgenthérapie des fibromyomes de l'utérus et des métropathies hémorragiques, par Paul GIBERT. Un volume de 112 pages avec 10 figures dans le texte (Collection médecine et chirurgie pratique, n° 71), 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le fibromyome utérin est une affection extrêmement fréquente : reconnaître son existence n'implique pas la nécessité d'un traitement actif. Si cette tumeur bénigne devient gênante pour son volume ou par les pertes qu'elle occasionne, il y a lieu de choisir entre le traitement chirurgical et le traitement conservateur.

La nécessité d'un diagnostic exact importe au plus haut point et, en cas de doute, le radiothérapeute doit mettre en œuvre tous les procédés de diagnostic (*Chapitre I*) : ils permettent presque toujours de dépister les affections pouvant simuler le fibromyome utérin.

En matière de fibrome utérin ou métropathies hémorragiques non néoplasiques, la rœntgenthérapie est supérieure au radium (*Chapitre II, III et IV*). Elle peut obtenir tous les résultats que donne le radium, mais ses indications sont beaucoup plus étendues, notamment en cas de tumeurs utérines volumineuses et surtout d'annexites concomitantes.

Une technique correcte est indispensable et beaucoup de pseudo-échecs sont dus à une mauvaise utilisation des rayons de Rœntgen (*Chapitre V*).

Les vrais échecs de la rœntgenthérabie sont les fibromyomes sous-muqueux : les pseudo-échecs concernent des erreurs de diagnostic.

Si une radiothérapie correctement appliquée n'a pas amené la guérison, ou si elle n'a donné qu'un résultat jugé insuffisant, il est de moins en moins soutenable que les difficultés de l'exérèse ou ses résultats en paraissent aggravés (*Chapitres VII et VIII*).

Les métropathies hémorragiques de l'âge voisin de la ménopause, lorsque leur nature non néoplasique a été affirmée, constituent l'indication de choix de la rœntgenthérapie.

Grâce aux progrès des appareillages radiogènes et surtout à ceux de la dosimétrie, la rœntgenthérapie correctement appliquée est une méthode exempte de risque et aucune issue fatale ne peut lui être attribuée (*Chapitre IX*).

Un frère de Richelieu inconnu (*Chartreux, primat des Gaules, cardinal, ambassadeur*), par Maximin DELOCHE. Documents inédits. Un volume in-8 de 555 pages, 10 hors texte. Prix : 28 francs. Bibliothèque d'histoire. Textes et études. Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs, 76 *bis* et 78, rue des Saints Pères, Paris (VIIe).

Encore du Richelieu, et du Richelieu nouveau. Il fallait s'y attendre avec M. Maximin Deloche, qui s'est spécialisé dans l'étude du grand homme d'État avec une série d'ouvrages qui font autorité et à qui rien de ce qui le touche n'est étranger. C'est maintenant la vie de son frère Alphonse resté dans l'ombre et écrasé par lui, chartreux pendant vingt-trois ans, avant de quitter, malgré lui, le cloître pour devenir primat des Gaules et cardinal.

Une tranche inédite de la vie de Richelieu, car les deux frères ont leurs existences mêlées, se redoutant tout en s'aimant, conséquence de leurs tempéraments opposés, quoique de même sang.

Le nom de l'ancien chartreux apparaît, en effet, à chaque période critique de l'histoire de Richelieu : siège de La Rochelle, journée des dupes, aventure de Marion de Lorme, drame de Cinq-Mars... Sa faveur auprès du roi contrebalance même parfoie celle de son frère.

Ambassadeur improvisé, il obtient des succès diplomatiques inattendus, grâce à une franchise déconcertante : il en use pour défendre obstinément et farouchement ses idées contre les bureaux, contre Richelieu, contre le roi. Sa lucidité de vues (car il est écrivain de race et fait penser au 11e fauteuil), s'impose assez à son frère pour laisser des traces dans le *Testament politique*.

Homme de grand cœur, de noble caractère, compatissant à toutes les infortunes, il reste chartreux et garde la sérénité du cloître dans les honneurs comme dans les traverses. Son indifférence pour les dignités et les biens terrestres, son horreur des conventions mondaines et de la courtisanerie lui valent un renom de bizarrerie que l'histoire transforme en folie. M. Deloche a fait ample justice de cette légende.

Cette étude, copieusement illustrée, est appuyée d'une forte documentation à laquelle les archives de la Grande-Chartreuse, mises à la disposition de l'auteur, ont apporté un appoint précieux. Sa note est chaude, vivante, colorée. Elle a été faite avec passion et elle le méritait

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution au traitement des cavernes tuberculeuses géantes

Par M. GIRBAL (Marseille)

Le traitement d'une caverne pulmonaire doit viser à obtenir la disparition d'une cavité.

Dans le cas de cavernes géantes où l'on ne peut espérer obtenir un processus de résolution et la restitution du parenchyme pulmonaire, le problème qui se pose est avant tout un problème physique : compression d'une cavité entourée d'un tissu plus ou moins résistant.

Les moyens mécaniques ou chirurgicaux actuellement à notre disposition sont : le pneumothorax, la phrénicectomie, la thoracoplastie.

Tous ont leurs partisans, mais ce serait une erreur à notre avis de vouloir appliquer systématiquement le même traitement à toutes les cavernes géantes, sans tenir compte des indications propres à chaque cas particulier.

Indications qui relèvent de la possibilité de rétraction des parois de la cavité et des tissus environnants, et du siège de la cavité.

ÂGE. — Cette possibilité de rétraction dépend de l'âge de la cavité. Il faut qu'il puisse y avoir non seulement rétraction de la coque fibreuse, mais aussi rétraction du tissu pulmonaire.

Ce coefficient de rétraction est presque toujours inversement proportionnel à l'ancienneté de la lésion. Et l'on pourrait dire que le traitement des cavernes géantes tuberculeuses est plus en relation avec l'âge de la cavité qu'avec son volume, compte tenu de la facilité spéciale à chaque malade de scléroser plus ou moins rapidement ses tissus.

SIÈGE. — Les cavités du lobe supérieur et de la base se compriment moins difficilement que les cavités des zones moyennes. Les pressions positives, même élevées +10, +11 (terminales) sont en général bien tolérées, et n'entraînent pas de déviation importantes du cœur et du médiastin.

Il en est différemment pour les cavités des régions moyennes du poumon et, en particulier pour les cavités juxta-hilaires droites, qui souvent ne permettent pas d'utiliser des pressions positives, par les phénomènes de compression médiastinale qui se produisent comme dans l'observation que nous rapportons plus loin.

Normalement, le médiastin « est un point d'appui efficace pour le refoulement du poumon malade. Chez l'enfant, les adolescents, les femmes jeunes et en général les sujets à tissus mous, le médiastin est au contraire lâche et mobile ; il cède et se dérobe sous la pression des gaz, même modérée : dans ce cas, dit Sergent (1), le collapsus est difficile à obtenir. »

Il est probable chez notre malade que ces deux facteurs interviennent pour favoriser ces phénomènes de compression médiastinale, âge de la malade, siège de la lésion.

Cette observation que nous rapportons ci-dessous est intéressante par plusieurs problèmes qu'elle pose.

OBSERVATION. — Mlle A... est âgée de 21 ans, elle est dactylo. Il y a deux ans, elle a été renversée par une bicyclette, et elle attribue sa maladie actuelle à cet accident.

(1) Emile SERGENT. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. Masson, 1931.

Elle tousse depuis six mois, elle a maigri de 4 kilos, mais a continué régulièrement son travail, sans se soigner, jusqu'au mois de novembre 1934.

A cette date, survient une hémoptysie très abondante avec élévation de température qui oscille entre 38 et 39,5 pendant une dizaine de jours.

Dès l'hémoptysie arrêtée, son médecin traitant, lui fait judicieusement un traitement aurique qui amène la chute de la température et il conseille de faire une radiographie aussitôt que la malade sera transportable à Marseille.

Une radiographie pratiquée le 7 janvier 1935 montre une zone ovalaire de vaste dimension, à contours bien délimités, coque mince, siégeant dans la zone moyenne du poumon droit et atteignant presque la zone juxta-hilaire. Pas de liquide dans cette cavité, pas de rétraction (*Fig.* 1 *et schéma* 1). Voici le résultat de l'examen radiologique qu'a bien voulu nous communiquer le Docteur A. Perrin.

Sommets légèrement grisailles des deux côtés avec prédominance à droite, mais s'éclairant bien à la toux.

Aires pulmonaires. Droite : un peu sombre dans son ensemble ; à la partie moyenne, au contact du hile, se voit une image cavitaire arrondie, à contours très nets surtout vers la partie interne, à la toux, cette image ne présente pas de cliquement, mais elle s'élève brusquement sans que sa forme se modifie sensiblement.

L'ombre hilaire présente au-dessus et au-dessous de l'image cavitaire de petites taches très sombres à contours nets dues à des lésions calcifiées.

Dans le reste du poumon droit et surtout vers la base, le dessin pulmonaire normal est remplacé par un aspect finement pommelé.

Gauche : L'ombre hilaire est peu étendue, à sa périphérie se voient trois taches sombres paraissant dues à des lésions calcifiées. Le reste du poumon gauche a un aspect normal.



Diaphragme. La voûte diaphragmatique gauche a une forme et une course normale ; les culs-de-sac sont libres.

A droite ; la course est un peu réduite et on constate un aplatissement des deux tiers internes du dôme diaphragmatique lors de l'inspiration forcée ; le cul-de-sac vertébro-diaphragmatique est émoussé ; les culs-de-sac costo-diaphragmatiques s'éclairent bien à l'inspiration.

Médiastin assombri à sa partie moyenne.

Interprétation radiologique. — Poumon droit : volumineux spélongue para-hilaire dont les parois paraissent peu souples. Infiltration étendue du parenchyme pulmonaire. Lésions hilaires calcifiées. Possibilité d'adhérence à la partie interne de la voûte diaphragmatique.

Poumon gauche : Lésions hilaires calcifiées. Pas de lésions paraissant en évolution actuellement décelable.

Le Docteur Granier, de Martigues, veut bien nous adresser cette intéressante malade.

L'examen clinique confirme l'image radiographique. Exagération des vibrations dans la zone moyenne du poumon droit, râles humides, souffle cavitaire, quelques râles transmis au sommet gauche (qui disparaîtront après le pneumo).

Expectoration purulente abondante, avec présence de bacilles de Koch.

Nous instituons un pneumothorax droit et insufflons facilement sans incident au début :

1re insufflation 15 janvier, 500 c. c. air ; PI : — 10 ; PT : — 6.
2e insufflation, 11 janvier, 750 c. c. azote : PI : — 9 ; PT : — 3.

Ces deux insufflations, faites à domicile, la malade étant alitée ont cependant provoqué une légère oppression de peu de durée.

3e insufflation, 28 janvier : 400 c. c. azote ; PI : — 8 ; PT : — 2.

Aussitôt après l'insufflation congestion intense de la face, avec cyanose des lèvres, angoisse, tachycardie.

Ces phénomènes s'atténuent progressivement et au bout d'une heure, la malade peut rentrer chez elle. (Elle avait refusé une ponction décompressive). Pendant huit jours, persistance d'une légère oppression.

Les insufflations suivantes faites avec prudence seront très bien tolérées :

4e insufflation, 4 février : 250 c. c. Az. ; PI : — 6 ; PT : — 3.
5e insufflation, 18 février, 350 c. c. ; PI : — 6 ; PT : — 2.
6e insufflation, 4 mars : 350 c. c. Az. ; PI : — 7 ; PT : — 2.
7e insufflation, 18 mars : 300 c. c. : PI : — 6 ; PT : — 2.

Actuellement, pas de température. Pas d'expectoration, ce qui n'a pas permis la recherche du B. K.

Reprise de poids de 3 kilos.



Radiographie en date du 18 mars 1935.
La spélonque para-hilaire a nettement diminué de volume tandis que l'ensemble du poumon droit s'est rétracté sous l'influence d'un pneumothorax. Pas d'adhérences visibles ni brides.

Cette observation appelle quelques réflexions :

1° Sans vouloir retenir le rôle du traumatisme auquel la malade attribue son affection, il y a lieu cependant de signaler la fréquence avec laquelle on rencontre une poussée évolutive tuberculeuse à la suite d'un traumatisme thoracique, que celui-ci agisse en décelant une bacillose jusque-là latente ou qu'il intervienne comme cause favorisante ou localisante.

2° La deuxième constatation à relever est la formation rapide d'une cavité importante se produisant à bas bruit, avec conservation relative de l'état général et intégrité du poumon opposé.

Ces cas sont rares pour Delore, à son avis, une caractéristique des cavernes géantes, c'est de s'accompagner presque toujours de lésions pulmonaires du côté opposé (1).

3° Par l'apparition d'un syndrome médiastinal partiel qui se produit dès que l'on atteint une pression faiblement positive et qui ne permet pas d'élever cette pression.

(1) Georges Delore. — L'état actuel de nos idées sur l'évolution des cavernes pulmonaires tuberculeuses. *Le Progrès Médical*, 23 février 1935.
Voir aussi : Jacques Stephani et Georges Delore. — Traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses. *Pratique médicale illustrée*, 1932.

Incident favorisé certainement par le siège juxta-hilaire de la cavité, sa coque scléreuse et la réaction hilaire calcifiée.

4° Par le traitement à mettre en œuvre.

En présence d'une cavité qui se comprime partiellement, mais insuffisamment, bien que la compression obtenue ait permis d'obtenir un résultat satisfaisant pour le moment, il serait utile d'arriver à une réduction plus complète.

Le seuil de pression atteint ne permet pas de comprimer totalement cette cavité, limitée par une coque fibreuse organisée, dès que la pression atteint 0, il se produit à la période du pneumothorax où nous sommes, un syndrome de compression médiastinal qui ne permet pas de dépasser ce seuil et n'autorise pas les pressions qui seraient nécessaires.

Quelle conduite tenir pour l'avenir ?

Actuellement, nous sommes partisans de temporiser en maintenant les pressions actuelles ; espérant que plus tard, la cavité s'affaissera progressivement et que peut-être un processus par transformation fibreuse de cette cavité réduite pourra se créer.

A cette compression partielle par le pneumothorax, viendra s'ajouter « une hypertrophie compensatrice du poumon sain qui jouera un rôle actif et aidera à la propulsion du médiastin du côté opposé », [Jaquerod (1)] et permettra peut-être aussi à ce moment des pressions plus élevées du pneumothorax.

Nous avons été frappé, en lisant l'intéressante observation de caverne géante du lobe supérieur droit, traitée par le pneumothorax, que viennent de rapporter, Pierre Pruvost, André Meyer et Livieratos (2), par le fait qu'ils avaient obtenu le maximum de compression de la cavité au moment où un épanchement pleural était apparu, épanchement ayant entraîné un début de symphyse et un épaississement de la bride axilaire, qui nécessita une section de brides et des pressions terminales de — 10 et + 15, très bien tolérées, sans manifestations de compressions médiastinales. Traitement qui leur a permis d'obtenir un résultat excellent.

Parmi les observations que rapportent Jaquerod dans son atlas, nous en retenons deux qui nous intéressent ici particulièrement : guérisons obtenues spontanément.

1° (*Fig.* 34) « Par fibro-thorax cicatriciel à la suite de lésions cavitaires graves. »

2° (*Fig.* 35) « Grosse caverne périhilaire du poumon droit avec guérison relative par dextrocardie et transformation fibreuse. »

Jaquerod conseille d'entretenir une compression aussi complète et aussi prolongée que possible, car il estime que « la caverne aux parois rigides a beaucoup de peine à s'affaisser, souvent elle n'arrive à se laisser comprimer complètement que lorsqu'il survient un exsudat remplissant toute la cavité pleurale. »

L'exsudat favorise la symphyse, symphyse qui débute par la base et, en particulier par le cul-de-sac, qui fixera partiellement le médiastin, favorisera la rétraction de l'hémithorax par accolement progressif des deux feuillets épaissis, et créera dans le poumon sous-jacent une sclérose cicatricielle, « sclérose pleurogène » de Sergent.

Au total, épanchement favorable.

La thoracoplastie, solution mutilante, provisoire certainement dans l'évolution de nos connaissances médicales, ne cherche-t-elle pas à copier les résultats obtenus par fibrothorax spontané.

Une question vient à l'esprit, n'y aurait-il pas intérêt dans certains cas de cavités incompressibles avant d'en arriver à une thoracoplastie à grand délabrement, à provoquer la formation d'un épanchement pleural, en injectant dans la plèvre, une substance irritante, paraffine, salicylate, térébenthine, par exemple, en surveillant, et dosant les réactions pleurales, la formation de cet hydropneumothorax, de façon à obtenir une compression plus complète, longtemps poursuivie (un à

(1) Jaquerod. — Spéléologie pulmonaire. Masson, 1928.
(2) Pierre Pruvost André Mayer et Livieratos. — Le traitement des cavernes géantes par le pneumothorax. *La Presse Médicale*, 9 mars 1935.

deux ans) et plus tard arriver à la formation d'un fibrothorax cicatriciel avec rétraction de l'hémithorax et hypertrophie compensatrice du poumon sain.

Un épanchement pleural aseptique, ne compromet d'ailleurs pas ultérieurement la possibilité d'une thoracoplastie. Il est préférable cependant, pour Maurer et Rolland (1) de n'opérer que sur une plèvre asséchée.

Nombre d'auteurs préfèrent dans le traitement des cavernes géantes, commencer d'emblée par une thoracoplastie sans essayer de pneumothorax.

Leuret et Caussimon estiment que même si « le pneumothorax est possible, il peut arriver que le poumon ne se rétracte pas suffisamment. Le pneumothorax ne ferme pas la cavité suppurante. Le moignon pulmonaire se déplace en masse du côté opposé, entraînant avec lui le médiastin. Bien que total, le pneumothorax est inefficace, mieux vaut pratiquer d'emblée une thoracoplastie partielle assez large » (2).

Maurer et Rolland sont du même avis, ils considèrent que les cavernes géantes du poumon, représentent une indication formelle de thoracoplastie, et que, dans ce cas, le collapsus chirurgical doit être poussé aussi loin que possible.

Pierre Pruvost, André Meyer et Livieratos, au contraire en présence d'une caverne géante tentent d'abord un pneumothorax. Nous sommes entièrement de leur avis, c'est ce que nous faisons toujours systématiquement, et nous avons pu obtenir ainsi à plusieurs reprises des résultats définitifs excellents.

Classification. — On peut essayer de classer schématiquement les cavernes géantes d'après leur siège et d'après les résultats thérapeutiques.

D'après leur siège : radiographies de profil (Bernon) :

a) Cavités du lobe supérieur et de la base, plus facilement compressibles ;

b) Cavités de la zone moyenne du poumon, cavités juxta-hilaires ou pré-costo-vertébrales (Maurer).

Ce sont des cavités difficilement compressibles, et dont la compression est liée en partie à la mobilité du médiastin.

D'après les résultats thérapeutiques :

a) Cavités traitées par le pneumothorax avec compressions suffisantes et résultats favorables ;

b) Cavités comprimées seulement par un hydro-pneumothorax :

3° Cavités qui ne peuvent être comprimées que par une thoracoplastie.

Conclusions. — En présence d'une caverne géante du poumon avec unilatéralité des lésions nous conseillons :

I. — Tenter un pneumothorax.

S'il est possible, arriver par des pressions de plus en plus élevées (avec prudence), à une compression la plus complète possible de la cavité.

Si le pneumothorax est inefficace, rechercher l'existence de brides adhérentielles, les sectionner.

S'il se produit un épanchement, et il se produira d'autant plus facilement, qu'il y aura eu sections de brides, ou pneumothorax sous pressions élevées, considérer cet épanchement comme un épanchement favorable et utile, le respecter en surveillant les pressions et les déviations du médiastin et du cœur.

En cas de pneumothorax inefficace, caverne béante, il y aura peut-être intérêt à créer un épanchement pleural, aseptique par injection d'une substance irritante. Maintenir cet épanchement si la compression est bonne, au moins un à deux ans pour obtenir un fibrothorax cicatriciel et rétractile.

II. — En cas d'échec, alors seulement, thoracoplastie large.

---

(1) A. Maurer et J. Rolland. — Indications et résultats de la thoracoplastie. Masson, 1935.

(2) E. Leuret et J. Caussimon. — Indications et résultats de la thoracoplastie. Masson, 1935.

FAITS CLINIQUES

Une nouvelle observation d'ostéomyélite aiguë primitive de la rotule

Par MM. RIGAUX et MILHIET

Nous avons eu l'occasion d'observer, au mois de novembre 1934, un cas d'ostéomyélite aiguë primitive de la rotule, chez un enfant de 9 ans. La grande rareté de cette affection nous fait publier cette observation et envisager, à cette occasion, quelques considérations bibliographiques et anatomo-cliniques.

Observation. — Le jeune Pierre D..., âgé de 9 ans, habitant dans le département de l'Orne, a commencé à souffrir du genou gauche le 9 novembre 1934. Le lendemain, la douleur était violente ; elle était moins importante les deux jours suivants et devenait atroce le 14 novembre. Nous examinons l'enfant ce jour-là.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, bien constitué, jusque-là bien portant. Il présente aujourd'hui des symptômes importants d'infection : les traits sont tirés, la langue sèche, les lèvres fuligineuses ; la température est à 39°. L'enfant se plaint d'une douleur atroce au niveau du genou gauche et maximum dans la région antérieure. Il est difficile de le transporter et de le déshabiller, car le moindre mouvement exacerbe ses douleurs.

L'examen permet de faire les constatations suivantes : le genou est en extension presque complète ; il est tuméfié dans l'ensemble. La peau est blanche. Il n'existe pas de lymphangite mais un certain degré de circulation veineuse collatérale. Au palper, le genou est très chaud. Il existe, avec évidence, un épanchement à l'intérieur de l'article comme le met en évidence, non le choc rotulien, trop douloureux pour être recherché, mais la fluctuation. La recherche des points douloureux osseux montre l'existence d'une douleur extraordinairement vive « véritable douleur de fracture sans fracture », sur la face antérieure de la rotule, plus près de la base que de la pointe. Il n'y a pas de point douloureux sur les tubérosités tubiales, ni sur les condyles fémoraux. Les mouvements passifs dans l'article sont possibles lorsqu'ils sont pratiqués doucement, qu'ils sont de petite amplitude et qu'ils ne provoquent pas de traction sur la rotule.

Au point de vue général, les signes infectieux sont importants : la température, qui est à 39° le matin, sera à 40° le soir ; le pouls est à 100 ; la langue est très sèche ; les pommettes rouges.

Devant cette symptomatologie, nous éliminons les diagnostics d'arthrite aiguë et de suppuration d'un hygroma pré-rotulien, et nous portons le diagnostic d'ostéomyélite aiguë du genou, vraisemblablement de la rotule.

Deux radiographies ont été pratiquées à Laigle trois jours auparavant et ne montrent rien d'anormal. Nous pratiquons deux nouvelles radiographies (face et profil) et nous découvrons l'image très nette d'un séquestre occupant la région basale.

Avec ces renseignements, nous pouvons poser, d'une façon certaine, le diagnostic d'ostéomyélite aiguë de la rotule et décider d'intervenir le jour-même.

Nous n'avons rien trouvé dans les antécédents qui explique l'apparition de cette ostéomyélite : pas de traumatisme, pas de furoncles, pas d'angine, de grippe ni de maladie infectieuse récente.

Opération : 1) Ponction exploratrice de l'articulation du genou qui retire 10 c. c. de liquide citrin, légèrement ambré, parfaitement clair. L'examen direct et la culture montreront l'absence de tout germe pathogène ;

2) Incision verticale de 8 cm. environ, sur la face antérieure de la rotule. Incision et décollement du périoste de part et d'autre au moyen de la rugine, avec les éléments ligamenteux qui y adhèrent.

On prend ensuite la curette pour trépaner l'os ; celle-ci s'en-

fonce facilement dans l'os mou. On trouve un séquestre long de 2 cm. environ, large de 1/2 cm., libre, que l'on enlève. On extirpe avec soin tout le tissu malade jusqu'à ce qu'on arrive sur un os dur et bien vascularisé. On agit avec beaucoup de prudence à la face postérieure de la rotule car, dans le fond de la cavité, on aperçoit le cartilage articulaire, faible barrière qui sépare les tissus infectés de l'articulation encore saine. A la fin, on se rend compte que l'on a abrasé, en hauteur, la moitié basale de la rotule et qu'il ne reste en épaisseur que le cartilage.

On place dans la cavité une mèche iodoformée. On panse à plat, on laisse tout ouvert.

L'examen du pus pratiqué le lendemain a montré l'existence de staphylocoques.

3) On applique, pour immobiliser le genou, un appareil plâtré qui comprend un collier crural, un collier jambier, deux attelles latérales.

Soins post-opératoires et évolution. — Des pansements quotidiens et minutieux sont faits de façon à ce que la cicatrisation des lésions se fasse de la profondeur vers la surface.

Après l'intervention, la température s'est abaissée en lysis en quatre jours, à 37° le matin, à 37°5 le soir.

Au bout de vingt jours, la plaie est absolument cicatrisée, il ne persiste aucune fistule. L'articulation a repris un volume et un aspect normal, le plâtre est enlevé, la mobilisation active et passive est reprise progressivement. L'atrophie du quadriceps étant assez considérable, un traitement physiothérapique est pratiqué.

Ces jours-ci, nous avons revu l'enfant et constaté qu'il marchait parfaitement bien et qu'il participait aux jeux de ses camarades. Les mouvements de flexion et d'extension sont identiques à ceux du côté opposé. Un prochain jour, nous pratiquerons une radiographie de ce genou qui nous donnera des renseignements extrêmement intéressants sur la reconstitution du tissu osseux.

L'ostéomyélite primitive, aiguë, de la rotule est une affection très rare comme on peut s'en rendre compte en en recherchant les cas dans les statistiques qui groupent un grand nombre d'observations d'ostéomyélite. Fhroener, sur 104 cas, Gangolfe, sur 661 cas, ne mentionnent aucune atteinte de la rotule, Trendel, sur 1,058 cas, n'en découvre qu'une seule. Nous avons recherché dans la littérature médicale les cas publiés jusqu'alors. Deux statistiques d'ensemble ont été faites, l'une en 1911, par Ducing, l'autre en 1923 par H.-L. Rocher. Si l'on tient compte que ces statistiques sont en contradiction sur l'étiologie des trois cas d'ostéite rotulienne, on peut considérer qu'il a été publié jusqu'en 1923, 51 cas d'ostéomyélite aiguë de la rotule. Depuis lors, nous avons trouvé trois autres observations : une observation de Richard A. Mauclark dans *The Lancet* de février 1933, une observation de F. Christopher, en 1933, une observation de Guérin en 1929, ce qui porte à 54 le nombre des cas publiés. Notre cas personnel constitue le cinquante-cinquième.

La rareté de cette affection est expliquée par le développement, la vascularisation et la structure de la rotule. Dans les trois premières années de la vie, la rotule est entièrement cartilagineuse et a la forme d'un gros bouton de nacre. Le noyau osseux apparaît entre 3 et 5 ans chez la fille, 4 et 6 ans chez le garçon. Entre 8 et 10 ans, il a la forme de la rotule de l'adulte. A 18 ans, le noyau osseux occupe toute la rotule ; il n'existe plus, sur la face postérieure de l'os, que le cartilage articulaire qui a 2 mm. d'épaisseur. L'activité ostéogénétique au niveau de la rotule est donc de courte durée et pratiquement localisée entre 8 et 12 ans.

La vascularisation de la rotule est importante pendant ce laps de temps et à peu près nulle avant et après. Pour cette raison l'apport du germe pathogène au contact du tissu osseux ne peut avoir lieu que pendant un temps très court et l'affection est forcément rare.

D'autre part, chez l'adulte, la rotule est formée d'une coque opaque et d'un noyau spongieux avec de très petites aréoles remplies d'une moelle très peu vascularisée.

Anatomie pathologique. — L'atteinte de la rotule peut être partielle ou totale.

Dans le premier cas, sous le périoste soulevé par le pus, la rotule est dénudée, blanchâtre, semblable à de la pierre ponce. Il existe une cavité de dimension variable remplie de pus et de masses fongeuses, dans laquelle peut nager un séquestre. Le cartilage articulaire est heureusement presque toujours respecté, et l'infection reste extra-articulaire.

Dans le deuxième cas, la rotule est tout entière frappée de mort et éliminée comme un véritable séquestre. Ces lésions, que l'on n'observe guère que chez l'adulte, sont la conséquence de la disposition artérielle. L'artère de la rotule pénètre au niveau de la partie médiane de la face antérieure et se ramifie. Le décollement du périoste à ce niveau entraine nécessairement l'anémie totale de l'os sous-jacent.

Les lésions d'ostéite se réparent très bien chez l'enfant où la reproduction de la rotule est presque la règle. Chez l'adulte, la cavité se comble par du tissu fibreux.

Etiologie. — Le microbe en cause est presque toujours le staphylocoque. A titre exceptionnel, on a pu incriminer le pneumocoque, le streptocoque, le bacille d'Eberth. Il n'y a souvent, comme dans notre observation, aucun point de départ apparant de l'infection. Dans quelques cas l'ostéomyélite succédait à un furoncle, un panaris, une angine, une maladie infectieuse.

Symptomatologie. — La symptomatologie de l'ostéomyélite aiguë primitive de la rotule est assez uniforme dans les différentes observations. Le début est brusque par l'apparition d'une douleur violente au niveau du genou et de symptômes infectieux. A la période d'état, tout fait penser à une ostéomyélite aiguë du genou : l'âge du sujet (8 à 12 ans), l'importance des signes fonctionnels et des signes généraux. Le diagnostic d'une atteinte de la rotule est fait en constatant l'absence de points douloureux sur les condyles fémoraux et tibiaux, et l'existence d'une zone extrêmement douloureuse sur la face antérieure de la rotule. Nous attirons l'attention sur un symptôme mentionné plusieurs fois : la position en extension presque complète de l'articulation, position dans laquelle aucune traction ne s'exerce sur la rotule.

Il sera toujours très intéressant de compléter cet examen par une radiographie de profil du genou. Très rapidement on y découvre une zone décalcifiée, un aspect de cavité et parfois l'existence d'un séquestre.

Le diagnostic peut se discuter avec une ostéomyélite du fémur ou du tibia, une arthrite purulente, une suppuration prérotulienne.

A côté de cette forme aiguë, il faut mentionner :

1) L'ostéomyélite aiguë totale ;

2) L'ostéomyélite compliquée d'arthrite purulente. L'infection a gagné l'articulation, non par une perforation du cartilage mais par une atteinte de la synoviale au niveau de son insertion au pourtour de la rotule ;

3) L'ostéomyélite chronique qui revêt deux formes : la forme névralgique et la forme fistuleuse. Cette dernière peut être secondaire à une forme aiguë ou primitive.

Traitement. — Il consiste à aborder l'os par une inci-

sion verticale, à le trépaner, à enlever à la curette toute la zone nécrosée. Dans l'ostéomyélite totale, il faut faire une patellectomie en laissant le cartilage postérieur qui obture l'articulation à la façon d'un verre de montre. Au cas où l'articulation serait atteinte, on serait amené à ajouter une incision d'arthrotomie. Il faut laisser tout ouvert, mécher et faire ultérieurement des pansements très soigneux afin que la cicatrisation se fasse de la profondeur vers la surface.

Pendant les quinze jours qui suivent l'intervention, le genou sera immobilisé dans un plâtre ou sur une attelle. Puis, la mobilisation passive et active sera reprise progressivement. Un traitement physiothérapique sera institué pour lutter contre l'atrophie des muscles.

Résultats. — En lisant les différentes observations, on est frappé par la presque constance des résultats bons et parfaits lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents. La fistulisation est exceptionnelle, la rotule se reproduit et la récupération des mouvements du genou en peu de temps est la règle. Chez l'adulte, la rotule ne se reproduit pas, les résultats sont moins bons mais, heureusement, cette affection y est peu fréquente.

CHRONIQUE

Tempéraments -- Rythmes -- Choline
Un livre de Biologie -- Médecine italienne

Tempéraments. — Tempérament, constitution, deux mots dont on a abusé à une certaine époque, deux mots qu'on a trop oubliés, en France du moins, parce que Descartes nous a trop bien modelés à une certaine tyranie du raisonnement et parce que le fin du fin, chez le médecin parisien, est d'avoir l'esprit critique... jusqu'au négativisme. Le terrain joue un rôle considérable en pathologie. Par ce mot, il faut entendre ce qui reste stable ou relativement stable dans cet ensemble de réactions instables qu'est la vie normale et, à plus forte raison, la vie pathologique. Mais cette tendance à la stabilité se présente sous des aspects divers et c'est pourquoi, tour à tour, très justement, André Jacquelin (1) étudie les types morphologique à la Sigaud, à la Mac Auliffe, — les types endocriniens qui traduisent l'action exercée par les glandes endocrines sur la morphologie au cours de la croissance, — les types neuro-végétatifs, — les tempéraments des anciens, — l'arthritisme, — l'ostéoélastopathie et j'en passe. Toutes ces particularités *apparaissent*, *transparaissent* dans diverses circonstances morbides et, si l'on veut trop les préciser, elles *disparaissent*. En les connaissant, on connaît mieux les tendances morbides de chaque sujet et l'on comprend les évolutions différentes des maladies et les actions si diverses des médicaments. Il faut, donc, beaucoup louer André Jacquelin, sage et enthousiaste à la fois de nous avoir après Corman, donné cet autre livre excellent.

De telles études sont trop négligées en France, alors que l'étranger nous a singulièrement devancé dans cette voie fructueuse.

(1) André Jacquelin. — *Directives en Pratique médicale. Terrains et tendances morbides*. Masson et Cie, éd., Paris, 1935.

L'étude des rythmes. — René Porak, qui fut interne en même temps que moi, a, depuis la guerre, par monts et par vaux, en outre mer, enseigné la physiologie et la médecine. En Perse, en Chine, en Afrique, en Sud-Amérique. Et il a travaillé, il a entrepris des recherches. Physiologiste, clinicien, sa pensée a été, comme celle des meilleurs de notre génération, de fonder une physiologie clinique, une physiologie humaine, une physiologie centrée par l'étude de l'homme. Et voici une nouvelle marque de cette orientation (1).

Porak se donne comme fin (et propose aux jeunes de se donner comme fin) de poursuivre un effort pour faire des diagnostics plus précoces que ceux de la médecine actuelle ; il ne faut plus seulement étudier la maladie ancrée, mais il faut chercher à déceler toutes les réactions humaines d'avant-maladie, tout ce qui conditionne l'invasion morbide. Porak enseigne qu'à chaque type convient une certaine expansion neuro-motrice, une certaine valeur d'ambiance (sec ou humide, chaud ou froid), une certaine alimentation, une certaine dose de sensations. Les émotions; suivant les types, aboutissent plus ou moins vite à la fatigue ou à l'épuisement des forces morales. Chaque homme est une loi pour soi-même et le régime, approprié aux uns, est excessivement mauvais aux autres. Il faut avoir la science de *l'individu* tout entier. Les savants de laboratoire, en isolant des phénomènes de l'ensemble organique, ont détruit toute compréhension de la vie.

Avec finesse, avec observation, on peut déceler les premières vibrations de l'organisme quand la maladie le menace. C'est par l'étude des rythmes que Porak se propose d'y arriver. Réagir est synonyme de vivre, de se défendre, de durer ; les réactions sont rythmées ; car le rhythme est la condition même de leur persistance. Et c'est en nous apprenant à connaître les rhythmes que Porak se propose de nous mener à une meilleure médecine.

***

Choline. — De très nombreux travaux depuis vingt ans ont été consacrés à la choline, dont, dès 1902, Desgrez avait montré le pouvoir hypotenseur. Ces travaux présentent un gros intérêt physiologique : la choline ne serait-elle pas l'hormone du système vague comme l'adrénaline est l'hormone ou la principale hormone du système sympathique ? Formulée ainsi, cette position du problème est un peu simpliste, peut-être ; mais elle n'en correspond pas moins à une notion solide, même en admettant que cette notion appelle des correctifs. Non moins grand est l'intérêt thérapeutique de la choline et de ses derivés qui ont fait l'objet d'applications thérapeutiques nombreuses ; on sait le pouvoir hypotenseur considérable d'un éther de la choline, l'acétylcholine, beaucoup plus actif que la choline ; ce produit a été introduit en thérapeutique par Villaret et Justin-Bezançon, il y a une dizaine d'années ; l'usage en est devenu très répandu et, depuis, les esters de la choline ont été l'objet d'innombrables travaux cliniques. Or, par le livre qu'ils font paraître aujourd'hui (2), Villaret et Justin-Bezançon, fournissent aux cliniciens des fondements solides pour des recherches pathologique et thérapeutiques. Ce volume constitue l'exposé d'un nombre considérable d'expériences originales appuyées sur de très nombreux tracés et tableaux, fruits de dix ans de recherches. Tour à tour les auteurs étudient l'action hypotensive, l'action sur la fibre lisse, sur la sécrétion salivaire et pancréatique, sur la glycémie, sur le pneumoorganique. C'est un livre qu'il faut lire pour tout ce qu'il apprend et, plus encore, pour tout ce qu'il suggère.

***

Un livre de biologie. M. G. Bohn, professeur à la

(1) René Porak. — *Introduction à l'étude du début des maladies*. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeur, Paris 1935.

(2) MM. Villaret Justin-Bezançon et R. Cachera. — Recherches expérimentales sur les esters de choline. Un volume de 254 pages avec 79 tracés. Masson et Cie éditeurs, 38 francs.

Sorbonne, est enthousiaste, ce qui est rare après l'âge de la jeunesse ; il est indépendant. ce qui est beaucoup plus rare encore, même parmi ceux qui chantent en chœur « vive la liberté ». Il s'est appliqué, de toute son âme. depuis toujours. à la biologie. Nul mieux que lui ne connaît les phénomènes de la nature, aussi bien dans leur description que dans leur déterminisme. Le livre qu'il vient de consacrer aux *vertébrés supérieurs* (1) est d'un puissant intérêt pour quiconque s'intéresse à la zoologie (naturellement) mais, aussi, pour quiconque s'intéresse à la biologie. La lecture en est infiniment instructive et elle est facile : G. Bohn a le culte de l'idée claire. Il a, aussi. le culte des idées vraies. Et il sait que les idées ont une vie, qu'elles évoluent, qu'elles meurent et puis que d'autres idées naissent. Ce n'est pas pour rien que Remy de Gourmont l'estimait.

***

Médecine italienne. — Sienne, ville antique, ville d'art. ville noble, abrite dans ses murs une très ancienne Ecole de médecine (2). C'est à 1250, que remonte la fondation de celle-ci et, dès ses débuts, y enseigna le docte Pietro Spagnola qui fut Pape sous le nom de Jean XXI. un confrère qui a eu de l'avancement. Mascagni, plus récemment, Golgi, Sanarelli y ont fait entendre leur voie. Dans la chaire de clinique gynécologique et obstétricale où il a succédé à Cesare Decio, mon illustre ami Francesco Spirito, qui nous résume aujourd'hui l'histoire de sa Faculté, poursuit ses remarquables travaux cliniques d'obstétrique et de gynécologie et les recherches biologiques que lui permettent son éducation et ses dons d'expérimentateur. Dans la présente plaquette, il nous décrit les belles installations que l'on a réalisé pour les divers services d'enseignement et de recherches. Des illustrations soignées nous montrent le décor dont il nous parle. Un amphithéâtre, des étudiants autour de leur maître : des étudiants dont le maître peut savoir les noms. L'Italie, dans sa volonté d'agir et de réaliser, a su conserver leur vie à tous ses centres intellectuels à l'égale des grandes cités. Nous ne prenons pas assez conscience du labeur italien. je le dis sans crainte d'être sérieusement contredit ; trop d'entre les meilleurs. ici, ne se rendent pas compte de l'essor admirable de la médecine italienne.

Henri Vignes.

(1) Georges Bohn. — *Leçons de zoologie et de biologie générale. VII. vertébrés supérieurs.* Collection des actualités scientifiques et industrielles. Hermann et Cie, éditeur, Paris, 1935).

(2) Francesco Spirito. — *Storia della facolta medica Senese.* Sienne. Bernardino, édit., 1935.

Au cours d'un examen de médecine, Guy Patin, doyen de la Faculté, posait au sieur de Caen, la question suivante : *An vino madidis decoctum ceparum* ? Oui, il savait bien que la soupe à l'oignon est le remède aux excès de vin. Malgré cela, lorsqu'il fut invité à la fête donnée pour l'ambassadeur de Suède, il préféra n'y point aller, craignant qu'il ne lui fallût « boire en Allemand ». Et il ajoute avec sagesse : « Je ne bois plus qu'en philosophe, qui a tantôt soixante-cinq ans. » (Dr Paul Farez. — *Journal des Débats*, 31 mars 1935.)

En France, on mange peu de riz. Pourquoi ? Parce qu'on ne l'aime pas. Et on ne l'aime pas parce qu'on ne sait pas le cuire. Le Docteur Henri Leclerc a exhumé ces jours-ci une plaquette, publiée à Paris, il y a environ deux siècles, et où l'on recommandait de le faire mitonner sur le feu, à petits bouillons, pendant dix-sept heures, au moins ! De nos jours, on ne se livre plus à pareille débauche de cuisson ; mais on nous le sert, tout de même, trop souvent, sous les espèces fort peu affriolantes d'une pâte informe, collante, visqueuse, insipide, indigeste. Ce qu'on n'a pas su en ingurgiter, on pourrait aussi bien se l'appliquer en cataplasme. Et, cependant, chez les Orientaux, c'est un mets plaisant, léger, délicieux : les grains roulent les uns sur les autres : aucun n'adhère à son voisin. Apprenons, donc à le cuire, ainsi qu'on fait là-bas ». (Dr Paul Farez. — *Journal des Débats*, 31 mars 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1935

Erythroblastose type Cooley constatée récemment (mars 1935) à Lyon chez deux sœurs nées de parents sardes. — ***MM. Péhu, Léon Nove-Josserand*** et ***R. Noël*** ont observé deux sœurs, respectivement âgées de 3 ans 1/2 et 18 mois, nées en France, de parents sardes, habitant depuis plusieurs années une localité de l'Isère. Toutes deux présentent les caractéristiques de l'anémie type Cooley (thalassanémie ou anémie méditerranéenne) : Hépatosplénomégalie, anémie intense avec érythroblastose sanguine élevée, (hématies nucléées, faciès mongoloïde, lésions squelettiques (ostéoporose, amincissement de la corticale, aspect « en brosse » de la voûte crânienne).

C'est le premier cas reconnu en France. Cette maladie familiale et raciale atteint certains sujets appartenant à des populations habitant le Nord-Est de la Méditerranée : italiennes, grecques, syriennes et arméniennes. Le mérite de la description originelle revient à Cooley, auteur américain exerçant à Détroit (Michigan) qui l'a découverte et individualisée aux Etats-Unis, sur des enfants nés de parents italiens immigrés, tandis que la race américaine, autochtone ou non italienne, n'est pas atteinte.

L'anémie type Cooley est une variété du groupe vaste des érythroblastoses-maladies, qui comprend aussi l'anasarque fœto-placentaire, l'ictère grave familial et l'anémie grave du nouveau-né.

Les défaillances de la prophylaxie de la tuberculose à l'école. — ***MM. E. Lesné*** et ***G. Dreyfus-Sée.*** — Assez fréquemment la tuberculose survient chez des enfants vivant dans un milieu familial sain.

L'étude des lacunes de l'organisation de la lutte contre la tuberculose à l'école permet de redouter qu'un certain nombre de ces contaminations puissent avoir leur source à l'école.

Il est donc indispensable de réviser les règlements concernant la surveillance médicale du personnel scolaire afin de renforcer les procédés de dépistage précoce de la tuberculose, tant dans l'intérêt des malades (instituteurs, femmes de services, cantinières, etc.), que pour la protection des écoliers.

Dans ce but, il serait utile de pratiquer des examens médicaux méthodiques, à intervalles réguliers de tout le personnel scolaire (personnel enseignant et personnel de service).

Des mesures analogues sont à envisager en ce qui concerne le personnel des crèches et des pouponnières tant officielles que privées.

Action destructrice des ondes courtes sur les antigènes de quelques venins, de la bile et de la cholestérine — ***Mme Marie Phisalix*** et ***M. Félix Pasteur.*** — 1° Les venins non vaccinants (de Salamandre, de Crapaud...) ne sont pas modifiés dans leur toxicité globale.

2° Les venins vaccinants (de serpents, d'abeilles, le venin cutané muqueux de batraciens) la bile et la cholestérine, perdent d'abord leurs composants vaccinants ou antigènes, et paraissent alors plus toxiques.

3° La neurotoxine, cause de la mort, est ensuite graduellement détruite, tant qu'il en existe encore dans la solution venimeuse, celle-ci peut servir, par accoutumance, à protéger les espèces sensibles.

4° L'hémorragine n'a pas encore disparu lorsque la neurotoxine est déjà détruite.

5° L'action des ondes courtes se montre ainsi la même que celle des rayons ultra-violets, dont les auteurs ont montré les effets sur le venin et le sérum de vipère, ainsi que sur le virus rabique.

Elle est donc à éviter dans la thérapeutique antivenimeuse, en raison aussi du pouvoir pénétrant de ces ondes à travers l'organisme.

Identité étiologique entre la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale) et certaines anorectites ou recto-colites végétantes. Etude expérimentale. ***MM. G. Levaditi, P. Mollaret*** et ***L. Reinié.***
Il nous a été possible de démontrer, par tous les moyens expérimentaux et cliniques dont on dispose à l'heure actuelle,



BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des hémorragies et la transfusion sanguine d'urgence en oto-rhino laryngologie, par G. CANUYT et Ch. WILD. Un volume de 206 pages avec 10 figures : 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'étude de la coagulation du sang et des hémorragies doit être la base essentielle et fondamentale du traitement des hémorragies. Au point de vue clinique, les hémorragies peuvent se diviser en hémorragies chirurgicales ou provoquées et en hémorragies médicales ou spontanées.

Les diathèses hémorragipares principales sont : l'hémophilie, l'hémogénie et les hémorragies par dyscrasies d'origine viscérale. Leur connaissance est indispensable pour la thérapeutique des hémorragies.

Le *traitement préventif est fondamental*, car il vaut mieux éviter une hémorragie que d'avoir à l'arrêter.

Le *traitement curatif* des hémorragies comprend le traitement local et ensuite le traitement général.

La physiologie et la médecine expérimentale montrent chez l'animal que la transfusion sanguine est plus efficace que toutes les autres thérapeutiques dans les cas d'hémorragies graves.

Les travaux de Hayem, de Hédon et Jeanbrau sont concluants :

Le sang est plus efficace que tous les sérums artificiels.

La transfusion sanguine est le traitement le plus sûr des hémorragies graves.

Ces bases expérimentales fondamentales se trouvent confirmées d'une manière indiscutable chez l'homme. La transfusion sanguine remplace le sang perdu par du sang vivant homogène mais surtout *arrête les hémorragies grâce à son puissant pouvoir hémostatique.*

Or, l'hémorragie peut survenir brusquement en tout lieu et à n'importe quel moment. Il faut donc que la transfusion puisse être exécutée dans le délai le plus rapide. Tout doit être organisé. Cette organisation indispensable, c'est le *service de transfusion sanguine d'urgence.*

En 1935, *la transfusion sanguine d'urgence paraît être l'organisation la plus rationnelle, la plus sûre et la plus pratique.*

Ce livre, essentiellement pratique, est destiné à rendre service non seulement aux laryngologistes mais aussi aux chirurgiens, aux médecins et aux stomatologistes.

En effet, il contient dans tous les détails le traitement des hémorragies en général et la question de la transfusion sanguine.

Influence des variations météréologiques sur l'organisme. Comment y remédier, par le Docteur G. GIRAUD, de Tanlay (Yonne). In-8°, 10 pages. Prix : 5 francs, chez l'auteur (Ch. Post. Paris 635. 89) et Librairie Maloine.

Dans cette brochure, l'auteur expose que de tous les agents météorologiques, l'électricité atmosphérique a la plus grande part.

(L'extraordinaire dépression barométrique du mois de février a montré que l'influence de ce facteur, en particulier, si souvent incriminé est en réalité bien faible).

On trouvera rassemblée ici de nombreux faits tendant à justifier la théorie de l'auteur. « l'organisme perd continuellement des charges électriques statiques ; s'il les récupère trop lentement ou incomplètement l'équilibre physilogique est détruit ; pour le rétablir, estime-t-il, il suffit de réparer ces pertes statiques et il propose dans ce but quelques procédés commodes.

Les résultats obtenus, dit l'auteur, confirment cette thèse.

Saint Basile (*Aux jeunes gens, sur la manière de tirer profit des lettres helléniques*). Texte établi et traduit par l'abbé F. BOULENGER, 12 francs. Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail.

La lutte entre le paganisme et le christianisme, particulièrement ardente au IVe siècle, n'empêchait pas les adeptes de la foi nouvelle de continuer l'étude des auteurs profanes.

Ces pages écrites par l'évêque de Césarée pour l'instruction de ses jeunes neveux témoignent de l'utilité des œuvres païennes pour la formation de l'esprit.

Naissance et Vicissitudes de 300 mots et locutions. *Essai de sémantique*, par le lieutenant-colonel DE THOMASSON. Un vol. (11 × 18,5), 10 francs. Bibliothèque des chercheurs et des curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V^e^).

L'auteur a choisi quelques centaines de mots et de locutions d'un usage courant, dont beaucoup appartiennent même au langage familier, et dont la signification a curieusement varié à travers les âges. Il a enchaîné les sens les uns aux autres, de façon que la transformation s'opère pour ainsi dire à la vue du lecteur.

Bien que M. Albert DAUZAT, l'éminent linguiste qui a écrit la préface de l'ouvrage, dise qu'il s'y trouve des observations de nature à intéresser les savants, c'est au grand public que l'auteur s'adresse, au public cultivé et désireux d'être un peu plus instruit de notre langue française, si belle et si riche, mais trop savante et trop compliquée pour que beaucoup de personnes puissent se flatter de la posséder complètement. Ce public verra par quels avatars ont passé des termes et des expressions qu'il emploie tous les jours et quel mystère, difficile à percer, a plané sur l'origine de certains mots très usuels et de certaines locutions populaires. D'autres articles lui présenteront sous un jour nouveau des questions sur lesquelles les puristes se sont récemment livré bataille.

L'auteur a estimé qu'en pareille matière tout pédantisme devait être exclu, mais non pas tout enjouement, quand le sujet s'y prête.

Au moment où le goût des controverses grammaticales et les curiosités du vocabulaire s'affirment plus que jamais, nul doute que le public ne réserve l'accueil qu'il mérite au livre documenté et alerte de M. de Thomasson.

Le Mouton de Rapport, par Henry GIRARD et Georges JANNIN, 3e édition entièrement remise au point. Un volume 12 × 19 de 184 pages, avec gravures. Broché : 18 francs. Librairie agricole et horticole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Les spéculations ovines sont-elles avantageuses ou non ? Les auteurs, forts de leurs expérience et de leurs enquêtes, ne craignent pas de répondre par l'affirmative.

Les productions du mouton sont actuellement inférieures aux besoins de notre consommation ; d'autre part, le mouton possède le rare privilège de s'accommoder de toutes les situations culturales et aussi de toutes les misères comme de toutes les richesses mais avec des procédés d'exploitation bien différents. Pour guider les éleveurs, les auteurs ont étudié dans leurs moindres détails les diverses spéculations possibles.

l'identité absolue entre une souche de virus lymphogranulomateux provenant d'un sujet atteint de recto-colite primitive, et les souches du même virus isolées des ganglions lymphatiques de malades présentant la symptomatologie classique de la maladie de Nicolas et Favre. Cette identité découle des résultats positifs fournis aussi bien par l'inoculation à des animaux réceptifs (chimpanzé, catharriniens inférieurs et souris), que par l'inoculation à des paralytiques généraux.

Nos conclusions actuelles, renforcées par le comportement des antigènes de Frei, préparés avec des souches d'origine rectale ou ganglionnaire, confirment ainsi la conception de Ravaut, Levaditi et leurs collaborateurs, à savoir que, du point de vue étiologique, la maladie de Nicolas et Favre, d'une part, certaines anorectites végétantes ou sclérosantes primitives ou secondaires d'autre part, reconnaissent un seul et même agent pathogène : l'ultravirus lymphogranulomateux.

Election de deux correspondants étrangers dans la deuxième division (Chirurgie). — *Classement des candidats.* : En première ligne : MM. Angelesco (de Bucarest), et J.-A. Presno (de la Havane).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Magalhaes (de Rio-de-Janeiro), Ovio (de Rome), Dos Santos (de Lisbonne), et Verhoogen (de Bruxelles).

MM. Angelesco et Presno sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars 1935

Le dosage des sels biliaires du sang chez les ictériques. — *MM. Etienne Chabrol* et *Jean Cottet* ont appliqué à l'étude des ictères la réaction phospho-vanillique qu'ils ont proposée avec M. Charonnat, pour le dosage de l'acide cholalique. Il ressort de leur étude comparative sur la cholémie saline et la cholémie pigmentaire que dans toutes les variétés d'ictère, il existe une dissociation sanguine au profit des pigments et aux dépens des sels biliaires. Cette dissociation n'est pas simplement relative, elle est dans bien des cas absolue, en ce sens que l'acide cholalique peut disparaître totalement à l'apogée de la bilirubinémie, et cela, quels que soient le mécanisme et la cause de la jaunisse.

La date de ces dissociations absolues n'est pas sans intérêt pour le clinicien qui hésite entre l'obstruction cholédocienne, l'ictère infectieux et l'ictère catarrhal. Le cancer du pancréas et la lithiase ictérigène n'entraînent point une régression complète des sels biliaires dans les premières semaines de leur évolution ; cette éventualité suppose la persistance de l'ictère pendant de longs mois et l'adultération profonde de la glande hépatique. L'ictère catarrhal se comporte au début comme le cancer et le lithiase, le rapport des sels aux pigments restant dans les limites de 1 à 10 ; mais plus tard, au troisième ou quatrième septénaire, la disparition complète de la cholalémie vient rectifier le pronostic et plaider en faveur de l'ictère catarrhal prolongé. La cholémie saline des ictères infectieux a une individualité mieux tranchée encore ; durant leur évolution, le taux des sels biliaires du sang est remarquablement faible par rapport à celui des pigments qui est 20 ou 100 fois plus élevé. C'est au cours des ictères fébriles dénommés primitifs que les dissociations absolues sont particulièrement précoces.

Recherches sur les sels biliaires dans le sérum des cirrhotiques. — *MM. Etienne Chabrol* et *Jean Cottet* ont pratiqué comparativement la réaction de l'acide cholalique sur le sérum et sur la bile d'une cinquantaine de cirrhotiques.

Chez les cirrhotiques sans ictère, il n'existe aucune proportionnalité entre les données sanguines et les enseignements du tubage duodénal. Tandis que ce dernier fournit un élément de pronostic en révélant l'abondance de l'acide cholalique dans les cirrhoses hypertrophiques et sa régression dans les cirrhoses dégénératives, il ne faut guère compter sur la cholémie saline pour juger de la valeur fonctionnelle du foie dans les hépatites scléreuses.

Au cours des cirrhoses avec ictère, le syndrome de Hanot excepté, la raréfaction des sels est bien en accord avec la très curieuse dissociation que l'on observe chez tous les malades soumis à une rétention biliaire ; l'acide cholalique peut même disparaître complètement du sang, si bien que devant un malade ictérique porteur d'un gros foie, on a quelque raison de se baser sur son absence pour trancher entre l'hépatomégalie de rétention et l'hépatite ictérigène inflammatoire.

La dissociation de la pression veineuse et de la vitesse circulatoire, signe caractéristique des compressions de la veine cave supérieure. — *MM. C. Lian* et *Abaza* ont constaté que dans les compressions caves supérieures, la grande hypertension veineuse brachiale, bien étudiée par le Professeur M. Villaret, coexiste avec une vitesse circulatoire normale. Cette dissociation montre nettement que la grande hypertension veineuse ne peut être due à l'insuffisance cardiaque. C. Lian et Facquet viennent en effet d'établir que le ralentissement de la vitesse circulatoire est constant dans l'insuffisance cardiaque.

Par conséquent, la dissociation de la pression veineuse brachiale et de la vitesse circulatoire est un signe caractéristique des compressions caves supérieures.

Assez souvent, cette dissociation ne fera que confirmer les conclusions cliniques, mais dans certains cas elle sera la pierre angulaire du diagnostic.

Les injections intra-cardiaques d'ouabaïne. — *MM. C. Lian* et *Abaza* ont eu recours aux injections intra-cardiaques d'ouabaïne d'Arnaud chez deux cardiaques immédiatement après la mort. Les électrocardiogrammes recueillis dans ces deux cas montrent l'intérêt de ces injections. L'ouabaïne à elle seule peut réanimer, au moins passagèrement, un cœur semblant définitivement arrêté. Dans le premier cas, où elle a été employée après l'échec de l'adrénaline, elle a eu une action nettement plus efficace que cette dernière.

C. Lian avait souligné antérieurement le danger possible de l'adrénaline intra-cardiaque dans les syncopes prolongées avec fibrillation ventriculaire. Par conséquent, dans les cas de mort apparente où l'on est amené à recourir aux injections intra-cardiaques, si un électro-cardiogramme ne permet pas d'écarter la fibrillation ventriculaire, il y a lieu de donner la préférence à l'ouabaïne intra-cardiaque et de ne recourir à l'adrénaline qu'après échec de l'ouabaïne.

M. Clerc fait remarquer que l'injection intra-cardiaque de substances inhibitrices du pneumogastrique et même la simple piqûre du cœur agissent dans le même sens que l'injection de substances excitatrices de la fibre cardiaque. Aussi est-il assez sceptique en ce qui concerne la réelle efficacité des injections d'adrénaline ou d'ouabaïne. D'autre part, l'ouabaïne lui paraît plus dangereuse à manier que l'adrénaline, son effet étant peut être moins brutal, mais plus prolongé.

En outre, la fibrillation est plus facilement obtenue sous l'effet de l'ouabaïne qu'à la suite de l'injection d'adrénaline. Pour ces raisons, il conseille l'extrême prudence dans l'emploi de cette thérapeutique, surtout si le cœur n'est pas en fibrillation.

Forme embolique pleuro-pulmonaire de l'infarctus du myocarde. — *MM. E. Douzelot, A. Meyer* et *J. Delarue* rapportent une observation d'infarctus du ventricule droit avec embolies multiples dans le domaine de l'artère pulmonaire et épanchement pleural bilatéral.

Les auteurs insistent sur la rareté relative de l'infarctus du ventricule droit, sur le silence clinique complet de cet infarctus, enfin sur les difficultés en pareil cas du diagnostic d'origine des accidents pleuro-pulmonaires.

Syphilis gastrique héréditaire tardive. — *MM. G. Basch, M. Kipfer* et *Logeais* rapportent l'observation d'une femme de 25 ans qui présentait depuis un an des douleurs gastriques avec vomissements aqueux. La radiographie montra une biloculation avec une encoche profonde et irrégulière sur la grande courbure ; la coexistence de dents d'Hutchinson et d'une séroréaction très positive incita à mettre en œuvre un traitement antisyphilitique énergique. L'amélioration fut immédiate, se jugeant par la disparition des douleurs et la reprise du poids ; les clichés radiographiques en série montrent le retour graduel à la normale de l'image gastrique. Les auteurs soulignent l'action élective du traitement spécifique par voie digestive qui devra être toujours associé aux piqûres ou intercalé entre les séries.

Kystes hydatiques anciens dans le foie d'une malade présentant un anévrysme syphilitique de l'aorte. — *MM. Marcel Pinard, Ch. Debray* et *A. Corcos* rapportent l'observation d'une malade porteuse d'un anevrysme aortique syphilitique, chez laquelle le foie très volumineux présentait deux grosses tumeurs calcifiées, l'une derrière le gril costal et révélée par la radiographie, l'autre dans l'hypochondre droit, faisant corps avec le foie.

Le traitement antisyphilitique réduisit le volume du foie

mais non celui des tumeurs. Le Cazoni était négatif, il n'y avait pas d'éosinophilie.

L'intervention sur la tumeur inférieure a montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ancien et calcifié ayant probablement suppuré.

Le Weinberg pratiqué après l'ablation du premier kyste s'est montré fortement positif.

Importance de la maladie de Basedow pour le dépistage des syphilis familiales. — MM. *Marcel Pinard*, Mlle *Corbillon* M. *J. Le Beau* rapportent un cas dans lequel la maladie de Basedow constitue la seule manifestation de la syphilis héréditaire, intercalée entre un tabes typique avec aortique chez le père de la basedowienne et des stigmates certains d'hérédo-syphilis chez le fils de la malade. Et du point de vue pratique, c'est la notion de cette fréquence de la syphilis héréditaire à l'origine de la maladie de Basedow qui a permis par l'interrogatoire de découvrir le début de cette syphilis familiale dans l'ascendance maternelle.

Endocardite à marche lente chez un lupique avec aspect pseudo tuberculeux de la rate et des reins. Coronarite thrombosante et nécrose miliaire du foie. — MM. *D. Olmer*, *Mosinger*, *J. Olmer*, *P. Buisson* et M. *Audier* (Marseille).

Acanthosis nigricans. — M. *Milian* rapporte un cas d'acanthosis nigricans à propos duquel il insiste sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des lésions.

Un cas de silicose pulmonaire compliquée d'abcès du poumon. — MM. *Paul Halbron*, *Jacques Lenormand* et *Pierre Bardin*, à propos de la communication de MM. Aubertin et Patey sur la silicose pulmonaire, signalent un cas de silicose des mineurs compliquée d'abcès aigu du poumon. Ce dernier a parfaitement guéri par le traitement médical en moins de deux mois comme le prouvent dix radiographies successives. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans l'interprétation de l'image radiologique qui pose, une fois de plus, le diagnostic des micro-nodules diffus. Au début, en effet, on pouvait penser à un hydro-pneumothorax partiel dû à une énorme caverne compliquée de granulie. Or, tous les examens de crachats furent négatifs. Le malade, revu au bout de six mois, est toujours apyrétique et a engraissé de 14 kgr. ; son état général est floride, mais l'image en « tempête de neige » persiste toujours.

Les auteurs croient, chez cet ancien mineur, à une silicose pulmonaire bien tolérée, non tuberculisée, mais compliquée fortuitement d'abcès du poumon aigu et curable.

L'urticaire et l'ictère catarrhal. — MM. *J. Caroli* et *P. Ferroir* rapportent une observation d'urticaire intense durant depuis six mois, généralisé, rebelle à la thérapeutique et qui disparaît au cours et à la suite d'un ictère intercurrent du type catarrhal.

Rapprochant ce cas des faits analogues publiés dans la littérature, ils montrent que les prodromes urticariens éclairent l'étiologie de certains ictères catarrhaux qui peuvent être considérés comme des manifestations d'origine toxique affectant des organismes sensibilisés.

Ils pensent qu'il faut rapprocher des urticaires pré-ictériques, certains rhumatismes prodromiques qui sont sans doute de même nature. Ces manifestations fluxionnaires cadrent bien avec les lésions d'œdème cellulaire qui paraissent la base histologique fondamentale découverte au cours des ictères catarrhaux.

Cette observation offre un exemple d'un procédé en quelque sorte spontané sinon naturel de guérison d'un urticaire chronique des plus rebelles.

Il ne paraît malheureusement pas possible dans l'état actuel de nos connaissances de déterminer au cours des phénomènes humoraux complexes de l'ictère à quel élément d'ordre physique ou chimique on doit attribuer la disparition de l'urticaire.

Un cas de méningite tuberculeuse de l'adulte à évolution très prolongée. — MM. *Lœderich* et *Lichtenberg* relatent un cas de méningite tuberculeuse dont l'évolution a été exceptionnellement longue, se prolongeant pendant trois mois et demi. Il s'agissait d'un homme de 41 ans, qui présenta tous les signes classiques d'une méningite tuberculeuse: la ponction lombaire confirmait le diagnostic en montrant une forte leucocytose avec albuminose et présence de bacilles de Koch à l'examen direct ; l'inoculation au cobaye démontra la virulence de ces bacilles.

La maladie évolua avec tous ses signes habituels pendant 105 jours ; l'état général resta longtemps satisfaisant, puis une cachexie rapide emporta le malade.

L'autopsie montra les lésions typiques de la méningite tuberculeuse exsudative diffuse.

Le malade avait reçu douze injections d'allergine, sans aucune réaction. Les auteurs se demandent si c'est à ce traitement qu'il faut attribuer la lenteur exceptionnelle de l'évolution ?

A propos de ce cas, les auteurs relatent qu'ils ont pratiqué la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien de vingt-sept malades atteints de syndromes méningés, et confirment les conclusions de Kérangal des Essarts sur la valeur de cette réaction ; celle-ci est constamment et fortement positive dans tous les cas de méningite tuberculeuse et généralement négative dans les méningites d'autre nature, réserve faite pour les cas où l'albuminose du liquide céphalo-rachidien dépasse deux grammes et pour certaines lésions syphilitiques anciennes. La floculation du liquide céphalo-rachidien est complètement indépendante de celle du sang.

Un cas de silicose pulmonaire. — MM. *Ch. Aubertin* et *Georges Patey*.

Syndrome congénital caractérisé par une double paralysie faciale, une double paralysie de la sixième paire et un double pied bot. — MM. *J. Decourt* et *P. Perreau* rapportent un cas de ce syndrome individualisé récemment par MM. Alajouanine, Huc et Gopkevitch.

Un cas de primo-infection tuberculeuse avec érythème noueux chez une fillette de 11 ans. — MM. *L. Béthoux* et *E. Berthet* (Grenoble). — Le diagnostic est basé sur l'apparition d'un syndrome d'imprégnation tuberculeuse et l'apparition d'une cuti-réaction fortement positive alors qu'elle était négative avant l'érythème noueux. Les auteurs insistent sur l'importance de la radiologie thoracique et de l'intradermo-réaction, plus fidèle et plus sensible que la cuti-réaction.

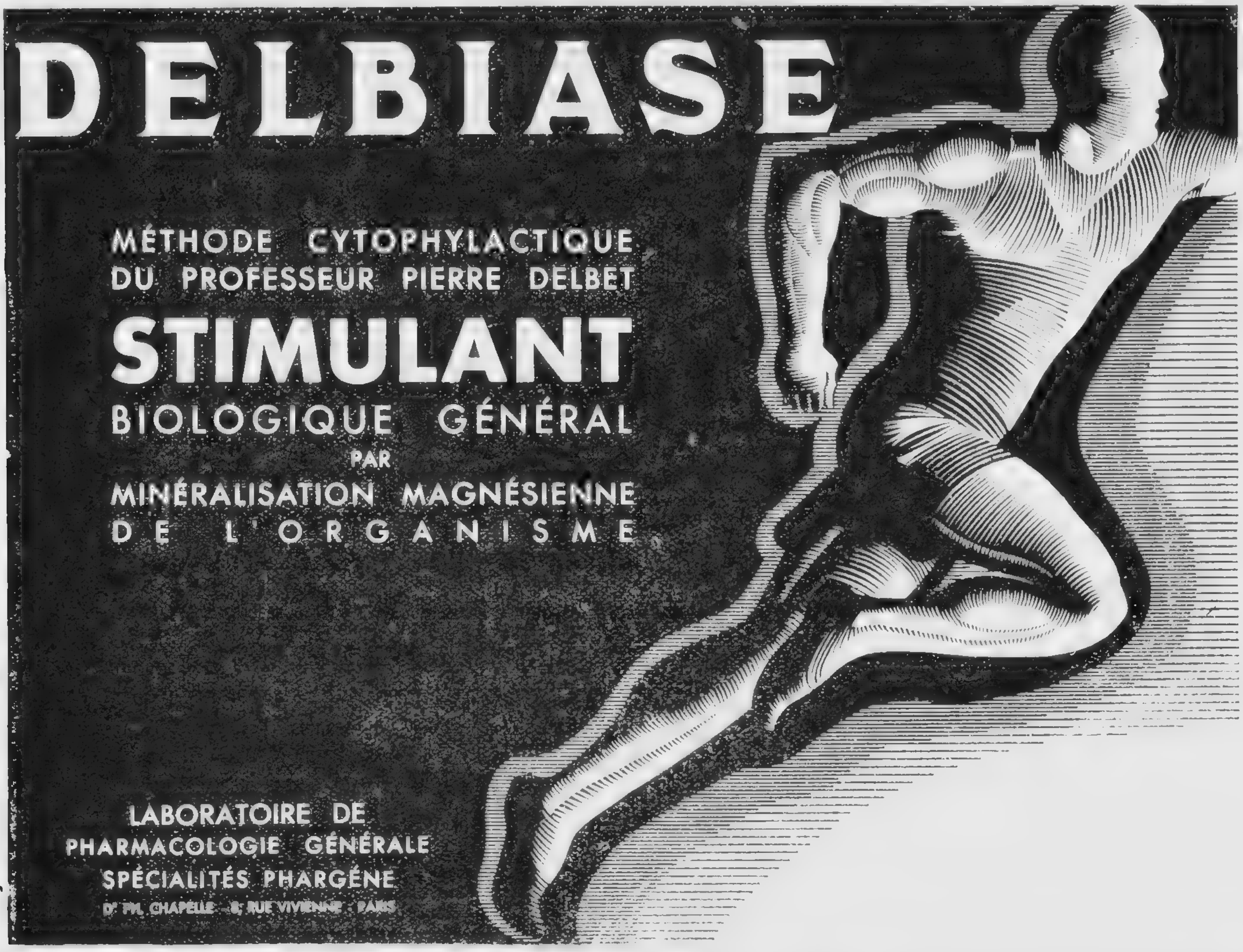
Un cas d'accidents tertiaires chez un paralytique général. — MM. *Spillmann*, *P.-L. Drouet*, *M. Aubry* et *J. Mignardot* (Nancy) relatent un cas d'accidents syphilitiques tertiaires apparus chez un paralytique général quelques semaines après l'impaludation et en pleine rémission thérapeutique physique et psychique.

La recherche des tests cutanés a été fortement positive, confirmant l'apparition de l'allergie. Celle-ci peut toutefois, quoique exceptionnellement, survenir au cours de longues rémissions spontanées, comme en témoignent deux observations anciennes inédites, accompagnées d'accidents gommeux tertiaires. Les tests cutanés paraissent tenir un rôle important dans l'établissement du pronostic de la paralysie générale traitée par la malariathérapie.

Tachycardie sinusale persistante par épine irritative chez des blessés de poitrine. — M. *Ed. Doumer* (de Lille) rapporte trois observations de tachycardie persistante, aux environs de 120 pulsations par minute, qui date dans deux cas d'une blessure de guerre ayant laissé un projectile dans la masse même du myocarde ou au voisinage immédiat du cœur et de l'aorte. Jamais ces sujets n'avaient eu auparavant à se plaindre de leur cœur. L'électrocardiogramme montre une tachycardie sinusale banale. La forme et les dimensions absolument normales de l'ombre cardio-aortique éliminent sans discussion l'hypothèse d'une tachycardie d'insuffisance cardiaque. L'un de ces blessés présentait de plus un syndrome de Claude-Bernard-Horner du côté du projectile.

Dans le troisième cas, chez un blessé qui porte un projectile à la base du cou du côté gauche, une tachycardie de ce type et de cette importance apparut douze ans après la blessure, en même temps que des douleurs causalgiques et des crises de contractions du membre supérieur gauche.

Ces états tachycardes diffèrent cliniquement des tachycardies neurotoniques par certaines particularités sémiologiques importantes : l'absence de signes d'hyper-émotivités et des réactions anxieuses qui rendent inquiétantes et pénibles les palpitations des tachycardies neurotoniques et surtout l'absence de cette instabilité remarquable du rythme cardiaque qui signe, dans ces cas, l'hyper-excitabilité du système accélé-


DELBIASE
MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
STIMULANT
BIOLOGIQUE GÉNÉRAL
PAR
MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE
DE L'ORGANISME
LABORATOIRE DE
PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
SPÉCIALITÉS PHARGÈNE
Dr PH. CHAPELLE · 8, RUE VIVIENNE · PARIS


PHANODORME
procure un sommeil paisible
et réparateur
suivi d'un réveil euphorique
PHANODORME
non toxique, aucune action nocive
sur l'appareil rénal ou respiratoire,
ni accumulation, ni accoutumance.
en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20
BAYER
Renseignements et demandes
d'échantillons
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS 5e
Dépôt général :
LABORATOIRES LOBRU PARIS

rateur du cœur et qui est un élément nécessaire de ce syndrome.

L'auteur s'appuie sur ces particularités cliniques et surtout sur les signes d'une lésion irritative sympathique que sont le syndrome de Claude Bernard-Horner d'une part, les douleurs causalgiques et les contractures d'autre part, pour soutenir que l'accélération persistante du rythme cardiaque traduit ici non pas l'hyper-excitabilité, mais une excitation persistante du système accélérateur du cœur et pour l'attribuer à la présence du projectile et aux désordres qu'il a causés.

Il en conclut que certains états tachycardes, trop facilement attribués à de l'hyper-excitabilité sympathique, peuvent être un trouble réflexe lié à l'existence d'une épine irritative.

Séance du 5 avril 1935

A propos d'un cas de pleurésie à éosinophiles. — *MM. M. Duvoir, L. Pollet, B. Kreis* et *J.-L. Greene* rapportent une observation de pleurésie discrète et bénigne survenue chez un sujet présentant un certain degré d'insuffisance cardiaque. Le liquide fut d'abord hémorragique avec très forte éosinophilie ; puis il devint séro-fibrineux avec formule lymphocytaire. Il existait également une éosinophilie du sang et des crachats.

A propos de ce cas et des recherches dont il fut l'origine, les auteurs discutent certains points de l'étiologie et de la pathogénie de la pleurésie à éosinophiles. Après avoir délimité le cadre de ce genre d'épanchements, ils se rallient à l'opinion qu'il s'observe surtout au cours de l'insuffisance cardiaque et au cours des pneumopathies aiguës tandis que la tuberculose n'entre guère parmi ses causes. Puis rapprochant dans une certaine mesure la pleurésie à éosinophiles de l'hématome traumatique de la plèvre, ils considèrent que l'aspect hémorragique du liquide, si fréquemment signalé au moins macroscopiquement, répond, non à une hémorragie secondaire au cours d'un épanchement pleural quelconque, mais à une hémorragie intra-pleurale primitive. Celle-ci irrite la plèvre et par appel des éosinophiles déclanche un processus d'éosinophilie d'origine médullaire qui pourrait continuer à évoluer de façon autonome après la guérison de la pleurésie. Enfin, la succession à la phase éosinophilique pleurale, d'une poussée lymphocytaire terminale, conduit à penser qu'il peut exister des pleurésies séro-fibrineuses lymphocytaires non tuberculeuses, succédant à une hémorragie intra-pleurale primitive.

Sur un cas d'intoxication par le sublimé. Troubles hématologiques et électro-cardiographiques. — *MM. Georges Marchal, P. Soulié* et *Ch. Grupper* présentent une observation d'anurie grave et prolongée, après absorption de sublimé. L'évolution de l'anurie fut calquée sur les observations classiques quant à l'atteinte rénale. L'augmentation de l'azotémie et de l'azote résiduel, les modifications de la chlorémie furent du type habituel sans abaissement de la réserve alcaline. Malgré le caractère prolongé de l'anurie et le taux très abaissé de la concentration uréique (2 grammes 56).

Les auteurs insistent en premier lieu sur les modifications électro-cardiographiques qu'ils ont observées : (aplatissement de l'onde T, inversion de l'onde T, crochetage des ondes rapides, décalage de l'espace S T). Ces perturbations précoces et transitoires ont constitué la seule signature d'une atteinte cardiaque, probablement fonctionnelle, par le toxique.

Ils insistent également sur les troubles hématologiques : d'abord très forte leucocytose à polynucléaires, puis anémie tardive aplastique avec granulopénie progressive, traduisant des lésions médullaires.

Ces troubles cardiaques et sanguins, ainsi que l'inhibition de la fonction ovarienne, traduisent le caractère diffus, polyviscéral de cette intoxication.

La guérison paraît attribuable à l'emploi conjugué de la rechloruration, des tonicardiaques et des transfusions.

Infection puerpérale après embryotomie survenue malgré des injections prophylactiques de sérum de Vincent. Prophylacto. Transfusion. Guérison. — *MM. V. Le Lorier* et *Jean Dalsace* apportent l'observation d'une malade chez qui l'injection préventive de 290.c. de sérum de Vincent, n'a pu empêcher l'apparition d'une septicémie puerpérale qu'une seule phylacto-transfusion de 150 c. c. a paru guérir.

Bradycardie sinusale avec crises nerveuses. Action sur les tracés d'une injection intra-veineuse d'atropine. — *MM. Jean Olmer, S. Buisson* et *M. Audier* (Marseille), soulignent la rareté des cas de crises nerveuses au cours des bradycardies sinusales et montrent l'action chez leur malade de l'injection intra-veineuse d'atropine qui, en ralentissant le rythme cardiaque a provoqué une crise identique aux crises spontanées et a modifié considérablement le tracé électro-cardiographique.

Tachycardie sinusale continue grave et rebelle traitée par la stellectomie double. — *MM. L. Langeron, G. Desbonnets* et *L. Delvallez* (Lille), rapportent l'observation d'une tachycardie continue de nature sinusale avec troubles subjectifs et tachycardie à l'effort rendant toute vie active impossible, traitée sans succès par médicaments et physiothérapie et qui céda passagèrement à une stellectomie gauche et de façon durable après stellectomie droite.

Ce résultat se maintient actuellement après deux mois.

Les auteurs concluent à l'intérêt certain de la méthode, mais aussi à la prudence pour l'appréciation de ses résultats éloignés. Dans leur cas, il existait un « neurinome » du ganglion étoilé gauche dont le rôle peut être invoqué à la base de ces manifestations.

Septicémie veineuse streptococcique. Réitération septicémique provoquée par choc curateur. — *MM. J. Cathala* et *P. de Font-Réaulx.* — Au cours d'une septicémie veineuse streptococcique d'allure sévère un choc — qui n'était pas recherché — a déclanché des accidents et dès leur début, on constata la présence de streptocoques dans la grande circulation, alors que depuis quelques temps l'état septicémique paraissait en voie d'extinction. Guérison radicale en 48 heures. Le choc tout à la fois déclanche une reviviscence active de la diffusion sanguine des germes et ce néanmoins arrête subitement l'infection. On voit donc les deux aspects favorable et défavorable du phénomène de choc se dérouler presque simultanement. Le choc provoque au niveau du foyer infectieux des réactions anatomiques suffisamment brutales pour déterminer une brusque décharge de microbes, et éventuellement la constitution de foyers nouveaux. C'est là un risque que l'on ne peut sous estimer. Malgré tout, la diffusion sanguine des germes, que le choc vient de susciter n'est pas incompatible avec la guérison. Peut-être même contribue-t-elle à l'élimination et à la destruction des germes, en même temps qu'à la stérilisation du foyer où s'alimente l'infection.

M. Lemierre a observé un malade porteur d'un furoncle de la cuisse et guéri chez lequel une vaccinothérapie provoqua un choc important qui fut suivi quelques jours après de la mort par septicémie à staphylocoques. Si le choc peut dans de tels cas entraîner la guérison, il n'est pas toujours sans danger.

Rhumatisme d'Heberden chez une hémiplégique. Intégrité du côté paralysé. — *MM. Coste* et *Foresier.*

Hypercarotinémie d'origine alimentaire. — *M. Decourt* présente un malade atteint d'hypercarotinémie d'origine alimentaire.

Hypertension artérielle avec néphrite ayant débuté par des accès de confusion mentale et de la gangrène des doigts. Leucocytose et éosinophilie sanguines à la période d'état. — *M. A. Costedoat.* — Chez un homme jeune, la maladie débuta par deux accès de confusion mentale de quelques heures. Au cours des mois suivants, survinrent une monoparésie spasmodique, de la polyurie, des plaques de sphacèle des doigts et des orteils, une nécrose d'une phalangette, des hémorragies de la rétine. L'hypertension artérielle était modérée et oscillante. L'atteinte rénale fut tardive et resta légère. A la période d'état, on constata pendant plusieurs mois une forte leucocytose et une éosinophilie qui atteignit un moment le taux énorme de 73 %. Aucunes des causes habituelles d'éosinophilie ne put être découverte chez ce malade.

Les troubles mentaux initiaux s'expliquait vraisemblablement, comme la monoparésie spasmodique et les troubles trophiques des doigts, fut des spasmes vasculaires liés à des crises d'hypertension artérielle, mais pendant près de deux mois, ils restèrent la seule manifestation extérieure de la maladie.

Pendant la guerre, des auteurs allemands ont signalé la fréquence de l'éosinophilie sanguine chez des soldats du front Oriental atteints de néphrite, mais le taux de cette éosinophilie resta toujours très faible chez eux et d'ailleurs la plupart de ces hommes étaient porteurs de parasites intestinaux.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mars 1935

Protéinothérapie lactique. — *M. G. Barbellion* a appliqué la protéinothérapie lactique en urologie et en gynécologie. Il en a obtenu de bons résultats, en particulier dans les complications de la blennorragie et dans les métrites. Il a constaté l'irrégularité et l'inégalité de la réaction thermique de l'organisme ainsi que la discordance entre cette réaction et les effets thérapeutiques.

Les réactions de la muqueuse nasale. — *M. R. Grain* est d'avis que les réactions caractérisées par l'hypersensibilité, l'hypersécrétion et l'hypertrophie ne peuvent plus être considérées comme entités mobides. Leurs causes nombreuses soit locales, soit générales nécessitent une thérapeutique étiologique, causale et non plus une thérapeutique exclusivement nasale, toujours mutilante souvent aggravante.

Une observation d'ostéopoécilie. — *MM. Gandy, Ch. Guilbert* et *Mme Grasneanschi* présentent l'observation d'une dystrophie osseuse que la radiologie seule peut déceler. C'est une ostéite condensante par îlots dont l'origine reste indéterminé, héréditaire dans quelques cas et dans l'hypothèse des auteurs peut-être spécifique.

Rhinoplastie partielle par greffe italienne. (Présentation d'opérés). — *M. Claoué* présente deux opérés ayant perdu l'un la totalité de l'aile, l'autre les deux tiers antérieurs de l'aile du nez gauche. L'auteur insiste sur l'intérêt de l'utilisation de la greffe italienne. Elle est nettement supérieure aux autres méthodes car elle évite la présence de cicatrices sur la face. Ces deux cas dont l'un est presque terminé et l'autre en cours de modelage, constituent la démonstration de l'erreur d'abandonner les malades atteints de ce genre de difformités physiques qui sont comme on peut le constater non point *seulement plastiquement* mais *esthétiquement réparables*.

Chirurgie réparatrice mammaire : la voie d'accès opératoire. — *M. Claqué* montre qu'en chirurgie réparatrice, le changement morphologique entraîne une différence de situation entre l'incision d'ouverture et la cicatrice de fermeture. L'auteur expose sa technique par voie d'accès sur la glande qui permet : 1° la dissection facile du chorion, d'où la reconstruction du ligament suspenseur de la poitrine ; 2° l'accès large sur toutes les parties de la glande mammaire ; 3° la création d'un vaste lambeau cutané externe en vue de l'habillage du sein reconstruit ; 4° la création d'une fermeture périaréolaire d'où absence de toute cicatrice au niveau de la gorge et des aisselles comme dans la méthode classique.

Suites éloignées du traitement des ulcères variqueux par l'oblitération des varices. — *M. Marcel Filderman* étudie les résultats éloignés du traitement des ulcères variqueux. Dans 60 % des cas la guérison a été définitive d'emblée : 30 % ont été guéris après une ou deux reprises de traitement, dans 10 % les malades n'ont pas voulu reprendre le traitement. Il résulte de ces chiffres que traité par cette méthode ambulatoire l'ulcère cesse d'être une infirmité nécessitant l'interruption fréquente du travail.

A propos de l'utilisation du carbogène dans le traitement des syncopes anesthésiques. — *M. Guillemard* rapporte le cas d'un enfant de 6 ans 1/2 qui, à la suite d'un lavement minime de rectanol pratiqué pour permettre l'incision d'un phlegmon de la jambe, présenta des troubles graves (absence de mouvements respiratoires, râles disséminés dans les deux poumons, température à 40°, pouls à 130.) Il fut ramené à la vie par la méthode Schæfer, des inhalations de carbogène poursuivies pendant 19 heures (4.000 lit.) et une transfusion de sang. Malgré ces doses considérables il n'y eut aucune complication pulmonaire.

Vœu. — *La Société de Médecine de Paris* fondée en 1796, reconnue d'utilité publique, particulièrement émue par la publicité éhontée pharmaceutique, et surtout médicale, qui, par la voie de la presse d'information ou de vulgarisation par le cinématographe, par des tracts, par des affiches, tente d'abuser de la souffrance et de l'ignorance des malades, met en garde ceux-ci contre des méthodes à caractère essentiellement commercial et émet le vœu que les Associations médicales professionnelles ou syndicales interviennent énergiquement auprès des Pouvoirs publics pour mettre un terme à une situation qui compromet la santé publique tout en dévalorisant la réputation séculaire du Corps médical français.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 mars 1935

Etude pharmacodynamique du phényléthylbarbiturate d'yohimbine. — *MM. H. Busquet* et *Ch. Vischniac* font observer que les dérivés barbituriques peuvent contracter des combinaisons avec les bases minérales et avec certains alcaloïdes. On connaît déjà un certain nombre de composés de ce dernier type. Les auteurs ont pu en obtenir un nouveau : le phényléthylbarbiturate d'yohimbine.

Ce produit est vaso-dilatateur et hypotenseur par action sympatholytique, comme les sels ordinaires d'yohimbine ; mais il possède, en outre, deux propriétés tout à fait caractéristiques : il est *cardiotonique* et *sédatif*. Grâce à la première, il se différencie des autres hypotenseurs utilisés en thérapeutique, qui ont, vis-à-vis du cœur, une action soit dépressive, soit indifférente. Grâce à l'effet sédatif, le médicament calme l'éréthisme cardiaque et l'angoisse qui accompagnent si fréquemment l'hypertension artérielle chez l'homme. Il est actif à la dose de douze à dix-huit milligrammes par jour, sous forme de comprimés en deux ou trois prises réfractées.

L'association iodure de sodium hyposulfite de magnésium dans le traitement des algies. — *MM. Jacques Decourt, L. Meyer* et *M. Demange*, montrent que l'action sédative fréquemment exercée par les solutions d'iodure de sodium sur les algies, dites rhumatismales, est notablement renforcée par l'adjonction d'hyposulfite de magnésium, qui ajoute à celle de l'iode l'action antirhumatismale du soufre et l'action neurosédative du magnésium. Les auteurs utilisent une solution contenant 5 grammes d'iodure de sodium et 5 grammes d'hyposulfite de magnésium pour 100 centimètres cubes d'eau. Ils l'administrent par voie intraveineuse à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, tous les jours ou tous les deux jours. Ils obtiennent ainsi, dans un grand nombre d'affections douloureuses un résultat nettement supérieur à celui que fournissent les solutions usuelles d'iodure de sodium.

Un certain nombre d'observations choisies, parmi les plus valables, montrent que le pouvoir anti-algique de cette médication s'exerce, non seulement sur les affections douloureuses dites rhumatismales, mais sur des algies de types divers, et en particulier sur certaines sympathalgies.

La pancréatine et ses principales applications thérapeutiques. — *M. A. Legrand* expose que les principales applications thérapeutiques de la pancréatine sont : l'anaphylaxie alimentaire (urticaire alimentaire), l'anaphylaxie dissociée (asthme alimentaire), l'albuminurie digestive, les accidents sériques (urticaire et rhumatisme). Dans tous ces cas, les symptômes observés sont imputables aux hétéro-albumines introduites dans l'organisme par voie buccale ou parentérale.

Le traitement par la pancréatine a pour but de transformer en amino-acides, par dégradations successives, les protéines en excès dans le sang. Les urticaires alimentaire et sérique guérissent en moins de douze heures ; le rhumatisme sérique, en moins d'une semaine par l'association des médications pancréatique et anti-rhumatismale ; l'albuminurie digestive ne résiste pas non plus à l'action de la pancréatine.

La pancréathérapie exige, pour donner son plein effet, que soient observées les règles suivantes : 1° Utiliser une pancréatine de bonne qualité, ayant une activité répondant au titre 150, ainsi que l'exige le Codex ; 2° La durée du traitement ne doit jamais être inférieure à dix-huit jours ; 3° Chez les adultes, les doses de début toujours élevées, trois grammes par jour pendant les huit premiers jours, doses réduites deux grammes cinquante pendant les dix jours suivants.

La pancréatine dans les accidents alimentaires doit être donnée dès les premiers symptômes, en sérothérapie simultanément avec l'injection de sérum, cette dernière devant être faite lentement et autant que possible chez des sujets à jeun, ou dont la digestion est terminée.

Marcel LAEMMER.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement des diphtéries malignes par la strychnine à fortes doses

MM. Paisseau, Braihon et Vaille (*S. de Pédiatrie*, 29 janvier 1935) ont obtenu des résultats favorables par l'emploi de la strychnine à fortes doses dans le traitement des diphtéries graves et malignes.

Dans les formes communes graves l'emploi de la strychnine à la dose de un demi-milligramme par kilogramme de poids corporel et par jour est bien toléré. Commencé précocement pendant toute la période critique de la diphtérie, ce traitement semble éviter les complications graves de la convalescence, paralysies généralisées et syndrome secondaire malin.

Dans les formes malignes hypertoxiques il peut être nécessaire d'atteindre des doses plus élevées. Sur neuf diphtéries malignes traitées par cette méthode, cinq ont guéri.

Cette médication toutefois ne peut être utilisée que chez des malades soumis à une surveillance incessante.

Emploi de la digitaline à doses prolongées. Indications thérapeutiques

M. Roland Leven a présenté à la Société de thérapeutique (13 février 1935) un travail sur l'action de la digitaline à doses prolongées sur certaines tachycardies. L'expérimentation a porté uniquement sur des malades sans cardiopathie.

L'auteur utilise, soit la digitaline à la dose de dix gouttes par jour, soit l'association 1/3 digitaline, 2/3 ouabaïne à la dose de 30 gouttes par jour, et il poursuit le traitement jusqu'à disparition de la tachycardie. Pour éviter l'action irritante du médicament sur la muqueuse gastrique, il répartit la dose journalière en cinq à six prises.

Le retour à la normale du nombre des pulsations est obtenu dans quelques cas rapidement en 8 à 10 jours ; mais il est parfois nécessaire d'atteindre un total de cinq cents gouttes de digitaline ou quinze cents gouttes de digitaline-ouabaïne. Les résultats obtenus persistent au cours des mois qui suivent le traitement et demandent exceptionnellement pour être maintenus des cures complémentaires.

Au cours de son exposé l'auteur abordant la question de l'accumulation arrive à la conclusion que l'accumulation est discutable et que de petites doses prolongées n'entraînent aucun accident.

Les résultats sont quasi-constants et portent à la fois sur la pression de la tachycardie et l'élévation de la tension artérielle.

A la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* (janvier 1935) M. Ch. Borde a exposé sa méthode d'administration *continue* de cinq dixièmes de milligr. de digitaline tous les dimanches et de deux dixièmes tous les jeudis, chez les asystoliques, doses que supportent les vieillards aussi bien que les adultes, sans qu'on observe ni signes d'accumulation, ni accoutumance. Cette médication de base doit être aidée, si besoin, par des diurétiques, des émissions sanguines, le régime achloruré, etc.

La carbogénothérapie sous-cutanée dans les syndromes anxieux

MM. G. Aymès, X. Fructus et Pointener (*S. de Méd. de Marseille*, 9 juin 1934) ont, dans les états anxieux (mélancolie et surtout anxiété simple), remplacé l'oxygénothérapie sous-cutanée par la carbogénothérapie (mélange de CO^2 à l'oxygène dans la proportion de 20 pour 100). Injection sous-cutanée tous les deux ou trois jours de 150 à 300 c. c. de gaz mixte (en moyenne 10 injections).

Dans l'ensemble, résultats comparables à ceux constatés avec l'oxydermie. Pas de contre-indication, aux doses employées. Quant à l'influence sur la calcémie et la réserve alcaline notamment, les auteurs poursuivent leurs recherches.

Dans l'interprétation de leurs résultats, les auteurs estiment qu'il importe de tenir compte du terrain constitutionnel (intermittents, circulaires, etc.) et qu'il serait prématuré de conclure à l'efficacité constante de la méthode qu'ils proposent, mais que l'appoint de sédation qu'elle présente n'est point négligeable.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Quelques anecdotes sur le Docteur Armaingaud.
Lu dans JE SUIS PARTOUT :

Le Docteur Armaingaud, qui vient de s'éteindre à quatre-vingt-treize ans, soutenait qu'il dépasserait la centaine, grâce à Montaigne et à Auguste Comte, dont il suivait scrupuleusement les recettes philosophiques. Jusqu'à sa dernière heure, l'excellent montagniste a conservé toute sa lucidité et la triple liberté du cœur, de l'esprit et du ventre. Il mangeait avec appétit de tout, buvait sec, ne dédaignait pas au dessert la petite goutte armagnaque. Et, après le repas, faisait volontiers un tour de valse avec une jeunesse.

— Il possédait dans sa bibliothèque les plus rarissimes éditions de Montaigne. Bien plus ! Il avait quelques in-folio où l'auteur des *Essais*, à la marge, avait consigné ses réflexions. C'est grâce au Docteur Armaingaud que Paris possède une statue du philosophe gascon. Elle fut érigée, l'an passé, dans ce petit bout de square qui met un peu de persil entre la Sorbonne et Cluny. Jusque-là, la capitale n'avait qu'une avenue Montaigne. Cette initiative coûta cent gros billets au Docteur Armaingaud.

— A quoi emploierais-je ma fortune ? expliquait-il. Je n'ai pas d'enfants. J'ai dépassé la nonantaine. Je n'ai plus qu'une passion : Montaigne. C'est pour moi, dans l'arrière-saison, un plaisir juvénile de dresser, dans la capitale qu'il aimait tant, une statue à mon idole.

— Le difficile, ce fut l'établissement de la maquette de la statue. Plusieurs fois, le sculpteur Landowski convoqua le bon docteur dans son atelier. Mais Armaingaud manquait d'enthousiasme.

— C'est bien la silhouette générale, convenait-il. Mais la physionomie de l'auteur des *Essais* vous a échappé. Ce n'est pas son sourire ironique. Ne vous découragez pas. Je vous apporterai des documents.

Les documents affluèrent : estampes, photographies de portraits, de bustes. Le praticien retouchait sans cesse la glaise. Ce n'était jamais cela. Il s'en fallait de rien. Mais ce rien était essentiel.

Landowski désespérait d'achever la statue du prince des sceptiques quand il avisa, dans le cabinet du docteur, rue des Ecoles, un portrait représentant Armaingaud en Montaigne : chausses à la François Ier, toque, pourpoint à crevés, panache d'autruche, godrons, souliers à bouffettes. Cette image fut pour l'artiste le labarum. Il délaissa les documents iconographiques, estampes, portraits, et donna à la statue payée par Armaingaud les traits d'Armaingaud en son bel âge. Du coup, le docteur girondin déclara que la statue réalisait à merveille, le type physique et moral de l'auteur des *Essais*.

— Le Docteur Armaingaud, fondateur d'un sanatorium à Arcachon, fut statufié de son vivant devant cet établissement. Mais il refusa de se rendre à l'inauguration du monument. Quand on lui en demandait la raison :

— Le sculpteur m'a vieilli, déclarait-il avec beaucoup d'ingénuité.

Le Docteur Armaingaud avait alors quatre-vingt-dix ans passés. Voilà qui rappelle la fameuse boutade d'Harpignies. Un soir que le peintre rentrait chez son amie, accompagné d'un interviewer, il hésita sur le seuil :

— Ne montons pas, dit-il. Je vois de la lumière. Elle a son vieux.

Harpignies avait aussi plus de quatre-vingts ans. Ce sont là les puérilités de la seconde enfance.

Graphologie. — *De M. Pierre Mille dans* LA DÉPÊCHE :

La première observation graphologique se rencontre-t-elle dans Suétone. Il remarque qu'Auguste, quand en fin de ligne, il n'avait pas terminé d'écrire un mot, au lieu de continuer à la ligne suivante, traçait ce qui manquait en sous-ligne. Conclu-

sion de la graphologie contemporaine : il y avait chez Auguste une disposition à l'économie, sinon à l'avarice.

...Un médecin italien, au dix-septième siècle, prend la suite. Il note, dans un livre, la modification que les maladies font subir à l'écriture, et les diagnostics qu'on peut, par conséquent, tirer de celle-ci. Mais c'est, au début du dix-neuvième siècle, l'Eglise catholique qui intervient. Un prélat fort intelligent convoqua les ecclésiastiques de son diocèse : « Votre mission de confesseur, leur dit-il, vous apprend le caractère des fidèles qui se confient à vous. Il en est qui disent tout. Il en est qui dissimulent, volontairement ou involontairement. A l'aide de l'écriture de ceux qui disent tout, et qui présente une parenté avec celle de ceux qui dissimulent, vous devez parvenir à pénétrer plus avant dans le secret des âmes. »

De cette impulsion résulta, de la part d'un assez grand nombre de prêtres, d'intéressantes études ; et, enfin, l'ouvrage capital de l'abbé Michon, qui reste encore à la base de la science et de l'art graphologiques. M. Crépieux-Jamin doit beaucoup aux expertes recherches de l'abbé Michon. M. Franzoni, à son tour, à M. Crépieux-Jamin.

A propos du racisme. — *La race, écrit M. Provost de la Fardinière, dans* LE HOUX *(25 janvier 1935), est la somme des races régionales et des éléments d'apport qualifiés constituant un peuple. »*

Supposons, dit M. Provost de la Fardinière, un enfant qui naît, dans le moment où nous écrivons, d'un couple d'âge moyen de 25 ans. Et supposons, selon la normale que tous les couples ascendants aient enfanté à l'âge moyen de 25 ans, soit quatre générations par siècle.

Il y a un siècle, sous Louis-Philippe, l'enfant qui naît aujourd'hui avait 16 trisaïeuls vivants répartis en cinq couples. Mais sous Richelieu, il en avait 4.096. Et, il y a cinq cents ans, sous Charles VII, alors que Jeanne d'Arc était morte (1431) et que Villon grandissait, notre enfant ne devrait pas avoir eu moins — soyez attentifs — de 10.048.576 aïeux vivants à cette époque et répartis en 524.288 couples ! Ce qui, en totalisant les ancêtres nécessaires à la venue de notre petit bonhomme à travers cinq siècles, pas plus, nous donne le chiffre respectable de 2.097.150 ascendants.

Si l'on s'amusait à pousser le calcul comme je l'ai fait, jusque vers l'an mille et au delà, on arrive à des chiffres d'aïeux vivants ensemble de l'ordre de dizaines de milliards. La progression géométrique est rigoureuse. Mais elle aboutit à une absurdité. Il est donc indiscutable qu'il y a eu d'innombrables unions entre parents proches ou lointains, connus ou inconnus, et que, des quantités d'ancêtres ayant été communs aux deux branches conjointes d'où est né l'enfant dont nous parlons, les chiffres de la progression théorique, concernant ses ancêtres, se trouvent en fait décroître aussi vite qu'ils avaient cru pour être ramenés à des limites raisonnables.

Souvenirs d'Egypte. *Tel est le titre d'un article de M. J. Carré dans la* REVUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON *(T. V, 1934). En voici un extrait :*

.....Certains (*étudiants*) sont travailleurs, la plupart indolents, inexacts, tous empressés et charmants. Lorsque je suis entré pour la première fois dans ma salle de cours, l'un d'eux s'est détaché des bancs, est venu poser sur la chaire un bouton de rose. Ils sont en général très faibles en français, et cela se conçoit. Depuis une dizaine d'années, dans l'enseignement secondaire égyptien, la langue principale est l'anglais, et les jeunes gens qui sortent des lycées gouvernementaux arrivent à la Faculté des Lettres avec une connaissance fort insuffisante de notre langue.

Seuls ceux qui ont fait leurs études aux lycées français du Caire ou d'Alexandrie, chez les Frères des Écoles chrétiennes ou chez les Jésuites, sont capables d'aborder un enseignement supérieur de littérature française. D'ailleurs, la plupart d'entre eux veulent être avocats ou fonctionnaires, c'est dire qu'ils s'orientent de préférence vers le droit, la sociologie et les spécialités qui conduisent à des postes assez rapidement rémunérateurs. Une licence de lettres qui mène au professorat... ou à rien ne les attire pas beaucoup. Mais ils aiment les idées, la poésie, l'éloquence, et certains viennent à mes cours pour y compléter leur culture générale.

Grâce à eux, je pénètre bientôt dans les intérieurs musulmans.

Voici Ahmed, jeune homme très moderne, élevé chez les Jésuites du Caire et habillé chez le bon tailleur. Mince, bien découplé, d'allure élégante, c'est un sportsman émérite, passionné de tennis et de golf. Il a passé ses vacances en Amérique, a vécu la vie des camps canadiens, et c'est dans sa *Buick* dernier modèle qu'il nous emmène déjeuner chez lui, à la maison de campagne que ses parents habitent, l'hiver, aux environs du Caire.

C'est le vieux palais de famille. Deux grands corps de logis, réunis par un portique derrière lequel s'ouvre la cour. Là vivait son grand-père le pacha. D'un côté, c'était l'appartement du maître, de l'autre le harem et le logis des esclaves. La galerie couverte, construite sur le portique, établissait . . . la liaison. Au fond de la cour, le hammam, joli pavillon dont le plafond cloisonné s'orne, aux quatre coins, de stalactites de plâtre et dont les parois sont revêtues de marbre blanc. Mais la vasque et la chaudière ont aujourd'hui disparu, le pavillon a été transformé en garage, et le salon de repos, aux longs divans étroits et bas, est devenu l'atelier de peinture de la maîtresse de maison.

Elle nous reçoit avec une parfaite bonne grâce, dans un grand salon où s'inscrit toute l'histoire de l'Egypte, glaces massives, cadres dorés de l'époque de Méhémet-Ali, photographies de pachas en grand uniforme, constellés de décorations, portraits d'anciens ministres, d'ambassadeurs, de généraux, dont les costumes chamarrés rappellent le goût trop fastueux de la cour d'Ismaïl.

Sanglée dans une toilette de satin gris pâle, notre hôtesse, qui a été élevée — comme la reine actuelle — au couvent français de la « Mère de Dieu », parle très couramment notre langue et connaît bien notre pays. Mais comment en serait-il autrement ?

Toute cette génération d'Egyptiens ne connaissait que le français. Son mari, qui survient aussitôt, m'en offre un témoignage éclatant. Il est magistrat. Juge au Tribunal mixte, il a fait naguère ses études de droit à Paris et à Lyon, et c'est avec une mémoire fidèle, une élégante correction qu'il évoque ses souvenirs de France : le Quartier Latin, l'hôtel de la rue du Sommerard, l'exposition universelle de 1889, les vacances en Normandie et en Bretagne, la vallée de la Rance et le tombeau de Châteaubriand à Saint-Malo. Et plus, cet homme parle, avec animation et précision, plus on s'aperçoit de la grande influence qu'a eue naguère la culture française en Egypte. C'était l'époque où les futurs professeurs allaient faire leurs études à l'Ecole normale de Saint-Cloud, où les futurs avocats s'inscrivaient tous à nos Facultés de droit. Il y a là une génération qui n'a pas oublié ce que la France a fait pour son pays. Elle se rappelle encore que Champollion et Mariette ont créé l'Egyptologie, que le Colonel Sèves — c'est-à-dire Soliman-Pacha, un Lyonnais — a organisé l'armée égyptienne, l'ingénieur Linant, le système des grandes irrigations, le Docteur Clot-Bey, les premiers hôpitaux et la Faculté de médecine, que Ferdinand de Lesseps a percé le canal de Suez ; elle sait ce que l'Egypte doit à nos congrégations, frères des Ecoles chrétiennes, jésuites, religieuses du Sacré-Cœur, sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, missions africaines de Lyon, qui, depuis la fin du règne de Méhémet-Ali, y ont fondé tant d'écoles, d'œuvres de charité et y éduquent encore aujourd'hui 25.000 enfants ; ce qu'elle doit aussi à notre mission laïque qui a construit les somptueux lycées du Caire et d'Alexandrie et y a attiré près de 3.000 élèves. Mais les choses vont vite aujourd'hui, la mémoire s'émousse, et il faut bien le dire, si l'Angleterre n'est pas parvenue à établir son protectorat en Egypte, elle a fait, depuis les dernières années, un sérieux effort pour répandre sa langue et diffuser son enseignement. Longtemps préoccupée trop exclusivement par le problème politique, elle s'est laissée distancer par la France sur le terrain de la culture, elle a compris très tard l'importance des idées et des impondérables chez ce peuple agile et loquace, mais qui sait si elle ne va pas essayer de prendre sa revanche, de regagner dans le domaine universitaire et pédagogique les points qu'elle a perdus sur l'échiquier politique ? Certaines manœuvres pour augmenter les programmes d'anglais, au détriment du français, dans les lycées égyptiens et à l'Université, n'ont sans doute pas été étrangères à ces préoccupations.

La jeune génération — celle qui a fait ses études depuis la guerre — peut bien être, en partie, hostile à l'Angleterre et se mêler à l'agitation nationaliste du « wafd ». Elle parle néanmoins mieux l'anglais que le français. Les écoles techniques et la Faculté de médecine, fondées jadis par des Français, sont aujourd'hui des foyers d'influence britannique.

Mais on tient au *vernis* français, et on en fait montre.

Veut-on par exemple me suivre chez un grand chirurgien du Caire, de formation scientifique anglaise ? C'est un homme de talent et de goût, de culture cosmopolite, un Musulman très européen qui habite un hôtel splendide à Garden City, près du Nil. Il nous reçoit seul. Sa femme ne paraît pas. La conversation s'engage, en français ou en anglais au hasard des inspirations, et il nous fait visiter sa maison. Elle est le symbole même de l'Egypte d'aujourd'hui. Rien de plus révélateur des deux tendan-

ces qui se partagent l'esprit de l'Egyptien moderne. Voici, à droite, les salons à la française, avec leurs bergères Louis XVI, leurs consoles et leurs chiffonniers de Boule, leurs tableaux de Troyon, de Harpignies, de Ziem. Et voici, à gauche, les salles arabes, avec leurs faïences bleues et vertes, leurs sombres moucharabiehs, leurs broderies de Boukhara, leurs émaux, leurs lampes de mosquée et surtout leurs incomparables tapis. Dès qu'on a franchi ce seuil gardé par deux immenses défenses d'éléphant qui tracent dans l'air une ogive de rêve, on est prisonnier de ce double musée, tiraillé entre ces beautés rivales, incertain de ses préférences. Que dirait, s'il se confiait à nous, le maître du logis? Je crois que son choix est fait depuis longtemps. Il aime *à recevoir* dans ses salons à la française. Mai nul doute qu'il ne préfère *vivre* dans la retraite où chante, assourdie et voilée, l'harmonie des faïences et tapis persans.

Elections académiques. — *M. Jean Giraudoux fait à propos de la non élection de Paul Claudel* (LE FIGARO, 2 avril 1935), *quelques réflexions qui pourraient s'appliquer à d'autres que l'Académie française* :

Cette élection ne diffère pas de ce que l'on est convenu d'appeler maintenant en France une élection. Nos quinze académiciens appartiennent certainement à ceux qui se lamentent sur notre système électoral ; je citerais plusieurs d'entre eux qui dans leurs écrits et leurs conférences ont prétendu, souvent non sans injustice, que notre Parlement est comble de fausses réputations, notre pays mené par de faux semblants. Ils devront se taire désormais, car je cherche en vain par quoi l'opération électorale menée par les membres du corps le plus illustre et le plus soigneusement recruté de France peut se distinguer de la pire élection cantonale. Eux qui sont, par fonction et par définition la conscience de nos élites, eux qui se disent les seuls qualifiés pour détenir la baguette du sourcier et la pierre de touche, ils ont voté dans l'intrigue et la camaraderie, le compromis et le cousinage, bref comme on vote entre délégués des loges, des syndicats et des familles électorales. Ils ont mérité que l'on institue chez eux le vote plural, qui donne plusieurs voix aux pères de familles nombreuses. Bref, la politique académique ne s'est pas distinguée de la politique tout court, et elle n'a aucune de ses excuses.

Nous n'aurons pas une nouvelle Académie de Chirurgie. — L'INFORMATEUR MÉDICAL du 24 mars *avait publié la note suivante* :

On prétend que la Société des Chirurgiens de Paris aurait l'intention bien arrêtée de changer son nom en celui d'Académie de Chirurgie.

Sur quoi la *Société nationale de chirurgie* ne voulant point laisser cette gloire à sa jeune rivale, aurait décidé de la devancer et de prendre ce titre au passé glorieux d'*Académie de chirurgie*?

L'une ou l'autre, historiquement, ont-elles droit à ce titre ? Nullement. L'*Académie de chirurgie*, fondée par autorité gouvernementale (royale) en 1732, fut supprimée, comme toutes les sociétés savantes, par la Convention en 1793.

Pour remplacer l'*Académie de chirurgie*, la *Société royale de médecine*, le Consulat, désireux d'avoir une Société qui fût la conseillère officielle du gouvernement, créait, le 12 fructidor, an VIII (30 août 1800), la *Société de l'Ecole de Médecine*, qui, en 1808, devint la *Société de la Faculté de Médecine* et fut remplacée en 1820, par l'*Académie de Médecine*.

Cette dernière est donc la seule héritière légitime et scientifique de l'*Académie de chirurgie*.

Donc, en prenant ce titre, soit la Société de chirurgie qui date de 1813, soit la Société des chirurgiens, de date beaucoup plus récente, se pareraient d'un titre auquel historiquement elles n'ont point droit.

Serait-ce un avantage pour l'une ou l'autre ? La Société de chirurgie a un passé assez glorieux pour ne point désirer une gloire basée sur des mots. Si la Société des chirurgiens de Paris ne se trouve point avoir assez de gloire, il ne tient qu'à elle d'en obtenir, le champ est immense.

Ce n'est pas la multiplication des académiciens qui augmentera leur prestige.

A. France a écrit dans le *Jardin d'Epicure* : « Les vieillards tiennent beaucoup à leurs idées. C'est pourquoi les naturels des îles Fidji tuent leurs parents quand ils sont vieux. Ils facilitent ainsi l'évolution tandis que nous en retardons la marche en faisant des Académies. »

M. Buizard, secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris, a envoyé, par lettre recommandée un démenti formel à cette information.

Donc, tout est pour le mieux. Les mânes de La Peyronie, de La Martinière, de Marechal, de Louis peuvent reposer en paix : l'Académie de Chirurgie n'aura pas d'homonyme.

Comment s'appellera le Président de l'Ordre des Médecins ? *Détaché de la conférence faite par le Docteur P. Cibrie, à l'Hôtel Cambon, sur l'Ordre des Médecins, conférence publiée par l'*HYGIENE SOCIALE (25 mars 1935) :

Comment s'appellera le Président de l'Ordre ?

La proposition de loi dit bien « le Président ».

La coutume peut modifier une appellation. Il en fut ainsi pour le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats.

Savez-vous d'où vient l'expression « Bâtonnier ? »

Tout simplement parce que c'est le *primus inter pares* chez les avocats qui portait dans les solennités la bannière — le bâton — de Saint-Nicolas.

Mais, à la suite de renseignements particuliers, je me demande si vraiment il n'y a pas de la part de Saint-Nicolas une usurpation de titre.

Je vous livre ma documentation.

Le vrai patron des Avocats ne serait-il pas Saint-Yves ?

M. Saint-Yves défendait à Tréguier la Veuve et l'Orphelin.

Il mourut dans cette ville en odeur de sainteté.

En conséquence, il se dirigea tout droit vers le Paradis vêtu de sa robe d'avocat.

Mais là, le portier du céleste séjour lui déclara qu'il ne saurait l'autoriser à entrer dans cet accoutrement inconnu au ciel.

Saint-Yves, en bon procédurier, répondit à Saint-Pierre : « Je suis prêt à m'incliner devant votre opposition, mais pour le cas seulement où elle me sera notifiée dans les formes par ministère d'huissier ».

Saint-Pierre, souriant, acquiesça, rentra au Paradis, mais ne put, malgré ses recherches, y rencontrer un seul huissier. Et c'est ainsi que Saint-Yves entra en robe au Paradis, ce qui lui vaut l'incontestable droit d'être le vrai patron des avocats plaidants.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 16 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 20 AVRIL 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V[e]

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1[er] de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1[re] zone	70 fr.
Etranger 2[e] zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laennec

A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

M. CHIFOLIAU, Chirurgien hon. des Hôpitaux

A. CLERC, Professeur de Clinique médicale, Médecin de l'Hôpital de la Pitié

H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique

C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié

Ch. LENORMANT, Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital Cochin

G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie

A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté

Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis

Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

Rédacteur en Chef

Maurice LOEPER

Professeur de Thérapeutique, Médecin de la Pitié, Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — Un certain nombre de postes de chefs de laboratoire sont susceptibles d'être prochainement vacants dans les consultations antivénériennes et les centres de triage antituberculeux annexés aux hôpitaux dépendant de l'Administration de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 1er mai 1935, dernier délai.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique pour une période de quatre ans :

Au titre de membres du Corps médical des hôpitaux : MM. le Professeur Couvelaire, accoucheur des hôpitaux de Paris, et le Docteur Desbouis, médecin des hôpitaux de Caen.

Au titre de médecins des asiles publics d'aliénés : MM. le Docteur Demay, médecin chef des Asiles de la Seine, et le Professeur Perrens, médecin chef de l'Asile de Château-Picon.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Une place d'auditeur est déclarée vacante au Conseil supérieur d'hygiène publique de France dans la section des « fonctionnaires sanitaires », par suite de la nomination comme membre de M. le Docteur Briau, auditeur.

Les candidats ont, pour se faire inscrire, un délai expirant le 1er mai 1935. Ils devront avoir envoyé, avant cette date, au 5e bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe), un exposé complet de leurs titres, accompagné d'un curriculum vitæ.

Clinique médicale propédeutique (Hôpital Broussais, Professeur Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du lundi 17 juin au samedi 13 juillet. Une affiche ultérieure en donnera le programme détaillé.

Le cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales aura lieu du mardi 11 juin au samedi 15 juin.

Une affiche ultérieure en donnera le programme détaillé.

Association générale des médecins de France. *Bourses familiales du Corps médical.* Fondation de M. le Docteur ROUSSEL.) — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1935.

Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le quinzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu samedi 25 mai 1935, à 19 h. 30, au Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. le Docteur Jayle, ancien secrétaire général et président du Syndicat des médecins de la Seine.

Un bal suivra le banquet à partir de 22 h. 30 jusqu'au matin. Les parents et amis des membres du Syndicat des médecins de la Seine y sont cordialement invités ainsi que les étudiants en médecine, civiles et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

IVe Congrès français de gynécologie. (Salies-de-Béarn 8, 9 et 10 juin 1935.) — Président : M. le Professeur Guyot ; secrétaire général : M. le Docteur Maurice Fabre.

Samedi 8 juin, à 9 heures : Séance d'ouverture du Congrès. — A 11 heures : Séance de travail. 1) L'anatomie vasculaire de l'appareil génital de la femme (Rapporteurs : M. le Professeur Léon DIEULAFÉ et M. Raymond DIEULAFÉ, de Toulouse), Discussion ; 2) Les hémorragies de cause générale (Rapporteurs : MM. P. E. WEIL, médecin des hôpitaux et ISCH-WALL, de Paris), Discussion ; 3) Les hémorragies de cause locale (Rapporteur : M. P. ULRICH, de Paris), Discussion. — A 17 h. 30 : Réception par M. le président du Congrès et Mme Guyot. — A 21 heures : Représentation théâtrale et soirée au Casino.

Dimanche 9 juin, à 9 heures : 1) Traitement médical des hémorragies génitales (Rapporteur : M. TURPAULT, de Paris), Discussion ; 2) Traitement physiothérapique (Rapporteurs : M. COURRIADES et Mlle DUBREUILH, de Bordeaux), Discussion ; 3) Traitement chirurgical (Rapporteur : M. F. JAYLE, de Paris), Discussion. — A 12 h. 30 : Banquet offert par la station. — A 16 heures : Divertissements, jeu de pelote basque. — A 21 heures : Festival.

Lundi 10 juin, à 8 h. 30 : Assemblée générale de la Société française de gynécologie. — A 9 h. 30 : 1) Présentation d'instruments de chirurgie et d'appareils ; 2) Présentation de livres. — A 10 h. 30 très précises : Départ de l'excursion offerte gracieusement par la station thermale. Déjeuner à Saint-Jean-Pied-de-Port, le col de Ronceveaux, visite de Valcarlos et des sépultures des douze preux de Charlemagne. Retour par Cambo.

Pour les inscriptions au Congrès, l'envoi des droits d'inscriptions et tous renseignements, on est prié de s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe). Cte-chèques postaux : Paris 1211-48.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXIXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de

France et des pays de langue française se tiendra à Bruxelles, du 22 au 27 juillet 1935.

Présidents : M. le Docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine, et M. le Docteur Ern. de Craene, agrégé à l'Université libre de Bruxelles ; vice-président : M. le Docteur O. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris ; secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef de l'Asile de Bailleul (Nord) ; secrétaire annuel : M. le Professeur G. Vermeylen, de l'Université libre de Bruxelles ; trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIXe session.

Psychiatrie : L'hystérie et les fonctions psychomotrices ; étude psycho-physiologique. Rapporteur : M. le Docteur Henri Baruk, médecin-chef de la Maison nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine).

Neurologie : L'hystérie et les fonctions diencéphaliques ; étude neurologique. Rapporteur : M. le Docteur Ludo Van Bogaert, d'Anvers, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Médecine légale psychiatrique : Délinquance et criminalité de l'enfance. Rapporteurs : M. le Docteur G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police et M. le Docteur Paul Vervaeck, de Bruxelles, médecin inspecteur adjoint des Asiles et Colonies d'aliénés du Royaume.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

Prix des Archives hospitalières. — Le jury est composé de MM. Noailles, Bouchaud, Paul Viard, P. Descomps, Maurice Delort.

Les sujets mis à l'ordre du jour parmi lesquels sera choisie la question posée au concours sont : Tumeurs de la base du cerveau ; Gangrène pulmonaire ; Ulcères du duodénum ; Hypertrophie de la prostate.

Prix : 5.000 francs en espèces réservé aux internes des hôpitaux libres de France.

Internat de l'hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier-de-Serres, Paris.) — Le concours sur titre pour la nomination des internes du Service de gastro-entérologie et de pathologie de l'hôpital Saint-Michel, qui a réuni trente-cinq candidats, s'est terminé par la nomination de MM. Emile Vialard et Jules Bret.

Laboratoire d'hygiène. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le Docteur Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Lindemann, adjoint au directeur des Services du travail et de l'Enseignement maritimes au ministère de la Marine marchande ; M. Roubinet, chef de bureau à l'Etablissement national des Invalides de la Marine ; MM. les Docteurs Cambessédès, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine ; Clerc, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande ; Neveu, assistant d'hygiène et chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen et André Villejean, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 20 mai au 5 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° les docteurs et étudiants en médecine, à scolarité terminée, français, et du sexe masculin ; 2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Cours de perfectionnement sur les maladies des reins. 11 juin au 22 juin 1935.) — Ce cours sera fait par M. le Professeur

RATHERY, avec la collaboration de MM. CHEVASSU, FROMENT, BOLTANSKI Germaine DREYFUS-SÉE, Julien MARIE, Maurice RUDOLF, DÉROT.

Programme du cours. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; Polyurie et diabète insipide ; Anurie ; Acidose rénale ; Œdèmes. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du Na Cl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites : les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës. Néphrite mercurielle ; Néphrites infantiles ; La syphilis rénale. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; Néphrites avec azotémie ; La néphrose lipoïdique. — La thérapeutique des néphrites : Les diurétiques ; Les régimes.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline ; Le dosage du Na Cl dans le sang et les urines ; La recherche de l'urée sanguine ; La constante uréo-sécrétoire ; L'indoxylémie ; La réaction xantho-protéique ; La créatininémie ; L'épreuve de la phénolsulfonphtaléine ; La cylindrurie ; Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction de Mlles Y. Laurent, L. Lévina et du Docteur Doubrow, chefs de laboratoire.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Nécrologie. — Docteur A. ZIMMERN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut municipal d'électrothérapie, officier de la Légion d'honneur. — M. Raymond CHARRUEY, étudiant en médecine à la Faculté libre de médecine de Lille

Erratum. — Le Docteur MERMET, de Lons-le-Saunier, dont nous avons annoncé dernièrement le décès, est bien vivant et en parfaite santé. La joie que nous éprouvons en l'apprenant sera peut-être une petite excuse à l'inexactitude de notre première information.

BIBLIOGRAPHIE

Barème des Accidents du travail, par le Docteur Lucien MAYET. A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris (VIe).

Cinq éditions en peu d'années et vingt mille exemplaires — pour un livre de stricte technicité — dispensent de tout commentaire. Ces mêmes chiffres témoignent de la constante utilisation du Barème des accidents du travail par les praticiens auxquels il s'adresse tout spécialement.

Attentivement revisée et complétée, cette cinquième édition se présente encore mieux adaptée — si possible — aux directives de clarté, de concision, de précision, qui ont fait le succès des précédentes.

Erasme, par Stefan ZWEIG, 1 vol. Prix : 20 francs. Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Dans ces pages profondes et brillantes, manifeste passionné en faveur de la « raison », Erasme devient à nos yeux le symbole de l'âme indépendante qui défend sa liberté morale contre toutes les menaces et les pressions du monde.

En « Erasme » glorieux vaincu, Stefan Zweig célèbre le génial écrivain, le premier pacifique, le premier Européen, l'illustre ancêtre d'une filiale de penseurs libres pour qui toute haine sera une erreur et toute guerre une folie des hommes.

Lectures historiques (1789-1848), par E. LESOURD. 1 vol. in-8°. 20 francs. Lanore, éditeur, 48, rue d'Assas, Paris.

Sans exclure les extraits de mémoires ou de documents que l'on peut trouver déjà dans d'excellents recueils, le choix de M. Lesourd s'est porté plus particulièrement sur des pages où l'auteur, en un langage actuel à su faire revivre le passé et montré des hommes qui se meuvent, luttent et souffrent comme nous.

Ces lectures sont toutes précédées d'une courte explication et classées en chapitres dont un sommaire met les données essentielles sous les yeux du lecteur en une page aussi condensée que substantielle.

Destiné aux élèves de première, ce livre sera aussi précieux à tous ceux qui cherchent un élargissement de leur culture.

Annales historiques de la Révolution française. Paraissant six fois par an. Abonnement : France, 40 francs. Mellottée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de mars-avril 1935 : M. Schnerb : L'enseignement primaire dans le Puy-de-Dôme pendant la Révolution. — M. Eude : La Commune Robespierriste.— L'arrestation de Pache et la nomination de Payan.

Documents : Sur la mort de Barnave (F. Vermale). — Le Directoire d'Albert Mathiez (Godechot).

Glanes : A propos de l'abolition des droits de parcours et de vaine pâture.

Bibliographie. — Notices. — Revue de la Presse. — Chronique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pratique de la tuberculinothérapie

Par le Dr **René GALLAND** (Lausanne)

Ancien assistant de Leysin

La tuberculinothérapie lancée par Koch, en 1890, connut depuis son avènement bien des vicissitudes, ayant eu toujours des détracteurs acharnés et des partisans enthousiastes. Actuellement, il semble qu'elle ait une nouvelle vogue, les uns la préconisant pour affermir les résultats obtenus avec d'autres procédés (cure de repos, collapsothérapie), les autres la considérant comme une médication autonome et non de soutien.

On comprend combien, il est difficile, surtout pour des praticiens exerçant en dehors du milieu sanatorial, d'avoir un avis sur la tuberculinothérapie, car il faut plusieurs mois pour juger des effets de cette méthode et suivre de très près ses malades. Aussi croyons-nous utile de donner les quelques indications suivantes :

La tuberculinothérapie est une arme à deux tranchants. Bien administrée, elle est un moyen précieux de lutte antituberculeuse ; livrée à des mains inexpérimentées, elle peut amener des désastres. Il est donc de toute importance d'en bien connaître les effets, le dosage exact et la conduite de la cure.

A. **Indications**. — Si nous suivons la *classification humorale de Ranke*, on peut poser en règle qu'il faut s'abstenir de tout traitement tuberculinique dans le *stade primaire* : en effet, on ne sait pas comment l'organisme va réagir au chancre d'inoculation accompagné de ses glandes satellites. On risquerait fort de favoriser l'éclosion du *stade secondaire*, éclosion qui est heureusement loin d'être constante. L'invasion hématogène et les phénomènes d'hypersensibilité de ce stade II causes des réactions périfocales (épituberculose des Allemands, spléno-pneumonie des Français, etc...) seraient dangereusement exaltés par les injections de tuberculine sous la peau. C'est, en effet, le stade où les cutiréactions sont les plus vives. Mais, une fois cette première phase de sensibilisation passée, si les foyers caseeux ne sont pas trop volumineux, si la maladie en un mot s'est bien localisée et qu'elle est entrée dans la phase d'extinction, un traitement tuberculinique pourra parfaitement être envisagé.

Dans le *stade tertiaire*, qui offre de nos jours les indications les plus fréquentes à la tuberculinothérapie, seront surtout justifiables du traitement, les tuberculoses à allure torpide et à foyers bien localisés et peu nombreux. On doit s'en tenir à *un cas type* sur lequel le Docteur Jaquerod a écrit ceci : « Le cas de choix, *le cas type* dont il faut s'écarter le moins possible est le tuberculeux chronique, avec lésion cavitaire ou non, mais nettement localisée, à caractère torpide et à tendance fibreuse. Cliniquement, il s'agit d'un malade dont l'état général est bien conservé, dont la température est normale et l'expectoration peu abondante, mais constamment bacillifère. Le but du traitement est de faire tarir définitivement cette expectoration bacillifère. Tant que ce résultat n'est pas acquis, l'effet du traitement doit être considéré comme nul ». La tuberculine ne doit pas être réservée pour les cas unilatéraux seulement ; certaines lésions peu étendues bilatérales des sommets par exemple (à l'exclusion des formes granuliques) sont parfaitement justifiables du traitement que l'on conduira alors avec d'autant plus de prudence. La *tuberculinothérapie* donne d'excellents résultats *après les traitements chirurgicaux* de la tuberculose pulmonaire : phrénicectomie et encore mieux thoracoplastie, quand ils ne sont pas arrivés à tarir l'expectoration bacillaire.

B. **Contre-indications**. — Au point de vue symptomatologique, il y en a deux qui sont *absolues* : tout d'abord *la fièvre* puis *la cachexie*. D'autres sont relatives : une sédimentation par trop accélérée (le traitement tuberculinique accélère toujours la vitesse de sédimentation), une anémie dépassant 15 à 20 %, l'amaigrissement progressif, la tendance aux hémorragies. Enfin, des maladies concomitantes à la tuberculose : hypo-asystolie, néphrites, maladies du foie (les hépatiques supportent très mal la tuberculine, preuve de l'importance du foie dans la résistance à la tuberculose), entérites chroniques, diabète, Basedow, nervosisme exagéré, hystérie, épilepsie, etc. En outre, la grossesse et la vieillesse. Toutes ces contre-indications, sauf la fièvre et la cachexie, peuvent être cependant discutées pour chaque cas particulier.

La tuberculine est contre-indiquée tant qu'il y a des signes acoustiques et radiologiques de *phénomènes exsudatifs* un peu étendus : bronchéo-alvéolites fraîches, foyers broncho-pneumoniques ou pneumoniques ; dans ces cas-là, il faut savoir attendre, comme nous l'avons vu. Dans la granulie d'Empis, la miliaire du poumon, dans les tuberculoses ulcéro-caséeuses, les pneumonies caséeuses, et même dans certaines tuberculoses à petits nodules disséminés dans les deux poumons, c'est l'abstention systématique bien entendu. De même, cela va sans dire, quand les destructions ont conduit à la formation de cavernes déjà grandes ou à des multiples petites géodes. Ici, comme on le sait, c'est la cure hygiéno-diététique avec les méthodes mécaniques topographiques qui sont de rigueur avec toutes les réserves actuellement classiques.

C. **Conduite de la cure de tuberculine**. — Koch en 1890 avait proposé des dilutions beaucoup trop fortes, d'où les effets catastrophiques qui suivirent cette innovation. De 1890 à 1910, on proposa toute sorte de méthodes les unes espaçant les injections, les autres diminuant les doses.

Sur l'instigation de Sahli de Berne, il y a une vingtaine d'années, on prôna exclusivement la tuberculine Béraneck selon le mode indiqué par les phtisiologues allemands en employant des *petites doses,* au début *infinitésimales.* Quelques années plus tard, Sahli — sans doute sous l'impression d'accidents qui se produisaient encore — proposa un traitement encore plus lénitif qui est celui de l'intro duction de la tuberculine uniquement dans le derme avec des dilutions croissantes, suivant ainsi pour le traitement la voie que Mantoux avait ouverte pour le diagnostic avec son intradermo-inoculation. Je reviendrai sur ce traitement intradermique.

D'un autre côté, et depuis un temps tout aussi respectable, le Docteur Cevey, de Lausanne et son école, soutenus par Kuss, de Paris, gardent une grande foi dans la *tuberculine administrée à fortes doses.* Ils ne craignent pas d'injecter progressivement en 3-6 mois jusqu'à 2 à 3 c. c. de tuberculine pure, en recherchant systématiquement la réaction thermique, tout en laissant chaque fois l'organisme se reprendre. Cette méthode est fatigante pour le malade. Elle lui fait perdre en général du poids : peu importerait si la guérison venait à tous coups. Mais s'il est indéniable que des résultats favorables aient été obtenus, d'autres incontestablement fâcheux ont été signalés. Cette méthode ne peut donc être généralisée avant une étude approfondie et strictement objective, menée dans différents sanatoriums.

Au Grand Hôtel à Leysin, Sanatorium de la classe aisée — nous avions adopté un mode de faire extrêmement prudent qui pourra vous servir de « fil conducteur » dans le labyrinthe qu'est ce long traitement, et de point de départ à l'expérimentation de la tuberculine pour ceux d'entre vous qui s'occuperont de tuberculinothérapie. Dix à quinze pour cent seulement de nos malades étaient soumis à la tuberculinothérapie montrant ainsi la sélection que nous faisions.

Voici comment nous procédons :

a) *En premier lieu, tâter la susceptibilité du malade* par des

injections intradermiques de tuberculine diluée selon la dernière méthode que Sahli a proposée. La résorption de la tuberculine introduite dans le derme est beaucoup plus lente (partant moins dangereuse), que dans l'hypoderme. Après avoir fait un certain nombre de ces injections intradermiques, à intervalles de sept à dix jours et pendant un laps de temps variant suivant les sujets de trois à douze semaines, on passe au *traitement hypodermique* au moyen de la tuberculine primitive dont la progression doit être bien réglée. Ce traitement hypodermique, qu'il y ait eu cure préparatoire ou qu'il soit entrepris d'emblée, dure au maximum de six à huit mois. Au cours de ce traitement, on doit voir petit à petit l'expectoration diminuer, puis les bacilles disparaître. Si ce résultat n'est pas obtenu à la fin d'une première cure, comme cela peut arriver, on en fait éventuellement une seconde, après deux ou trois mois de repos ; ceci pour laisser à l' « effet d'après-cure », le temps de se produire. D'autres fois, il y a lieu de s'adresser plutôt aux sels d'or. Jadis, nous faisions après la cure de tuberculine une cure à l'*émulsion bacillaire*, mais nous y avons renoncé. Sa réputation semble surfaite. Elle se résorbe difficilement et se comporte le plus souvent comme un « corps étranger ». L'émulsion bacillaire est fabriquée au moyen de bacilles tuberculeux tués et broyés finement, puis livrés en suspension aqueuse. Elle est sensée fournir les poisons totaux du bacille de Koch.

b) *Quelle tuberculine employer ?* — Il est de toute importance de s'adresser à un laboratoire sûr qui fabrique une tuberculine à des concentrations « standarisées ». D'excellentes tuberculines primitives (Alt-Tuberkulin) sont fournies soit par l'*Institut séro-thérapique de Berne*, soit par l'*Institut Pasteur*, soit par la Maison allemande *Hoechst*. Chaque pays connaîtra ses meilleurs producteurs.

c. *Dilutions.* — Les dilutions sont faites au moyen d'eau phéniquée à 0,5 %. A partir de la dilution de 1 sur 10 (soit 1 c.c. de tuberculine pure dans 9 c.c. d'eau phéniquée), on prépare avec 1 c. c. de la dilution précédente, les dilutions suivantes : 1/100, 1/1.000, 1/10.000, 1/100.000.

d) *Injections.* — On commence en injectant un dixième de c. c. de la dilution la plus faible, soit une division de la seringue à tuberculine. L'injection se fait deux fois par semaine (bras ou partie supéro-externe de la région fessière), à trois jours d'intervalle au minimum, et l'on augmente d'un dixième de c. c. chaque fois. Lorsqu'on en est aux dilutions 1/1.000, 1/100 et 1/10, il est bon de n'augmenter, au début de chaque flacon, soit pour les six premières injections, que d'un vingtième de c. c. (une demi-division de la seringue à tuberculine). Quand on a terminé la dilution 1/10, on peut passer à la tuberculine pure, mais souvent celle-ci se résorbe difficilement et fait parfois des indurations très tenaces. Cela dépend de la consistance plus ou moins sirupeuse de la tuberculine qu'on emploie. On aura avantage, par conséquent, à préparer parfois des dilutions de 1/5 et de 1/2, et de ne pas dépasser ces dilutions en répétant plusieurs fois les plus fortes doses, si l'on tient à ce que l'imprégnation tuberculinique soit soutenue encore un certain temps.

Pour la *méthode intradermique de Sahli*, commencer avec la seconde dilution (celle de 1/10.000) et injecter dans le derme, un vingtième de c. c. (soit 1/2 division de la seringue à tuberculine). Noter la réaction vingt-quatre heures après, en mesurant le diamètre de l'infiltration. On peut les inscrire grandeur naturelle sur la feuille de température dans la colonne du jour suivant l'injection. La réaction est satisfaisante, si elle atteint deux à trois centimètres de diamètre. On laisse la réaction « se faner », jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'une tache violet-brunâtre, ce qui prend sept à dix jours suivant les sujets. Puis, l'on répète la même dose ou on l'augmente par demi-division jusqu'à deux divisions. Il est rare que l'épiderme puisse se laisser distendre par des quantités supérieures. On observe des peaux très fines qui sont absolument intolérantes : il se produit des nécroses qui empêchent la poursuite du traitement (1).

Comme on le voit, cette méthode est élégante, car le malade ne reçoit que la dose qui lui convient. La résorption est lente, le danger est minime. Mais il faut avouer que les résultats sont bien moins évidents qu'avec la méthode hypodermique. C'est pourquoi il vaut mieux passer à celle-ci dès que l'on a acquis la certitude que le malade supporte bien la tuberculine. Dans cette éventualité, si l'on est arrivé au flacon 1/1000, par exemple, avec la méthode intradermique, on revient à la dilution 1/10.000 pour le traitement hypodermique (à cause de la résorption plus rapide).

Si une dose quelconque a produit une réaction thermique de plus de deux ou trois dixièmes au-dessus de la normale, il est préférable de revenir aux doses inférieures ou de répéter la même injection jusqu'à ce que celle-ci soit supportée, ou enfin, quand la réaction est forte, que la fièvre monte à 38°-39°, on attend quelques jours pour laisser le malade se reprendre.

S'attarder aux petites doses est cependant peu recommandable et risque de sensibiliser le sujet au lieu de l'accoutumer au poison. Il faut que la progression soit constante, car certains sujets peuvent devenir, pour des causes peu connues, hypersensibles à la tuberculine, surtout au début du traitement, par réaction anaphylactique. Pour sortir du stade d'*hypersensibilité* (1), on a proposé de laisser reposer l'organisme pendant quelque temps, douze à quinze jours, et alors d'augmenter assez fortement les doses de tuberculine, de manière à produire un « ictus immunisant ». C'est la méthode de Lœwenstein. Nous préférons reprendre le traitement après un repos d'une semaine ou deux au point où nous l'avions laissé.

Quelques malades, fréquemment des hépatiques, se montrent absolument intolérants à tout essai de tuberculinisation. De façon générale, dès qu'il se produit quelque chose d'insolite dans la cure, le mieux est de renoncer au traitement. Dans le cas d'une maladie non tuberculeuse intercurrente qui a nécessité une suspension plus ou moins longue de la cure, on reprendra celle-ci avec des dilutions d'autant plus faibles que l'interruption a été plus grande. Il nous a paru préférable de nous abstenir d'injection pendant les périodes menstruelles : ceci a pour conséquence de rendre le traitement plus long chez la femme.

Pendant la cure, le malade prendra sa température quatre fois par jour (rectale de préférence et pendant cinq minutes) ; son poids sera noté avec soin, car un amaigrissement continu est une contre-indication ou un signe d'intoxication trop forte ou d'intolérance. On notera avec soin le nombre d'expectorations par jour ou la quantité en centimètres cubes. Comme nous l'avons vu, l'expectoration est accrue dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'injection. Enfin, l'auscultation et la radiologie, les examens du sang, à intervalles réguliers et à la moindre alerte, seront de rigueur. Nos malades continuent leur cure de repos comme auparavant et ne gardent le lit le lendemain de l'injection que si, arrivés aux fortes doses, la fatigue et des douleurs rhumatoïdes les incommodent.

Ajoutons pour finir qu'il est mieux de commencer la tuberculine au début de l'hiver, de même les sels d'or, car les traitements excitants sont mal supportés en été par les chaleurs, même à la montagne. De façon générale, c'est un fait d'observation que le tuberculeux fait plus de progrès en saison froide, et par la fraîcheur.

A la fin de cette brève étude, où je n'ai pu vous dire que l'essentiel sur la cure de tuberculine, il est bon que nous fassions le point. Nous retiendrons les faits suivants :

I. — *La lenteur de la cure* convient à la tuberculose : maladie lente. Pendant six à huit mois, le médecin aura son patient

---

(1) Un autre phénomène peut se présenter dans la tuberculinothérapie hypodermique (très rarement, il est vrai), et surtout quand il s'agit de tuberculine pure. Nous l'avons remarqué après des maladies intercurrentes par exemple qui, ayant sans doute exalté la leucopoïèse, avaient amené une suppuration froide assez longue sans conséquence, comme cela se passe pour un corps étranger non infecté.

(1) A signaler le bon effet de la tuberculinothérapie comme désensibilisateur dans les cas d'asthme à épine tuberculeuse, où la protéine du bacille est peut-être l'agent causal. Certains homœopathes emploient avec succès des pilules à base de tuberculine contre l'asthme en général ? La tuberculine *per os* n'a jamais réussi comme antituberculeuse.

bien en mains et les injections seront pour le malade une servitude qui agira de façon heureuse sur son psychisme et sur la compréhension de sa maladie, indépendamment des indications de la méthode.

II. — *La tuberculine primitive* « (Alt-Tuberkulin de Koch) » agit aussi bien que les nombreuses autres tuberculines proposées. Elle est facilement diluable et, si on la requiert de laboratoires de premier rang, on peut en faire son produit de choix et s'en servir en toute sécurité, à condition de suivre une technique impeccable.

III. — Les *indications* de la tuberculine sont conditionnées avant tout par la bonne localisation du mal et par sa torpidité ; les *contre-indications* par la fièvre et par la cachexie.

IV.— Si l'on s'écarte de ces principes les *risques* sont les suivants :

1° Rallumer des infiltrations récentes et favoriser leur extension ;

2° Déclencher la fonte de tissus sur le point de se caséifier ou accroître des suppurations déjà anciennes qui tendront à s'éterniser ;

3° Réveiller de multiples petits foyers mal éteints qui, par l'action combinée de leurs sécrétions toxiques (auto-tuberculine), conduiront le malade à la cachexie et peut-être à la mort.

V. — Il va de soi que ces dangers sont encourus plus aisément par les *méthodes* qui préconisent de *hautes doses de tuberculine*, à progression plus ou moins rapide et qui recherchent la réaction de foyers (hyperémie active) dont l'expression clinique est la fièvre. Bien qu'elles essayent de régler cette réaction, elles n'offrent pas encore assez de sécurité pour être généralisées à l'heure actuelle. Elles doivent être réservées à de vrais connaisseurs qui les emploieront lorsque toutes les conditions favorables seront réunies pour une cure de tuberculine intensive. — Les *méthodes à doses initiales infinitésimales et à progression lente*, bien que moins puissantes et plus longues, sont, par contre, plus fidèles. Elles se fondent davantage sur l'action générale du poison tuberculinique (accoutumance). Limitées dans un schéma thérapeutique précis, elles ont l'avantage de ne pouvoir « créer l'irréparable ». Au cours d'une cure de tuberculine sans réaction thermique, on est frappé de l'absence de toute poussée cyclique ou saisonnière si habituelles — petites ou grandes — dans la cure simple. L'effet de l'imprégnation tuberculinique disparaît dans les trois mois qui suivent la dernière injection de tuberculine pure.

VI. — *Tuberculine et sels d'or.* — Les deux traitements agissent, par leurs caractères propres, comme des excitants des lésions; ils aident indirectement à obtenir la guérison. Ils peuvent se compléter, avec la réserve qu'il faut s'abstenir jusqu'à plus ample informé, d'administrer les deux cures simultanément ou de les faire chevaucher (toxicité respective trop forte). Les deux traitements sont soumis aux lois de l'accumulation, d'où la nécessité de prévoir entre les cures des intervalles de un à quatre mois proportionnés aux doses totales reçues par le malade.

VII. — L'étude de la lymphe de Koch a beau dater de quarante ans, elle est loin d'être terminée et à mesure que de nouvelles méthodes voient le jour ses indications se renouvellent et se précisent.

La tuberculine est donc un précieux complément non seulement pour le diagnostic de la tuberculinothérapie — où certains voudraient la confiner — mais surtout pour le traitement des tuberculeux.

***

Dans cet exposé, j'ai essayé de montrer les oscillations extrêmes par lesquelles ont passé les idées sur la tuberculine depuis que Koch a proposé le traitement. Mon désir le plus vif serait que les principes et la technique de base qui viennent de vous être exposés, vous fournissent vraiment une arme de plus contre le bacille de Koch.

Etude bactériologique de la vulvo-vaginite des petites filles

Par le Docteur **STOYANOFF** et Mme **SCHERSTENNIKOFF** (1)

Le diagnostic des vulvo-vaginites chez les petites filles reste, jusqu'à présent, une question assez compliquée. On rencontre, dans la pratique, un assez grand nombre de cas constituant une difficulté sérieuse à résoudre. On aboutit, souvent, à un échec, ne trouvant pas le moyen de déterminer exactement la nature de la maladie au point de vue étiologique. Un grand nombre d'enfants, d'autre part, sont exposés à une inflammation, souvent chronique de la muqueuse vaginale, éliminant des sécrétions abondantes, souvent colorées d'une teinte jaunâtre ou verdâtre, laissant des taches sur le linge. Tout cela inquiète les parents et provoque des hésitations chez le médecin lui-même. Les frottis de sécrétion que l'on regarde sous le microscope contiennent beaucoup de leucocytes et des microbes différents, le plus souvent des diplocoques qui, parfois, morphologiquement, simulent le gonocoque, et sont même quelquefois intracellulaires ; quelques-uns peuvent rester négatifs après la méthode de Gram. Il se rencontre, souvent, des gens de laboratoire auxquels on apporte une lame plus ou moins mal prélevée pour y chercher le gonocoque et qui aboutissent à des erreurs grossières (Janet).

Dans le but d'éclaircir ces questions de diagnostic, nous nous sommes efforcés d'étudier la micro-flore de vulvo-vaginite chez les petites filles en tenant compte, surtout des diplocoques qui s'y rencontrent. Nous avons tâché, d'autre part, d'identifier exactement par la fermentation des sucres les différentes races de diplocoques, que nous avons pu obtenir en cultures pures, par les ensemencements que nous avons pratiqués pendant plusieurs années de suite, dans notre laboratoire du premier dispensaire vénérologique de Moscou.

Quant à la littérature que nous avons pu avoir sous la main à ce sujet, nous devons remarquer qu'elle est assez abondante ; mais on ne peut pas dire qu'elle soit nette et décisive au point de vue de notre sujet ; les hésitations les plus marquées se rencontrent en ce qui concerne les vulvo-vaginites chroniques spécifiques et vulgaires et le pourcentage des vulvo-vaginites blennorragiques est très différent suivante les différents auteurs sautant de 0,2 % jusqu'à 80 % chez certains américains.

Cette différence énorme peut être expliquée, en grande partie par la difficulté de diagnostic des vulvo-vaginites chroniques. En ce qui concerne la micro-flore, que l'on y rencontre, nous devons citer, tout d'abord, Sharp, de Chicago, qui a étudié 70 cas rebelles de vulvo-vaginites et qui a décelé bactériologiquement des staphylocoques, du bacille pseudodiphtérique et du bactérium coli. Stumpe, Duckelsky, Langer ont éliminé aussi le bacille pseudo-diphtérique. Clauberg, à Berlin, sur 47 cas de vulvo-vaginites, a décelé dans 35 cas un bacille identique au bacille de l'influenza et, dans 37 cas, des diplocoques Gram-négatifs. Solomonovitch et Kouschnir, de Moscou, avaient étudiés 50 cas de vulvo-vaginites vulgaires (non blennorragiques). Ils ont vu prévaloir, chez les enfants d'une constitution lymphatique, des diplostreptocoques, — constitution exsudative, des diplocoques Gram positifs en combinaison avec plusieurs autres microbes ; — constitution asthénique, le bacille de l'influenza (60 %); — constitution névropathique, aucun microbe prédominant ; — constitution normale, mi-

(1) Du laboratoire du premier dispensaire vénérologique (direction Docteur Zarki), rapporté à la Conférence de l'Institut Metchnikoff, à Moscou.

cro flore très variable. Vulvo-vaginites causées par des helminthes (oxyures vermiculaires), sept cas sur cinquante (soit 14 %). DEVLI (d'Amsterdam) considère qu'un pour cent des vulvo-vaginites sont blennorragiques.

Pendant plusieurs années, nous avons étudié, dans notre laboratoire, les sécrétions vaginales chez les petites enfants malades de vulvo-vaginites faisant des ensemencements sur différents milieux et, surtout, sur la gélose ascite, dans le but d'isoler différentes races de microbes qui puissent nous servir pour auto-vaccin polyvalent et mixtes dans un but thérapeutique. Parallèlement à ce travail, nous nous sommes occupés de l'isolement surtout des diplocoques que nous avons rencontrés au cours de notre travail. Nous avons été frappés du fait que, chaque fois, on isolait un grand nombre de diplocoques différents, vivant séparément ou en compagnie avec le gonocoque lui-même.

Nous nous permettrons de citer brièvement les observations des malades qui ont donné un nombre maximal de races de diplocoque différents.

Par exemple, la petite fille n° 27.980, âgée de six ans. Diagnostic vulvo-vaginite vulgaire, pertes blanches purulentes, abondantes, d'une couleur jaunâtre, hyperhémie intense. La sécrétion consiste en une grande quantité de leucocytes et un grand nombre de diplocoques Gram positifs et Gram-négatifs. Chez cette malade, il a été isolé et identifié par la fermentation sur les sucres les diplocoques suivants : staphylocoque pyogène, neisseria flava 1 et 2, microcoque Cohn 2 et 3, microcoque catarrhalis, streptocoque.

Chez trente-quatre fillettes atteintes de vulvo-vaginite vulgaire, nous avons obtenu : staphylocoque blanc et jaune, trente fois — Cohn 1 et 2, vingt fois : — diplocoque flavus 1, 2, 3, douze fois ; — streptocoque ; dix fois : — catarrhalis huit fois, etc. (voir le tableau).

Le groupe de staphylocoques par conséquent prédomine ; le diplococus flavus et le streptocoque se rencontrent souvent.

Il est très intéressant de marquer ici un phénomène produit par le staphylocoque sur les cultures de gélose ascite : c'est qu'il ne prend jamais Gram dans ses premières générations ; il reste toujours Gram-négatif en masse ou particulièrement donnant l'aspect que la culture n'est pas pure, et ce n'est qu'après un certain nombre de repiquages, et surtout au moment où il se trouve transplanté sur les milieux courants, qu'il obtient ses qualités tinctoriales vraies (WORDEN, JANET et DEBAIN). Il est, donc, bien possible que ce phénomène soit capable d'induire souvent en erreur grave de diagnostic, étant donné que le staphylocoque peut avoir la même conduite dans les frottis que l'on prélève chez les malades pour analyser sous le microscope (méthode de vérification de Gram).

Chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginites blennorragiques, nous avons pratiqué les mêmes recherches bactériologiques et nous avons obtenus presque les mêmes résultats, c'est-à-dire que nous avons isolé la même micro-flore en symbiose avec le gonocoque. Tous nos cas de blennorragie d'enfant proviennent d'une contagion accidentelle à partir d'une porteuse de gonocoques qu'était toujours la mère. Les ensemencements de quinze cas de vulvo-vaginite gonococique ont donné les races suivantes de diplocoques associés : staphylocoque blanc et jaune douze fois (67 %) ; staphylocoque Cohne 1 et 2, huit fois ; diplococcus flavus, quatre fois ; microcoque catarrhalis, trois fois ; microcoque crassus, deux fois. Il devient donc clair que, dans les frottis sur les lames de verre, nous pourrions rencontrer pas mal de diplocoques (m. flavus, staphylocoque, catarrhalis, crassus, etc.) qui peuvent donner d'après la méthode de Gram un aspect de gonocoque tout en n'étant pas le gonocoque.

Nous avons poussé nos études plus loin et nous avons étudié par culture huit femmes malades de blennorragie aiguë et chronique et nous avons pu isoler les microbes suivants : staphylocoque blanc et jaune, huit fois ; — m. catarrhalis, deux fois ; — m. crassus, deux fois ; — m. tétragène, deux fois ; — bact. coli, six fois.

Au cours de notre étude sur les vulvo-vaginites des petites filles, nous avons observé un grand nombre d'enfants d'une constitution arthritique qui avaient des urines riches en sels uriques différents, amorphes et cristallisés. Le plus souvent, nous avons observé des oxalates que nous avons trouvés sur les frottis même de sécrétions vaginales. Bien entendu, nous ne pouvons pas déterminer la provenance de ces sels. La muqueuse est-elle capable d'une élimination pareille ou bien est-elle tout simplement souillée par les urines et, peut-être comme un corps étranger, ces cristaux peuvent-ils provoquer une irritation suffisante et activer les microbes saprophytes habitant le vagin ?

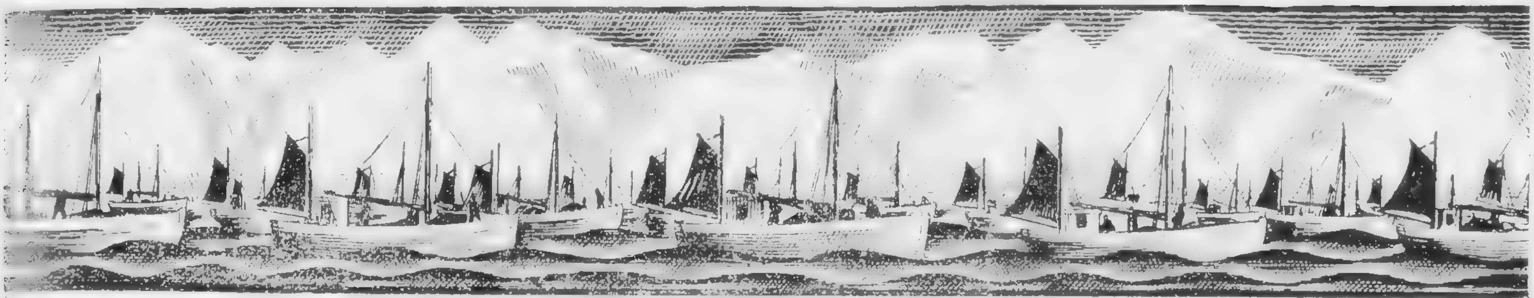
Pour avoir une idée de la toxicité des races isolées et pour juger, à peu près, de leurs propriétés pathogènes, nous avons expérimenté sur les souris en leur injectant 0,1 d'une émulsion en race pure de 100 millions par centimètre cube pour 25 grammes de poids vivant. Qu'il nous soit permis de citer très brièvement les résultats histologiques obtenus par notre ami M. le Professeur Talaleff. Les staphylocoques blancs et jaunes que nous avons isolés en culture pure, les Cohn 1 et 2, les flavus, les crassus se sont montrés très virulents pour les souris, les tuant vite en produisant une septicémie avec des foyers nécrotiques miliaires dans les reins, la rate et le foie.

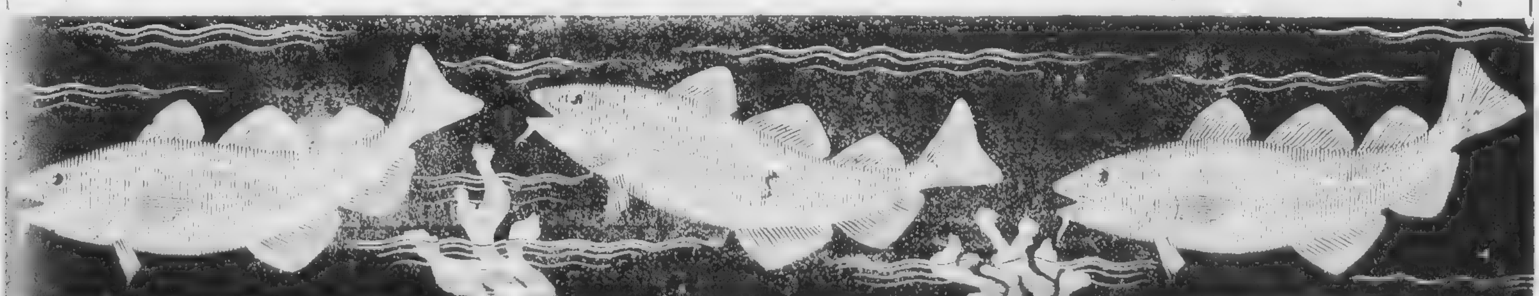
CONCLUSIONS. — Nous fondant sur le présent travail et sur notre expérience, nous nous permettrons de tirer quelques conclusions pratiques.

1. Dans les sécrétions vaginales de vulvo-vaginites conjonctives pullulent plusieurs espèces de diplocoques virulents, phagocytés par les leucocytes et qui, d'après leurs propriétés tinctoriales, peuvent simuler le gonocoque.
2. Les staphylocoques urétraux ont une phase Gram-négative qui leur est propre au début des cultures sur gélose ascite.
3. L'infection gonococcique se fait probablement en bloc avec plusieurs autres microbes qui se développent en compagnie du gonocoque lui-même et cette symbiose peut jouer un rôle au point de vue des complications et de la thérapeutique.
4. Les erreurs de diagnostic en matière d'analyse microscopique de laboratoire ne sont pas rares.
5. On ne peut pas exclure la possibilité d'une infection non spécifique par la même voie qu'est transportée l'infection blennorragique.
6. Chez les enfants arthritiques, les vulvo-vaginites peuvent être provoquées par la souillure du vagin que réalisent différents sels uriques agissant comme corps étrangers.

« Quoi de plus beau que les règlements de nos rois pour tout ce qui regarde la médecine ! Lisez l'édit de 1707 : Louis XIV a prévu tous les abus. On ne peut recevoir, en se conformant à ses intentions, que des médecins pleins de zèle, de science et de probité. C'est à ces seuls artistes que le roi donne le pouvoir d'exercer la médecine dans les villes ou bourgs de son royaume ; les amendes les plus fortes menacent tout téméraire charlatan qui osera s'ingérer dans la pratique d'un art aussi difficile et aussi important ; les juges même sont menacés, s'ils ne tiennent pas la main à l'observation de la loi. En conséquence tout médecin en France est sûr de vivre honnêtement et honorablement ; les titres les plus flatteurs les associent aux membres les plus chéris de la patrie. Voilà ce que nos rois ont fait pour déterminer les gens à talens à embrasser une profession aussi utile. »

(Lettre d'un médecin à son fils qui désire de l'être, publiée en 1772 par GILBERT, *in L'Anarchie médicinale*.)





FAITS CLINIQUES

A propos du traitement des salpingites

Par J. LEROUGE

Le traitement des salpingites comporte deux possibilités : l'exérèse et la thérapeutique médicale. L'exérèse, procédé radical, est infiniment moins employé qu'elle ne l'a été, il y a quelques vingt ou trente ans, et petit à petit, la thérapeutique conservatrice s'est imposée au Corps médical et s'imposera de plus en plus. Mais ce n'est pas tout de dire thérapeutique conservatrice et deux nouvelles possibilités peuvent être envisagées sous ce vocable unique. L'une, c'est l'expectative, le repos la glace, la suppression de tout élément de reviviscence infectieuse ; le temps fait son œuvre, s'il plaît à Dieu. C'est la « politique » qu'a soutenu dans ce journal, FOLKE HOLTZE d'après les résultats de son maître AHLSTROM.

Mais il est un autre conservatisme ; c'est celui qui tout en faisant confiance au temps, se propose d'aider à son œuvre et d'en accélérer les effets. Cette méthode emploie, suivant les préférences, les pratiques hydrologiques et hydrothérapiques, la diathermie, les vaccins et d'autres techniques. Notre maître H. VIGNES qui, en maints articles, en a été le défenseur, nous a appris la valeur en ceci de deux agents thérapeutiques, le soufre et la térébenthine.

Le soufre, il l'emploie sous forme de bains sulfureux auxquels vont sa préférence et sous forme d'injections intramusculaires d'eau d'Uriage. La térébenthine, que les Allemands emploie en injection huileuse, lui a semblé pouvoir être employée sous forme de térébenthine colloïdale. En nous inspirant de ses directives, nous avons soigné dans son service par le soufre colloïdal et la térébenthine une femme qui à plusieurs reprises, a été étonnamment améliorée par ces deux produits.

Mme M... Hélène, 32 ans, vient consulter à la Charité en mars 1934, pour des douleurs siégeant dans la fosse iliaque gauche et irradiant vers le bas. Ces douleurs discontinues durent depuis trois ans et remontent à un currettage subi alors par la malade ; celle-ci a eu un accouchement normal il y a quelque douze ans et pas moins de onze fausses couches provoquées, dont dix suivies de curettages.

A l'examen, on trouve un utérus un peu gros dont la mobilisation est nettement douloureuse et, dans le cul-de-sac gauche, on perçoit une masse douloureuse de la grosseur d'une mandarine et un important empâtement autour de cette masse ; le tout donnant l'impression d'une salpingite. On pratique douze injections intramusculaires de collobiase de soufre. Celles-ci au début déterminent une légère réaction douloureuse ; puis la malade cesse de souffrir. Bientôt elle revient sans enthousiasme et nous fait constater qu'elle est enceinte ; l'utérus de six semaines environ à ce moment est redevenu mobile ; il n'est plus douloureux, le cul-de-sac n'est plus empâté. Peu après, fausse couche provoquée ; huit jours après les manœuvres, la malade entre à l'hôpital : température élevée, état général assez touché, pertes purulentes fétides. On lui fait un curettage avec un tamponnement intra-utérin alcoolisé, suivant la méthode employée dans le service.

On assiste, dans les suites, à l'évolution d'un phlegmon du ligament large. La malade reste à l'hôpital un mois ; à son départ on trouve un utérus fixé par un empâtement énorme que l'on perçoit dans le cul-de-sac droit extrêmement douloureux.

On la revoit trois mois après : l'empâtement a diminué laissant une masse latéro-utérine douloureuse ; la malade se plaint de souffrir presque tout le temps. On lui fait douze injections intramusculaires de collobiase de soufre, puis, après quinze jours de repos, douze injections de collobiase de térébenthine. La malade, revue le premier février 1935, ne souffre plus ; le cul-de-sac est indolore et complètement libre. Et aussitôt elle redevient enceinte. Nous ne doutons pas qu'un nouveau..... traumatisme terminera cette grossesse.

Delirium tremens et plaies infectées

Par Henri DAMAYE
Médecin des Asiles

En bien des travaux nous avons montré l'unité, clinique tout au moins, du délire aigu et du délirium tremens, l'identité de leur thérapeutique. La question des agents infectieux communs ou non à ces deux graves psychoses, ne pourra être résolue que par la bactériologie, le jour où ses laboratoires seront à même d'étudier les formes encore invisibles des germes pathogènes. Au point de vue anatomopathologique, même identité, même unité. L'imprégnation alcoolique ne semble être que l'une des grandes occasions du délire aigu. Depuis la guerre nous avons toujours eu cette opinion que le delirium tremens n'est qu'un délire aigu chez un éthylique invétéré.

Comme le délire aigu, le delirium tremens est une maladie infectieuse avec localisation méningo-encéphalitique. Les microbes latents de l'organisme devenus virulents en certaines circonstances peuvent suffire à déterminer l'infection. Mais on observe aussi des cas cliniques où une plaie infectée semble bien être porte d'entrée. Nous en avons rapporté un exemple, il y a quatre ans, en cette même revue (1). Aujourd'hui, nous allons exposer un nouveau cas où des plaies par épines de broussailles, infectées et suppurantes paraissent avoir joué le rôle de porte d'entrée et où cette infection exogène semble bien avoir transformé un délire éthylique apyrétique en delirium tremens.

C... Pierre, quarante ans, journalier, entre à l'asile, le 1 décembre 1934, en état de délire éthylique hallucinatoire apyrétique. Père mort d'ulcère à l'estomac, à 69 ans. Mère morte vers ce même âge paralysée après des ictus. Le malade aurait eu la variole, à dix-huit mois. A sept ans, tombe d'un arbre: se fracture deux côtes et les deux bras. Trois enfants vivants ; un autre venu avant terme est mort rapidement ; un cinquième mort à onze mois de broncho-pneumonie. Grand buveur de vin depuis plusieurs années, le malade délire depuis la Toussaint. Il voit et entend des animaux autour de sa maison. La nuit, il les pourchasse à travers les buissons. Lors de ces fugues, il s'est fait, tout dernièrement, une plaie au coude droit, une autre au gros orteil gauche. Il parcourt les rues du village, armé d'une fourche, criant, gesticulant, menaçant ses ennemis imaginaires. Insomnie complète, mais n'a jamais cessé de s'alimenter. Le 4 décembre au matin, on l'a trouvé dans le cimetière brisant les croix, se débattant contre ses ennemis et prétendant attendre quatre mille personnes pour l'enterrement de son fils. 37°4 à son arrivée à l'asile.

5 *décembre*. — 37°6. Agité mais s'alimente. Facies abruti aux muscles trémulants. Tremblement des membres supérieurs. Langue humide, non saburrale. Parole articulée avec effort, par moments un peu trémulante. Hyperesthésie plantaire. Dermographisme rose. Un peu de myœdème du biceps. Confusion mentale aiguë, délirante hallucinatoire. Premier bruit aortique claqué. Submatité et diminution des bruits respiratoires à la base gauche. Vin. Todd. Strychnine. Le soir, 38°2.

Le malade présente sur les quatre membres de nombreuses égratignures d'épines. Au coude droit plaie suppurante. Au gros orteil gauche, autre plaie suppurante plus large encore. Pansements eau oxygénée, Dakin.

6 *décembre*. — Même état, 38°1, moins confus qu'hier, moins délirant, moins halluciné et tremble moins. De la plaie du gros orteil part une longue traînée rouge de lymphangite, qui s'étend jusqu'aux ganglions cruraux. Langue bonne. S'alimente bien. 39° ce soir.

7 *décembre*. — 39° Continue à s'améliorer mentalement. *Il semblerait que les plaies suppurantes et la lymphangite agis-*

(1) DAMAYE et Bernard POIRIER. *Progrès Médical*, 2 août 1930. — DAMAYE : Questions modernes de neuro-psychiatrie. Maloine, éditeur.

sent comme abcès de fixation. La température fébrile parait en rapport avec ces plaies infectées, cette lymphangite, et non avec une méningo-encéphalite. Ce soir, 40°.

8 *décembre.* — Phlyctène purulente au gros orteil : on l'incise. Les ganglions cruraux sont tuméfiés. 39°4. Les troubles mentaux ont disparu. Le tremblement des membres supérieurs et des muscles de la face existe encore, mais bien atténué. S'alimente bien. Langue bonne. 39°5 ce soir.

9 *décembre.* — 38°2, même état. S'alimente bien. Souffre de son orteil et de la lymphangite. 38° ce soir.

10 *décembre.* — 37°3. Cette nuit, énervé : n'a pas dormi. Le soir, 37°7.

11 *décembre.* — 37°6. A déliré toute la nuit, avec hallucinations et agitation, comme lors de son arrivée. Langue bonne. S'alimente bien. Les plaies s'améliorent et la lymphangite disparait. Ce matin, moins délirant que la nuit 37°9 ce soir.

12 *décembre.* — Agité, délirant, halluciné. 38°. A fait beaucoup de bruit, cette nuit. Langue humide. *On dirait qu'après avoir franchi les pléiades ganglionnaires, une partie de l'infection venue du gros orteil s'est déversée dans la circulation générale et a déterminé une réaction méningo-encéphalitique.* Electrargol intraveineux, 30 c. c. Somnifène. Le soir, 39°4.

13 *décembre.* — 38°3. A déliré toute la nuit. Ce matin. onirisme et agitation. Langue humide. S'alimente bien. La lymphangite a totalement disparu et les ganglions cruraux ne sont presque plus engorgés. Electrargol 30 c. c. Somnifène. 38°4 ce soir.

14 *décembre.* — 38°8. Agité une partie de la nuit. Délirant, moins confus. Electrargol 30 c. c. Somnifène. Ce soir, 38°3.

15 *décembre.* — 38°. A dormi toute la nuit. Assez calme, ce matin. Délire beaucoup moins. Electrargol 30 c. c. Somnifène. 37°9 ce soir.

16 *décembre.* — 37°7. Nuit calme. Faciès bien meilleur, reposé. Langue bonne. Les tremblements ont disparu. Les plaies vont très bien. Electrargol 20 c. c. 37°8 ce soir.

17 *décembre.* — 37°5. Continue à s'améliorer. Les troubles mentaux disparaissent. On cesse l'électrargol et on commence une série de cacodylate de soude.

25 *décembre.* — Va tout à fait bien mentalement et physiquement. Température normale. Les plaies ne suppurent plus, et sont en voie de cicatrisation.

31 *décembre.* — Est tout à fait rétabli mentalement et physiquement.

En résumé : Plaies infectées et suppurantes, chez un délirant alcoolique halluciné qui pourchasse ses visions à travers des buissons épineux. Lymphangite. Ces plaies infectées déterminent de la température et semblent agir dans le sens d'un abcès de fixation, car les troubles mentaux s'atténuent et vont jusqu'à disparaître. Mais, par la lymphangite, l'infection gagne les ganglions cruraux et, vraisemblablement, une partie des germes infectieux atténués franchit la barrière ganglionnaire, se déverse dans la circulation générale et détermine une réaction méningo-encéphalitique. C'est alors un delirium tremens fébrile, de moyenne intensité, avec des troubles mentaux aigus dus, maintenant, non plus à l'alcool mais aux germes infectieux. Ce delirium tremens est efficacement traité par des injections intraveineuses d'électrargol à hautes doses.

Ce cas clinique, presque expérience de laboratoire, nous a paru extrêmement intéressant, en l'état actuel de la psychiatrie. Il contribue à montrer que le délirium tremens est une psychose toxi-infectieuse chez des alcooliques et semble bien prouver, en même temps que des plaies infectées peuvent concourir à sa pathogénie.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Infection focale dentaire

Par A. WILCKEN (de Paris)

J'ai maintes fois constaté que beaucoup de praticiens ignoraient à peu près totalement cette question. Elle ressort pourtant beaucoup plus de la pathologie générale, que de la pathologie spéciale, car ses conséquences sont beaucoup plus importantes au point de vue général que local. Les Américains furent les premiers à s'intéresser à la « focal infection ». Ils établirent une liste des maladies puisant leur origine dans les foyers péri-apexiens. Cette liste est bien un peu longue à mon avis. Il faut évidemment tenir compte de l'engouement des Américains. Après avoir été de grands conservateurs de dents, ils en arrivèrent à l'édentation de leurs patients par crainte de complications apicales. Il est à peu près certain cependant que les foyers péri-apexiens semblent être en rapport avec un grand nombre de maladies, certaines assez redoutables, même. Il faut que le médecin y pense fréquemment, comme à une chose possible. Tous ceux qui ont agi ainsi ont eu lieu de s'en féliciter, car ils ont été très souvent conduits logiquement à une thérapeutique efficace.

Pour les médecins qui ne se sont pas encore intéressés à la question, disons que le granulome qui détermine l'infection focale est une petite tumeur charnue très vasculaire, siégeant à l'extrémité des racines de dents atteintes de caries pénétrantes non soignées, où dont le traitement a été insuffisant, ou mal conduit.

Cette lésion passe inaperçue du médecin parce qu'elle est invisible. Une bouche peut avoir l'apparence d'être saine ou en bon ordre, avec dents obturées ou couronnées et contenir néanmoins des apex granulomateux. Seule la radiographie est capable d'indiquer qu'un traitement a été bien conduit, ou bien au contraire, qu'il y a des granulomes à l'extrémité de racines. La vérité m'oblige à dire que 20 à 30 % environ de dents traitées en sont atteintes.

Que contiennent ces foyers apexiens ? Une flore polymorphe : quelquefois le streptocoque viridans et surtout des strepto-entérocoques non hémolytiques à formes filtrantes, des bacilles fusiformes, des cocci, des spirilles, des anaérobies tels que le bacille perfringens.

Partant du foyer la toxémie diffuse par voie sanguine ou lymphatique et peut produire des désordres variés et plus ou moins graves.

Troubles généraux : Adénites aiguës ou chroniques. Le Professeur Veyrassat dit que presque toutes les adénites cervicales sont d'origine dentaire, même les adénopathies tuberculeuses, la cavité dentaire servant de porte d'entrée au bacille de Koch, l'endocardite maligne, à pronostic fatal, dû à une dissémination par voie sanguine.

La septicémie est fréquente. Etienne et Verains, de Nancy, ont montré que le streptocoque était un agent de septicémie à point de départ bucco-dentaire (*Presse Médicale*, n° 91, 15 novembre 1933), et les accidents mortels nombreux. Tellier attribue à une septicémie d'origine buccodentaire les affections gastro-duodénales, la pylorite sans ulcération, la gastrite septique de Hunter. C'est ici le moment de rappeler la mort du Professeur Léon Bernard, de l'Académie de médecine, survenue l'année dernière à la suite d'un abcès dentaire. D'après les auteurs américains le rhumatisme chronique reconnaît comme facteur prin-


HYGIÈNE
JOURNALIÈRE
DES YEUX
DOUCHE OCULAIRE
PROTECTION DE LA
BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
Traitement des états inflammatoires des yeux et de leurs annexes : conjonctivites rebelles, blépharites, suite de maladies infectieuses, etc...
Contre les affections oculaires consécutives au surmenage visuel. Amélioration de la vision des porteurs de verres et des yeux faibles par la décongestion oculaire.
BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
Décongestif - Astringent - Antiseptique
Aucune contre-indication - Aucun toxique
ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE
Laboratoires P. FAMEL. 16-22. rue des Orteaux. PARIS. 20e


La PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

cipal l'infection dentaire. Black (1) a donné la statistique suivante :

56 % au-dessous de 25 ans ;
72 % entre 25 et 30 ans ;
87 % entre 30 et 40 ans ;
89 % entre 40 et 50 ans ;
100 % au delà de 50 ans.

Les malades atteints de rhumatisme chroniques sont en même temps porteurs d'affections du périodonte.

Rosenow, Billings, ont retrouvé dans des lésions à distance, les mêmes micro-organismes que ceux des foyers apexiens. Au Congrès de Bath (*Presse Médicale*, 1926), Rolleston, Osgood, Stone, ont affirmé avoir constaté que les infections focales entretiennent le rhumatisme par des modifications humorales. Moutier et Vincent ont fait connaître une observation dans laquelle ils attribuent à l'infection focale un état de gastro-duodénite hémorragique.

Troubles locaux. — Bjerrum, de Copenhague, signale que sur 50 malades atteints d'iritis, 42 étaient atteints de lésions dentaires. J. Sedan, ophtalmologiste des hôpitaux de Marseille, dans une note fort intéressante rappelle le remarquable rapport de son collègue Fromaget, de Bordeaux, sur cette matière, au Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, ainsi que celui de Worms et Bercher au Congrès de Stomatologie de 1925, et affirme à son tour que ce sont les maladies de la dent et de l'alvéole, qui fournissent le plus d'affections oculaires. Il fait remarquer que l'apex dentaire et le plancher de l'orbite sont en étroit rapport par le sinus maxillaire, et que les troncs veineux, lymphatiques et nerveux sont en étroite communauté. Faisant la pathologie de l'appareil lacrymal et paralacrymal, il dit que les abcès et phlegmons lacrymaux guérissent par l'avulsion de la dent causale. Des cas d'herpès cornéen d'origine trophique, par irritation du trijumeau sont guéris par avulsion de dents malades. Il a présenté à la Société de médecine et de chirurgie dentaire de Marseille en 1933, un cas d'iritis guéri par extractions dentaires et traitement de caries infectées et rappelle de très nombreux cas d'iridocyclite, de choroïdites, guéris de même manière.

Il faut signaler aussi des troubles sensitifs accompagnés en même temps de troubles moteurs oculo-palpébraux, semblablement guéris. Il faut, toujours d'après J. Sedan, citer des cas de dilatation et rétrécissement pupillaires, troubles vaso-moteurs de la conjonctivite, de la choriorétine, troubles sécrétoires, angiospasmes rétiniens avec cécité temporaire. Tous ces états guérissant par avulsion ou traitement dentaire, alors que tout autre traitement avait échoué. La pelade de Jacquet, certaines cavités partielles sont couramment confiées à l'odonto-stomatologiste avec succès. Il y a peu de temps un médecin de mes amis me confia une de ses patientes pour traitement dentaire. Elle souffrait d'une arthrite du genou, qui disparut après traitement des dents.

De ce qui précède, il résulte que médecins praticiens et stomatologistes, doivent être en collaboration étroite pour le plus grand bien des malades et pour le bon renom de la médecine. En utilisant fréquemment le concours du stomatologiste, le médecin praticien trouvera une thérapeutique aussi efficace que rapide.

(1) Oral sepsis in its relationships to sysyemic diseases. C. V. Mosby, 1918.

Pour la pharmacie, il y a eu depuis cinq ans une augmentation de 100 % du nombre des étudiantes et qui aboutit actuellement à un embouteillage. Cette profession, fort intéressante, il y a quelques années, ne l'est plus guère que pour celles qui ont un capital pour acheter une pharmacie. » (Andrée BLOMME. Les carrières pour jeunes filles. *L'Écho de Paris*, 30 mars 1935.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Médecine infantile

La vieille question des vomiques chez l'enfant a été rajeunie par la radioscopie, le lipiodol et les progrès de la chirurgie pulmonaire.

L'abcès du poumon, qui passe pour rare, est cependant la cause la plus fréquente des vomiques ; il s'agit habituellement d'un abcès aigu. L'examen bactériologique montre, dans la plupart des cas, la présence du pneumocoque. L'examen radiologique donne une tache claire, ovoïde, verticale, avec ou sans ligne de niveau, suivant que l'évacuation du liquide a été plus ou moins complète. Le lipiodol, introduit par la voie bronchique, ne pénètre pas dans la cavité de l'abcès.

Les pleurésies enkystées constituent également une cause fréquente de vomiques ; il s'agit en général de pleurésies à pneumocoques, mais on trouve également des observations de pleurésies à streptocoques et de pleurésies tuberculeuses. Il est difficile de faire le diagnostic exact si l'on n'a pas recours à la radiologie. L'examen au lipiodol permet d'éliminer la dilatation bronchique.

Les dilatations bronchiques représentent la troisième cause la plus importante. Le lipiodol lève tous les doutes en montrant l'augmentation de calibre et les déformations bronchiques.

Les autres variétés de vomiques sont beaucoup plus rares.

Au point de vue thérapeutique on peut distinguer des vomiques à évolution favorable, véritablement curatives et des vomiques à évolution défavorable qui apparaissent comme une complication et une aggravation de l'affection initiale ; ce sont ces dernières qui bénéficient de la chirurgie.

(Charles Gardère et Damez. Les vomiques chez l'enfant. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1935.)

Pathologie coloniale

La fréquence de la rage au Maroc est attestée par l'activité des instituts antirabiques : Rabat, 900 personnes traitées en 1930, 9 décès ; Tanger, 54 personnes traitées en 1931 ; les Espagnols ont également 5 instituts : Tanger, Larache, Ceuta, Melilla, Villa Sanjurjo.

Les chiffres officiels sont certainement très inférieurs à la réalité ; l'augmentation des cas qu'ils indiquent paraissent dus tant aux progrès de la déclaration et de l'enregistrement qu'a ceux de la maladie.

La rage parait presque exclusivement transmise par le chien et le chat ; le chacal ne figure dans les statistiques qu'à titre exceptionnel.

Le virus marocain se montre d'une grande banalité et ne diffère en rien de celui de l'Europe occidentale ; il n'y a donc pas à envisager de renforcement du traitement pasteurien.

(P. Remlinger et J. Bailly. La rage et le virus rabique au Maroc. *Maroc Médical*, 15 février 1935.)

Une enquête sur la malaria au Yunnan a révélé l'existence de foyers endémiques où les index spléniques atteignaient 80 %.

La région d'hyperendémicité s'étendait de la frontière à la Boucle ; de ce point à Yunnanfou il n'y a plus qu'un paludisme bénin.

Une prospection, effectuée en janvier 1934, a permis de découvrir les espèces suivantes : *A. minimus, maculatus, aitkenii, lindesayi*.

Une deuxième prospection en août-septembre 1934 a aidé à compléter le tableau de la faune anophélienne ; on a découvert d'autres espèces : *A. sinensis, vagus, culicifacies, jeyporiensis*.

(H. Gaschen. Recherches entomologiques dans la province du Yunnan. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre 1934.)

Chirurgie de guerre

« Vingt ans ont passé et l'examen des victimes de guerre nous réserve encore des surprises.

Tel est le cas de dix blessés atteints dans la région de la tête et présentant un syndrome subjectif, dont la réalité était mise en doute ; ce n'est que quinze et vingt ans après que la radiographie révèle la présence insoupçonnée de projectiles intracérébraux. Chez deux autres blessés trépanés le projectile intracrânien était également resté méconnu.

De cette série d'observations il y a lieu de tirer un certain nombre d'enseignements.

Il faut insister tout d'abord sur l'indication formelle qu'il y a à pratiquer l'examen radiographique systématique de toute blessure de la tête.

La tolérance immédiate de ces corps étrangers a été remarquable : six blessés ont continué la campagne. Il faut noter également la prolongation de cette tolérance dans le temps, ce retard exclut par lui-même l'hypothèse d'une psychose de revendication.

Le syndrome subjectif de ces blessés s'accompagne de deux signes objectifs : 1° une solution de continuité sur la boîte crânienne, mais très discrète et parfois cicatrisée, qui a permis la pénétration du corps étranger ; 2° un corps étranger intracérébral. Le décret du 22 février 1929 accorde : 1° un taux d'invalidité de 20 à 50 % pour le syndrome subjectif commun des blessures du crâne, sans que soit mentionnée l'importance ou même l'existence d'une brèche osseuse ; 2° un taux d'invalidité de 20 à 60 % dans le cas de persistance de corps étranger intracrânien, même s'il n'y a aucun phénomène surajouté.

Tout projectile abandonné ou méconnu est un grave point d'interrogation pour l'avenir des blessés du crâne ; on peut craindre les troubles dus à l'exagération du processus de cicatrisation ou au réveil d'une infection latente.

(Mutel. Les projectiles intracrâniens méconnus. *Revue médicale de l'Est*, 1er février 1935.)

Gynécologie

L'insuffisance ovarienne grave non compensée se manifeste par des signes cliniques (modification des caractères sexuels secondaires, troubles vaso-moteurs intenses, troubles psychiques) particulièrement gênants, qui résistent à l'opothérapie et à la thérapeutique symptomatique.

Le traitement chirurgical est ainsi indiqué.

Contre les divers types d'insuffisance ovarienne observés aux différents âges de la vie, le chirurgien peut employer :

1° La greffe ovarienne ;

2° Les opérations sur l'appareil d'innervation utéro-ovarien ;

3° Les opérations indirectes portant sur des organes éloignés (appendice, fosses nasales) ou sur d'autres glandes endocrines (thymus, surrénale, thyroïde).

La conclusion dépasse de beaucoup le cadre de cette étude et doit être citée pour la largeur de vues qu'elle traduit :

> Dans ce domaine la chirurgie a quelque peu devancé la physiologie, son guide habituel. Loin de nous la pensée de critiquer cet empirisme ; ces louables tentatives, d'ailleurs bénignes, en nous donnant des *victoires de hasard* ont ouvert le champ à nos investigations et à nos espérances. Pour pouvoir un jour établir des lois qui nous assureront des *victoires de certitude* ; il nous faut, pour l'instant, accumuler des faits positifs et négatifs. Car seule peut progresser la science qui entreprend et persévère, même quand les résultats ne correspondent pas toujours à ses espérances et à son effort.

(G. Jeanneney. Que peut la chirurgie contre l'insuffisance ovarienne ? *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 mars 1935.)

Obstétrique

Les indications de la césarienne basse sont extrêmement larges ; on peut opérer malgré la rupture de la poche des eaux, malgré un travail avancé, malgré l'infection débutante.

Dans la pratique l'accouchement dystocique sera conduit de la façon suivante :

En cas de bassin nettement rétréci, l'accouchement étant impossible, il faut faire la césarienne dès le début du travail, dès les premières douleurs.

Dans les bassins limités la césarienne basse rend de grands services en permettant l'épreuve du travail.

Grâce à la césarienne basse l'obstétrique est considérablement simplifiée.

(Jean Duval. Réflexions sur cinquante césariennes faites sans mortalité. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, mars 1935.)

Ophtalmologie

L'œil diabétique totalise un certain nombre de lésions : iritis, troubles hémorragiques du vitré, rétinite, cataracte, qui sont, dans l'ensemble, commandées par les altérations vasculaires.

Le pronostic visuel est assez sombre. La vision peut se trouver gravement compromise par l'apparition d'une thrombose de la veine centrale ou perdu par le fait du glaucome hémorragique.

Il importe de pratiquer systématiquement et de renouveler à intervalles réguliers l'examen ophtalmologique des diabétiques, pour y dépister les manifestations annonciatrices de complications.

(Paul Bonnet et Louis Paufique. Les manifestations du diabète sur l'appareil visuel. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1935.)

Thérapeutique

Le vaccin antiméningococcique a été employé avec succès dans un cas de septicémie méningococcique.

Le 19 septembre une petite fille de deux ans et demi présente la symptomatologie d'une méningite aiguë ; une ponction lombaire ramène du liquide purulent ; on injecte dans le canal rachidien du sérum antiméningococcique.

Le 20 septembre l'enfant entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Une ponction lombaire montre une polynucléose abondante, avec méningocoques et disparition du sucre ; la sérothérapie intrarachidienne est continuée ; on y adjoint du sérum intramusculaire ; une amélioration clinique se manifeste et le 26 septembre on pense à la guérison. Le 29 une ascension thermique et des signes méningés graves remettent tout en question ; le 30 la situation est rétablie. Alors commence une période de clochers, correspondant à des poussées analogues et séparées par deux jours d'apyrexie. Reprise de la sérothérapie sans aucun résultat. On se trouve en présence d'une septicémie méningococcique.

Le 7 octobre on pratique une injection d'un quart de centimètre cube de vaccin antiméningococcique, suivie d'une réaction extrêmement violente ; nouvelle injection le 15, suivie d'une troisième le 19. A partir de ce moment la température est régularisée et les signes graves disparaissent. Deux piqûres supplémentaires ont été faites.

Cette heureuse utilisation d'un vaccin peu employé a permis d'obtenir un succès dans des circonstances à pen près désespérées.

(Amsler et Galory. Un cas de septicémie méningococcique guéri par le vaccin antiméningococcique. *Archives médicales d'Angers*, février 1935.)

L'acide tannique a une action efficace et rapide dans les brûlures.

Dans un cas de brûlures étendues du pied du deuxième et du troisième degrés, on a donné un bain, d'une durée de quatre heures, dans une solution à 5 %.

Les résultats furent des plus brillants : guérison en douze jours.

Cette méthode est à signaler pour sa facilité d'emploi.

(Hamant et Chalnot. Brûlures du pied. *Revue médicale de l'Est*, 1er février 1935.)

Aphorisme

La médecine est une science d'humilité (F.-J. Traissac, de Bordeaux).

L'étude de la médecine sans le malade parait aussi vaine que celle de l'anatomie sans cadavre ou de l'anatomie pathologique sans microscope. (J. Doche, de Tonneind).

J. Lafont.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ
VINCENT

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Médecine générale

L'étiologie tuberculeuse du rhumatisme, établie par l'Ecole de Poncet et Leriche, puis critiquée et tombée en disgrâce, est revenue à l'ordre du jour à l'occasion des travaux de Lowenstein sur l'hémoculture.

L'observation d'un homme de 38 ans, atteint de tuberculose pulmonaire ouverte et rhumatisme articulaire chronique, conclut au rapport de ces deux affections, en se basant sur les trois raisons suivantes :

1° La loi générale de la fréquence de l'identité de nature des lésions chez un sujet atteint d'une affection déterminée;

2° Le phénomène assez étrange, mais souvent noté, du balancement des lésions tuberculeuses et du rhumatisme ;

3° L'absence probable de toute autre cause que la tuberculose pour expliquer le syndrome rhumatismal chronique.

L'auteur est un peu étonné, avec raison d'ailleurs, qu'après avoir tant insisté sur l'importance des infections focales dans l'étiologie du rhumatisme on oublie, si facilement, une des infections les plus fréquentes et les plus polymorphes qui soient : la tuberculose.

(R. Desmeules. Rhumatisme chronique d'origine tuberculeuse probable. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, janvier 1935.)

L'éclosion du scorbut chez l'adulte est rendue très difficile, dans les pays civilisés, grâce aux conditions sociales et économiques et au développement de l'hygiène privée ; pourtant il en existe quelques cas sporadiques, causés par un concours de circonstances spéciales ; aussi est-il intéressant d'en signaler trois cas, observés de 1932 à 1934 à la Clinique médicale de l'Université de Liége (Professeur de Beco) ; ils mettent en lumière la possibilité d'apparition des accidents graves de l'avitaminose pour peu qu'on néglige les règles élémentaires de l'hygiène alimentaire.

Premier cas. — Un *célibataire* de 65 ans. Il vit seul et prépare lui-même ses repas. Au cours des derniers mois de 1931 il a consommé la récolte de pommes de terre et de légumes de son jardin. Cette maigre provision épuisée, il ne s'est nourri depuis six mois que de pain blanc, de viande, de café et de sucre raffiné. Il est donc certain que pendant plusieurs mois ce malade a été soumis à un régime pauvre ou exempt de vitamine C. L'état s'est rapidement amélioré par un régime de 1.500 c.c. de lait, 300 grammes de pommes de terre en purée, autant de legumes verts et de compote de pommes ; il prend en outre, le jus de trois citrons.

Deuxième cas. — Un *veuf* de 71 ans. Depuis huit ans il se nourrit de viande et de pain ; très rarement il mange un fruit et il ne consomme jamais de légumes. Le malade guérit en un mois avec un régime mixte, comprenant beaucoup de légumes verts et de citrons.

Troisième cas. — Un *divorcé* de 53 ans. Depuis six mois, il se nourrit de : un kilo de pain par jour ; deux kilos de viande de cheval, un kilo de pois cassés par semaine ; pour varier, il s'achète de temps en temps, de la charcuterie, des œufs, du lard, de la viande ou du poisson de conserve, des pommes de terre frites ; pendant dix-sept mois il n'a mangé ni légumes frais, ni fruits, ni beurre. On donne le menu ordinaire mixte, avec 250 grammes de légumes verts et deux citrons; le malade part en bon état un mois après.

Ces trois cas auraient pu être méconnus, si l'on n'avait pas fouillé l'anamnèse ; il est à remarquer que les conditions étiologiques étaient identiques : hommes ayant dépassé la cinquantaine, vivant seuls et soumis à un régime pauvre en vitamines.

(A. Lambrechts et A. Bodson. *Scalpel*, 15 décembre 1934.)

Tuberculose

La question de la contagion de la tuberculose est le sujet d'une excellente revue critique du specialiste portugais Raul de Faria.

Il accorde plus de valeur aux faits cliniques qu'aux calculs algébriques et conclut à la nécessité d'une saine compréhension des deux facteurs : contagion et hérédité, qui doivent être associés et non opposés.

La contagion de la tuberculose est surabondamment démontrée, tant chez l'enfant que chez l'adulte, au point de vue doctrinal aussi bien que clinique, sans le moindre doute : ce n'est pas avec des équations qu'on établit une théorie de l'hérédité... ou qu'on résout des problèmes cliniques. Il est universellement admis que la tuberculose est une affection contractée pendant l'enfance et se présentant sous la forme ganglionnaire...

On doit toutefois admettre une hérédité de la tuberculose, mais sous un aspect limité, comme conférant à l'organisme des possibilités de défense et non des facilités de réception, de telle sorte qu'un fils de tuberculeux se défend mieux contre le bacille de Koch que le fils de parents indemnes.

Cette trop brève citation suffit à montrer comment une étude claire et documentée peut dissiper les brumes, qui entourent encore une question d'une importance capitale.

(Raul de Faria. Contagio e hereditariedade da tuberculose. *Medicina*, juin 1934.)

Au point de vue pathogénique de la tuberculose, la vie entière d'un individu est simplement l'histoire de la lutte pour établir et maintenir une bonne défense contre la tuberculose.

On s'est surtout occupé des conditions physiques du sujet, du milieu dans lequel il évolue, de la contagion, etc... Le phtisiologue américain Miles J. Breuer met en relief l'importance du facteur psychique ; sur les 100 derniers malades qu'il a examinés, 34 présentaient ce facteur psychique à l'origine de leur affection.

La vie moderne a, pour produire la tuberculose, de nouvelles méthodes qui s'ajoutent à l'encombrement, au manque d'air, de lumière et de nourriture. La période d'hypertension mentale que nous traversons est actuellement un état de non-adaptation et la tuberculose est une des pénalités.

Parmi les cinq cas brefs de troubles psychiques rapportés, deux nous semblent particulièrement caractéristiques :

Obs. 2. — Femme de 32 ans ; large zone exsudative au sommet gauche, cavité possible. Deux enfants, 9 et 11 ans. Le mari est inspecteur d'assurances et travaille énormément. Il y a quelques années elle a trouvé dans ses poches les lettres d'une femme d'une autre ville et des poésies qu'il avait composées pour cette femme. Grâce à cette découverte elle put lire les vers et se regaler de la description de la beauté et des charmes d'une rivale. Toutefois elle n'a pas voulu divorcer. Sous l'influence du traitement à la Clinique et d'une occupation hors de chez elle et loin de lui, elle a fait des progrès et guérira probablement.

Obs. 5. — Homme de 32 ans, célibataire, fermier. Lésions prolifératives étendues. Travaille seul et vit seul. Il apporta un jour un échantillon de sucre, dans lequel il se plaignait qu'un voisin eût mis du poison, qui lui donnait des douleurs à la poitrine et à l'estomac. Il accusait ses voisins de divers méfaits : incendie de ses meules, coups de browning tirés sur lui la nuit, empoisonnement de ses cochons. Son aspect est morose et déprimé... il s'agit probablement d'une démence précoce fruste. Il va probablement tenir encore quelques années avant de succomber à la tuberculose.

(Miles J. Breuer. The psychic element in the ætiology of tuberculosis. *American review of tuberculosis*, février 1935.)

Accidents du travail

On a enregistré 751 accidents du travail chez les assurés sociaux de Cluj (Roumanie) pendant la période 1919-1930 ; 701 (93,3 %) chez les hommes et 50 (6,6 %) chez les femmes.

En ce qui concerne ces cinquante accidents, dix-sept concernent des jeunes filles de 19 à 22 ans et vingt-neuf consistaient en traumatismes des membres, ce qui montre l'importance de la non-spécialisation et de l'inattention.

Parmi les hommes les apprentis blessés sont assez nombreux ; vingt-six avaient 20 ans ; la fréquence diminue sensiblement à partir de 40 ans ; mais on a compté cependant dix-huit accidents au-dessus de 65 ans.

(Coriolan Cotretiu. Accidentele de munca la casa de adigurari sociale din Cluj. *Revista de igiena sociala*, janvier 1935.)

Thérapeutique

Les sels d'or, en association avec la méthode collapsothérapique, sont particulièrement indiqués dans les formes graves.

G. Corbalan Trumbull, de Santiago-du-Chili, donne les observations de dix tuberculeux dans une étude très intéressante par les perspectives thérapeutiques qu'elle ouvre aux spécialistes.

Les quatre premières observations présentent les mêmes caractéristiques : lésions étendues d'un côté et discrètes de l'autre, aurothérapie avant et pendant la collapsothérapie du côté le plus atteint. Disparition des lésions du poumon le moins touché, ce qui permet au pneumothorax d'agir efficacement sur le côté le plus lésé.

Dans le cinquième cas les sels d'or ont freiné l'évolution et permis de tenter une phrénicectomie.

Dans les cas 6, 7 et 8 on assiste à une des complications les plus graves de la collapsothérapie, la bilatéralisation des lésions ; l'aurothérapie est en général suffisamment active pour enrayer l'évolution du côté opposé au collapsus.

Dans les deux derniers cas apparaît l'influence néfaste de la collapsothérapie sur la réactivation des lésions du côté opposé.

L'auteur recommande l'association or-morrhuate d'éthyle ; l'or a une action élective sur les foyers tuberculeux et le morrhuate d'éthyle possède des propriétés antitoxiques spécifiques.

(Gonzalo Corbalan Trumbull. La asociation de las sales de oro a la colapsoterapia en tuberculosos graves. *Revista medica de Chile*, décembre 1934.)

Chaque variété de l'extrasystole comporte une thérapeutique qui lui est propre.

Chez le nerveux on cherche à ramener le tonus normal soit du sympathique soit du pneumogastrique : le brome, sous toutes ses formes, est la médication par excellence.

Chez le gastropathe la thérapeutique doit surtout s'adresser au tube digestif.

L'extrasystole des dysendocriniens se limite pratiquement aux affections qui frappent la thyroïde et l'ovaire ; l'iode pour le Basedow, l'opothérapie pour l'ovaire sont nos meilleures armes.

L'extrasystole est souvent un des signes avant-coureurs de la défaillance cardiaque et ne cède qu'à la thérapeutique cardio-tonique ; la digitale, que l'on accuse si souvent de provoquer l'extrasystole, peut, dans certaines conditions, la faire disparaître.

(Edouard Frommel. La thérapeutique de l'extrasystole. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 janvier 1935,)

Parmi les nouveautés chimiques à recommander dans le traitement de l'ulcus gastrique il faut citer les injections intraveineuses d'une solution de citrate et de bicarbonate de soude à 12 %.

Les injections intraveineuses de calcium ou de benzoate de soude sont également utiles.

La vaccinothérapie est très efficace.

(F. Bascompte Lakanal. Ideas modernas sobre el tratamiento del ulcus. *Archivos del Instituto de medicina pratica*, janvier 1935.)

Le bismuth à lui seul ne constitue pas un agent médicamenteux suffisamment actif pour soigner les syphilis récentes. Des doses théoriquement suffisantes peuvent donner une sédation des symptômes cliniques et une disparition des séro-réactions spécifiques, bientôt suivies d'une nouvelle poussée.

Le mieux, dans les syphilis récentes, est de faire une cure mixte arsenic-bismuth, chacun des deux médicaments étant administré comme s'il était donné seul.

(Craps. A propps de l'emploi abusif du bismuth dans le traitement de la syphilis récente. *Bruxelles Médical*, 3 mars 1935.)

Il semble de prime abord paradoxal de préconiser le traitement marin dans le rhumatisme chronique.

L'eau de mer chauffée peut être employée sous forme de bains, de douches, d'affusions, d'applications locales, avec de bons résultats et l'hydrothérapie il convient d'ajouter les divers procédés physiothérapiques, tels que bains de vapeur et de lumière, rayons rouges, diathermie, massage et gymnastique.

(Bagot père. Traitement marin du rhumatisme chronique. *Annales de médecine physique et de physio-biologie*, 1935, fasc. 2.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1935

L'allergie syphilitique expérimentale. Les formes discrètes de réinoculation. — *MM. Charles Richet* fils, *Jean Dublineau* et *Mme Michel.* — Chez les animaux, inoculés au préalable avec du virus P. G., du virus Truffi Murin ou du Truffi lapin atténué, une inoculation seconde avec du virus Truffi lapin normal, si elle est suivie parfois d'une syphilis normale (*anallergie*), si elle détermine souvent une syphilis hypertrophique (*hypersensibilité allergique*), peut également ne provoquer qu'une syphilis discrète. Cette diminution des symptômes prouve une *immunité allergique* plus ou moins complète.

Les degrés dans la syphylis décapitée ou dissociée paraissent être les suivants : 1° absence de chancre et de Meinicke ; 2° absence de chancre mais positivité du Meinicke ; 3° chancre sans tréponèmes avec Meinicke positif ou non ; 4° chancre avec tréponèmes le Meinicke restant négatif.

Si la syphilis est simplement atténuée, on observera un ou plusieurs des signes suivants : incubation prolongée ; petitesse du chancre ; évolution rapide ; atténuation du Meinicke qui est peu intense et peu durable. Le virus est atténué, mais son activité peut être récupérée par passages successifs. L'immunité conférée par ces infections atténuées est en général peu marquée et peu durable.

Essai de traitement des intoxications par l'oxyde de carbone à l'aide du bleu de méthylène en injection intraveineuse associé aux inhalations de carbone. — *MM. H. Limousin* et *Bernard-Griffiths* rapportent une observation d'intoxication brutale par le gaz d'éclairage, avec séjour prolongé de vingt heures dans l'atmosphère nocive donnant lieu à un coma complet avec cyanose, et sans fièvre au moment du traitement.

Le traitement suivant est institué d'urgence :

1° Injection intra-veineuse de 50 cent. cubes de solution de bleu de méthylène à 1/100, dans les veines du pli du coude droit ;

2° Saignée de 400 cent. cubes au pli du coude gauche ;

3° 2 cent. cubes d'huile camphrée intra-veineuse, injectés très lentement en deux minutes ;

4° Pendant ces diverses opérations : au moyen de l'appareil de Cot, inhalations de carbogène, toutes les vingt minutes, et d'une durée de dix minutes environ, puis inhalation de plus en plus espacée et durant cinq minutes environ. La fréquence des inhalations dépend de la diminution de l'amplitude respiratoire. On remarque que l'inhalation de carbogène a une action immédiate sur la reprise respiratoire.

Ce traitement ramène la conscience en moins de vingt-quatre heures. Toute complication pulmonaire ou cardiaque est évitée. Il ne persiste comme séquelle, près de quinze jours après l'intoxication, qu'une très légère parésie au niveau du membre supérieur droit, que l'on peut attribuer vraisemblablement au fait que la malade est restée couchée sur ce côté pendant toute la nuit où a eu lieu l'intoxication.

Note sur les causes de la mortalité en France. — *M. Alexandre Roubakine* répond à la dernière communication de *M. Ch. Richet* et conclut en disant : le seul problème pour la science, pour la santé de l'humanité et pour un avenir meilleur est le problème de la lutte contre la mortalité. Mais cette lutte sera toujours insuffisamment efficace dans le cadre de la structure sociale actuelle.

A propos de la question de la natalité : La réalité médico-sociale doit-elle être connue ou cachée ? — *M. Alexandre Roubakine* répond à *M. Rist.*

Elimination et localisation des molybdates d'ammonium et de sodium chez le chien. — *MM. F. Caujolle* et *P. Roche*. — Les molybdates d'ammonium et de sodium administrés au chien par voie intra-veineuse, s'éliminent par l'urine et les fécès (bile, salive) ; le molybdène se localise électivement au niveau des émonctoires : rein, foie. Les molyb-


PRIMUM NON NOCERE
Aucune contre-indication

dates de NH^4 et Na même à doses relativement élevées ne déterminent pas d'accidents immédiatement mortels.

Etude d'un champignon levuriforme nouveau isolé d'une dermatocytose tropicale. — *MM. A.* et *R. Sartory*, *J. Meyer* et *R. Weiss.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1935

Hernie diaphragmatique. — *M. Auvray* se préoccupe de l'avenir des opérés de hernie diaphragmatique. Il donne en particulier des renseignements sur un blessé opéré par lui en 1917 ; celui-ci est décédé de tuberculose pulmonaire en 1934. M. Auvray croit que les séquelles de ces graves opérations sont fréquentes.

M. Mauclaire croit que les récidives sont assez fréquentes.

M. Quénu rappelle que les pleurésies herniaires tuberculeuses sont loin d'être une rareté.

Exclusion pylorique. — *M. D'Hallaines* relate l'histoire d'un malade opéré par exclusion gastro-pylorique qui fit, vingt jours après, un ulcère peptique et perforé du jéjunum, dont il mourut.

Evipan sodique. — *M. Moure* rappelle que cette méthode d'anesthésie n'en est plus à la période expérimentale. Il insiste aussi sur la nécessité de calculer la dose personnelle de chaque malade, de pousser lentement l'injection.

Thyroïdectomie dans les insuffisances cardiaques. — *MM. Lian, Welti* et *Facquet* rappellent les principes de cette méthode, préconisée par les chirurgiens américains. Ils l'ont utilisée trois fois avec bons résultats.

Malformation initiale du bec-de-lièvre. — *M. Veau* pense que le bec-de-lièvre n'est pas un arrêt de développement des bourgeons de la face. Il croit que l'opinion de Pfleischmann est la vraie.

Fracture des deux os de l'avant-bras. — *M. Auvray* rapporte un travail de *MM. Perves* et *Badelon* qui concluent que le traitement orthopédique est capable de donner de très bons résultats.

Séance du 3 avril 1933

Artériographie. — *M. Dos Santos* a pratiqué 431 artériographies des membres, la plupart avec le thorotrast. Les accidents observés ont eu lieu avec d'autres produits, excepté les passgers,

Effondrement traumatique tardif de la colonne lombaire. — *M. Alajouanine* montre par des radiographies successives, les étapes de ce syndrome d'effondrement vertébral post-traumatique. Les lésions siégeaient au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires.

M. Leriche rappelle l'existence des ostéoporoses post-traumatiques secondaires à la vaso-dilatation. Elles engendrent des douleurs et de l'impotence. Les traumatismes, même sans fractures, peuvent déterminer des ostéomes et des hyperostoses.

MM. Mathieu et *P. Duval* estiment que, dans le cas de M. Alajouanine, il s'agit d'une ostéomyélite vertébrale.

MM. Sorrel et *Richard* insistent sur les difficultés de diagnostic de certaines arthrites vertébrales.

Embolie artérielle. — *M. D. Ferey* (de Saint-Malo) présente un cas d'embolie de l'artère axillaire et de l'humérale gauche. On fit successivement une sympathectomie axillaire, une artériectomie humérale, et finalement une désarticulation du coude après gangrène de la main et de l'avant-bras.

M. Soupault expose l'observation d'une femme qui, opérée d'une grossesse extra-utérine, fit une thrombose de l'artère iliaque externe. Résection partielle ilio-fémorale. Gangrène partielle du pied.

M. Mathieu a observé un cas d'embolie fémorale chez une femme atteinte de cardiopathie. Une artériectomie de 15 cm, après un court espoir, a dû cependant être suivie d'une amputation de cuisse, un second embolus obstruait le tronc tibio-péronier.

Luxation obturatrice de la hanche. — *M. Schwartz* présente ce malade chez lequel il fit une résection par la tabatière d'Ollier. Bon résultat datant de cinq ans.

Gastroscope. — *M. Proust* présente un gastroscope rigide, mais protégé par un manchon de caoutchouc.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1935

Syndrome ostéomusculaire très amélioré par la parathyroïdectomie. — *MM. Ch. Richet, M. Sourdel, A. Pergola* et *Jarousse.*

Deux cas de septico-pyohémie à bacillus funduliformis, dont un terminé par la guérison spontanée. — *MM. A. Lemierre* et *André Meyer* rapportent deux cas de septico-pyohémie à bacillus funduliformis compliqués tous deux de déterminations pulmonaires. L'un d'eux se termina par la mort. L'autre guérit spontanément. Il semble que les septicémies à bacillus funduliformis soient plus fréquentes qu'on ne le pensait jusqu'alors et que certaines d'entre elles puissent évoluer favorablement.

M. Hallé rappelle un cas ancien de septicémie à bacillus funduliformis qui se manifesta sous la forme d'un ictère grave, secondaire à une otorrhée chronique.

M. Lemierre souligne la relative fréquence de l'ictère dans la symptomatologie de ces septicémies à bacillus funduliformis.

Les modifications de l'angle d'impédance sous l'influence de l'action de la thyroxine. — *MM. Sainton* et *Lamy* montrent que l'angle d'impédance est modifié par l'injection de thyroxine qui l'élève. Il est par contre indépendant de l'état neuro-végétatif.

Etude expérimentale des lésions du névraxe consécutives aux chocs anaphylactiques répétés et aux injections réitératives espacées d'albumines étrangères. Sur quelques considérations pathogéniques applicables à la neuro pathologie humaine. — *MM. Raymond Garcin, Ivan Bertrand, R. Laplane* et *P. Frumusan* montrent quelques aspects histologiques des lésions qu'ils ont observées au niveau des centres nerveux du lapin et du cobaye consécutivement à des chocs anaphylactiques répétés et à l'introduction réitérative espacée d'albumines étrangères (sérum humain). Ces lésions consistent surtout en réactions méningées, nodules microgliques, figures de neuronophagie, liquéfaction cellulaire, observées la plupart chez des animaux sacrifiés en pleine santé apparente. Rapprochant leurs constatations anatomiques expérimentales de celles de Dechaume et Croizat, les auteurs sont amenés à penser que des variations circulatoires brusques et répétées, des perturbations humorales réitératives, qu'elles soient d'ordre anaphylactique ou non, sont peut-être à même de réaliser au niveau du névraxe des lésions subaiguës, amorce de scléroses ultérieures ou de dégénérescences cellulaires pour lesquelles on recherche en vain un facteur originel toxique ou infectieux. La personnalité biologique de l'individu paraît intervenir pour décider des échéances anatomiques de ce processus qui apparaîtrait ainsi très général dans son essence et très personnel dans ses méfaits.

Ostéoporose circonscrite du crâne (maladie de A. Schüller). — *MM. Georges Guillain, R. Ledoux-Lebard* et *J. Lereboullet* présentent une malade atteinte d'une affection spéciale, l'ostéoporose circonscrite du crâne, dont aucune observation n'a été encore relatée dans la littérature française. Cette affection, isolée en 1926 par A. Schüller, ne doit pas être confondue, par une terminologie erronée, avec la maladie de Schüller-Christian.

Leur malade est atteinte depuis plusieurs années d'un syndrome douloureux crânien très accentué avec des crises paroxystiques d'une acuité extrême ; les paroxysmes sont tantôt spontanés, tantôt provoqués par les mouvements de la tête ou les efforts physiques. Un tel tableau clinique rappelait celui des tumeurs de la fosse postérieure, mais on ne constatait aucun signe neurologique, aucun syndrome d'hyperten-

sion, le liquide céphalo-rachidien était normal, il n'y avait pas de stase papillaire. L'examen radiographique montra des lésions osseuses consistant en d'enormes lacunes bilatérales des os pariétaux et de l'occipital ; les zones de décalcification sont à bords nets, polycycliques et d'un aspect tout à fait spécial sur les artériographies. Les lésions osseuses sont exactement limitées au crâne, le reste du squelette est normal. Une biopsie a montré des lésions anatomiques osseuses rappelant celles de l'ostéite de Recklinghausen.

Les auteurs discutent la nature de ces lacunes dont ils n'ont retrouvé aucun exemple dans leur collection. Ils montrent qu'il ne peut s'agir d'ostéite tuberculeuse ou syphilitique, de lymphogranulomatose, de myélomes, de tumeurs métastatiques, de méningiome, de maladie osseuse de Recklinghausen classique. Leurs radiographies sont absolument similaires à celles publiées par A. Schüller dans sa description de l'ostéoporose circonscrite ; il en existe une vingtaine de cas dans la littérature internationale. Cette affection, que certains auteurs ont considéré comme une forme atypique de la maladie de Paget, paraît toutefois avoir une autonomie spéciale et mérite d'être isolée en nosographie.

M. Alajouanine insiste sur la nécessité de pratiquer systématiquement des radiographies du crâne chez tout malade, présentant une céphalée rebelle de cause indéterminée. Cette pratique permet parfois de découvrir la lésion (maladie de Paget localisée au crâne, ossification de la faux du cerveau etc...) entraînant la céphalée qui peut en constituer le seul symptôme.

M. Armand-Delille a observé chez un enfant une ostéoporose crânienne symétrique dont le diagnostic n'a pu être posé que sur la vue des radiographies.

Ombre triangulaire bacillaire droite juxta-médiastinale avec bronchiectasies chez une jeune fille présentant des expectorations bacillifères. — *M. P. Jacob* présente l'observation d'une jeune fille hospitalisée pour une poussée tuberculeuse récente fébrile, avec bacilles de Koch dans l'expectoration, chez laquelle l'examen radiologique ne révélait qu'une ombre opaque en forme de triangle rectangle à hypotension rectiligne allant du hile au milieu de l'hémidiaphragme droit. Ayant éliminé les deux diagnostics possibles de lobite cardiaque tuberculeuse et de pleurésie médiastinale tuberculeuse avec cortico-pleurite, il en arrive à penser à une ombre de sclérose pulmonaire ancienne avec pachypleurite et dilatation des bronches analogue aux images etudiées en 1927 pour la première fois por Rist, Jacob et Trocmé et observées depuis par de nombreux auteurs. Une injection de lipiodol confirme ce diagnostic en montrant que l'ombre triangulaire est occupée par un faisceau de bronches dilatées.

La malade ayant, au moins en apparence, guéri rapidement de l'incident tuberculeux sans que l'image radiologique se soit modifiée, l'auteur pense qu'il s'agit de bronchectasies datant de l'enfance, peut-être d'origine hérédo-syphilitique, surinfectées par le bacille de Koch.

MM. Pichon et *Lereboullet* rappellent que ces images radiologiques triangulaires opaques sont banales chez l'enfant ; elles siègent presque toujours à droite et sont indiscutablement en rapport avec des bronchectasies.

M. Jacob croit que si la fréquence de telles images parait plus grande à droite qu'à gauche, cela tient à ce que les triangles opaques gauches sont plus difficiles à déceler de ce côté, masqués qu'ils sont en grande partie par l'ombre cardiaque.

M. Hallé fait remarquer que le diagnostic de bronchectasie peut parfois se discuter avec celui de péricardite, en présence de l'une de ces images radiologiques.

Poliomyélite antérieure aiguë à début méningé diagnostiquée tardivement par l'apparition d'une paralysie des muscles abdominaux. — *MM. Alajouanine, A. Thurel* et *Boudin* présentent un cas de poliomyelite antérieure aiguë avec paralysie localisée aux muscles de la paroi abdominale. La paralysie abdominale n'a été reconnue que tardivement ; jusqu'alors la nature des manifestations initiales restait indéterminée. La réaction méningée du début faisait songer à la tuberculose chez un adolescent avec passé pulmonaire. Après rétrocession de la réaction méningée, on en serait resté au diagnostic de méningite lymphocytaire bénigne si l'atteinte de la paroi abdominale n'avait pas été découverte. Il est donc nécessaire, lorsque la question de l'origine poliomyélitique d'une réaction méningée se pose, d'explorer non seulement la motilité et les réflexes tendineux des membres mais aussi ceux des muscles de la paroi abdominale.

Les auteurs insistent sur la séméiologie de la paralysie des muscles de la paroi abdominale qu'ils reprennent et sur son retentissement sur l'appareil digestif.

Recherches sur le système vasculaire périphérique des parkinsoniens. — *MM. Gilbert-Dreyfus, G. Laurence* et *M. Audry* ont pratiqué l'épreuve conjuguée des bains froid et chaud successifs, avec calcul du rapport oscillométrique, chez dix parkinsoniens.

Ils ont été frappés par la fréquence des anomalies réactionnelles, la variabilité des résultats obtenus, leur discordance avec ceux fournis par l'épreuve de Danielopolu.

La signification d'une réaction anormale au bain froid reste obscure ; par contre, les réactions anormales au bain chaud sont hautement significatives. Marchant généralement de pair avec une élévation relative du rapport oscillométrique, l'hyporéaction — uni ou bilatérale — au bain chaud, apparaît comme le témoin obligatoire d'une perturbation vasculo sympathique qui se manifeste cliniquement par des troubles vaso-moteurs, des douleurs à type causalgique et semble favoriser la constitution d'un acrorhumatisme.

L'acrorhumatisme chronique parkinsonien. (Contribution à l'étude des rhumatismes d'origine vasculo sympathique). — *MM. Gilbert-Dreyfus, L. Faulong, G. Laurence* et *M. Audry* rapportent trois observations de rhumatisme chronique de la main apparu au cours de syndromes parkinsoniens. Uni ou bi-latéral, ce rhumatisme identique à lui-même d'un cas à l'autre est nettement défini au point de vue morphologique (déformations de la main selon le type « en flexion » de Charcot, avec hyperextension et même luxation palmaire des articulations phalango-phalanginiennes), du point de vue radiologique (processus de décalcification diffuse, sans altération importante du contour osseux) et du point de vue vasculo-sympathique (causalgie, chaleur et moiteur de la main, élévation relative du rapport oscillométrique, réaction nulle ou inversée au bain chaud),

Les auteurs exposent les arguments qui plaident pour l'origine sympathique de cet acro-rhumatisme systématisé, dont ils ont pu saisir — chez une autre parkinsonienne — les stades prémonitoire et initial. Ils le rapprochent des arthropathies précoces qui compliquent certaines hémiplégies.

M. Decourt rapproche ces rhumatismes des parkinsoniens des arthropathies des hémiplégiques ou des tabetiques qui relèvent également de troubles sympathiques.

Urticaire, œdème de Quincke, arthralgies et ictère. — *MM. L. Ferrabouc* et *A. Jude* ont, chez un sujet, observé en quelques jours la succession de ces quatre syndromes. Ils en concluent que l'ictère du type catarrhal relève parfois de l'anaphylaxie.

Considérations étiologiques et pathogéniques sur la chorée fibrillaire de Morvan, à propos d'un nouveau cas. — *MM. H. Roger* (Marseille), *J. Longchamps* (Toulon) et *J. Alliez* rapportent une deuxième observation personnelle de contractions fibrillaires généralisées avec algies diffuses, sueurs profuses, troubles psychiques à base d'anxiété et d'insomnie, érythème des extrémités.

Faisant le bilan de la dizaine de cas français analogues, publiés sous des titres divers, les auteurs mettent en évidence l'existence, une à quelques semaines avant l'évolution du syndrome clinique, d'une infection locale (orchite dans leurs deux cas) qui est peut-être le facteur mobilisant le virus neurotrope de la chorée fibrillaire de Morvan.

En raison de la prédominance des manifestations vasomotrices et sudorales, ils pensent qu'on doit rattacher les troubles à une infection passagère des centres sympathiques de la base du cerveau.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 25 mars 1935

Souvenirs médicaux de l'Exposition d'Auteuil-Passy. — *M. Jacques Hérissay* signale à l'attention de la Société l'Exposition actuellement ouverte au musée Galliéra — exposition consacrée par la Société historique d'Auteuil et de Passy au passé de ces vieux quartiers.

De nombreux souvenirs médicaux y sont rassemblés et méritent d'être notés.

A Chaillot, le couvent des Bonshommes, fondé par Saint-François-de-Paule en 1492, et qui s'élevait sur le quai, entre les rues actuelles Alboni, Vineuse et Lenôtre, avait au XVIe siècle une apothicaire où les malades de cette région, alors campagnarde, venaient se faire soigner.

Non loin de là, en contre-bas de la rue Raynouard, les eaux minérales de Passy, découvertes au XVIIe siècle, connurent, à partir surtout de 1720, une vogue inouïe : parmi ceux qui y firent des cures, on peut citer Mme de Tencin, J.-J. Rousseau et Franklin.

De nombreuses personnalités médicales surtout vécurent dans cette banlieue que Paris peu à peu devait absorber : Franklin, Cabanis, Orfila, les Blanches Clémenceau... sont les plus célèbres : des autographes, des portraits, des objets personnels permettent d'évoquer leur physionomie dans le cadre où il vécurent et apportent une contribution précieuse à leur biographie.

Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac. — *Le Docteur P. Lemay* qui a retrouvé le registre des séances et la majeure partie des manuscrits de la Société médicale de Bergerac, créée par Maine de Biran, donne un résumé des réunions et rétablit les dates des discours du philosophe, et en particulier de celui qui traitait du système de Gall.

Auparavant il avait donné la biographie de Maine de Biran, né à Bergerac en 1766 et mort à Paris en 1824, et s'est attaché surtout à donner des idées neuves sur son caractère et sur son œuvre. Le Docteur Lemay considère que contrairement à l'opinion accréditée, Maine de Biran relève beaucoup plus du sensualisme et même du matérialisme que du spiritualisme. D'autre part, de l'étude de son journal intime, on peut, à coup sûr, affirmer qu'il était le type parfait du cyclothymique : nature essentiellement affective, passant continuellement de périodes de grande activité à un état de dépression complète, de la gaieté et de la joie à une profonde tristesse, il concentre son observation sur lui-même et se regardait vivre. Des citations sont données par le Docteur Lemay pour appuyer sa thèse que Maine de Biran est le grand précurseur de la psychanalyse : André Gide, Marcel Proust et Freud n'ont fait que le suivre.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Une anecdote sur Ramon y Cajal. (E. *Zamacois*, Ahora, 27 décembre 1934) :

Un matin, en sortant de chez lui, Ramon y Cajal est arrêté par sa concierge. Le savant fixe sur elle son regard puissant :

— Qu'y a-t-il ?

— Don Santiago de mon âme ! il y a que ma pauvre fille délire depuis hier soir. Elle a quarante de fièvre. Elle ne me reconnaît plus. J'ai voulu la purger et elle a vomi la purge. Je voudrais vous la faire voir. Vous êtes si savant !

Don Santiago fronce les sourcils, se tire la barbe, dans un mouvement d'impatience qui lui est habituel.

— C'est bien, allons-y, grogne-t-il.

Il pénètre dans la loge, s'approche de la malade ; la petite a les yeux égarés, la peau brûlante, le sang en ébullition.

— Je la trouve mal, très mal, murmure don Santiago ; il faut appeler un médecin.

La concierge en reste pantoise.

— Vous n'êtes donc pas médecin ?

— Si, je suis médecin, mais je ne sais plus de médecine.

Quelques souvenirs sur Tillaux et Farabeuf. — *Le Docteur Paul Delaunay évoque* (HIPPOCRATE, mars 1935). *Quelques souvenirs sur Tillaux, Farabeuf, Poirier et l'enseignement de ce temps-là.*

.....Nommé en 1894, professeur de clinique chirurgicale à la Charité, où il hérita le service illustré jadis par Gosselin, Tillaux apporta dans ces nouvelles fonctions le sens de la clarté et du schéma qui avait fait son succès. Il dessinait sans art, mais avec netteté. De grosse notions, sommaires, facilement comprises, aisément retenues ; de bons gros traits, bleus, rouges, jaunes blancs, criards comme les enluminures d'une image d'Épinal, marquant sur le tableau noir les plans et les coupes, rendaient ses conférences cliniques accessibles à tous, et faisaient de lui, pour les stagiaires, l'enseigneur idéal.

Il leur apprenait leur métier, et aussi la morale. « Ayez pitié des malades, disait-il, respectez-les. Etre savant, c'est quelque chose. Etre bon, c'est mieux encore. » Et il était bon. Chaque année, le jour de sa fête ramenait à la Charité, dans les salles enguirlandées, ses opérées de jadis, porteuses de gros bouquets. Alors, la face léonine du brave homme, encadrée de favoris courts, s'illuminait d'un large sourire. Il embrassait ces revenantes sur les deux joues, et il fallait subir l'interminable et périodique récit de ces interventions surannées. Le soir, tout le service était convié à dîner, en grande cérémonie, chez le patron.

Mais Tillaux se faisait vieux, et sa pratique s'en ressentait. Il appartenait, dit Cunéo, « à cette génération dont la carrière a été en quelque sorte coupée en deux périodes par la découverte de l'asepsie. L'unité de sa vie chirurgicale en a été pour ainsi dire rompue ». Les pratiques compliquées de l'antisepsie à la Lucas-Championnière troublaient ses vieilles habitudes. Il avait beau éternuer dans le brouillard phéniqué de la salle d'opérations, inonder ses grosses mains de sublimé corrosif, un geste fâcheux révélait de temps en temps la leçon apprise et non l'instinctive formation. Il suait dans les péritoines, et sortait de sa tâche harassé, ruisselant. La surveillante frictionnait son torse velu dans une petite salle adjacente où ses aides et l'externe chloroformisateur étaient admis à l'honneur de prendre en sa compagnie une tasse de bouillon nosocomial et un verre du Banyuls de la pharmacie.

Expert en pathologie externe, imbu de la médecine opératoire classique, Tillaux hésitait devant les audaces de la nouvelle chirurgie abdominale et s'y adaptait mal. Il finit par s'en remettre, sur ce point, à ses assistants. L'un d'eux fut Souligoux, « *Chouligoux* ou le contre-poids du Plateau Central », comme disaient les mauvais plaisants ; et le père Tillaux, qui avait le culte de la force physique, manifestait quelque inclination pour cet Auvergnat musclé qui pouvait, sans effort, ostéoclasier, de

ses seules mains, un fémur, et fracasser un sternum d'un coup de poing. Deux autres chefs de clinique se succédèrent cette année-là dans le service : Auvray et Bouglé, homme charmant, réservé, distingué, âme délicate, esprit très fin, instruit à l'école de Bouilly, et qui mourut prématurément.

Par l'effet de l'âge, Tillaux était devenu sensible à l'éloge ; mais la louange ne le touchait guère qu'assénée avec la vigueur d'un Souligoux. Il se montrait bavard à l'excès ; et l'on ne mettait guère moins de trois quarts d'heure à monter l'escalier qui menait à la salle Gosselin, lorsque, dès le bas des marches, le maître contait l'histoire du mur qui, dans son ambulance de Sedan, avait arrêté l'infection purulente, ou rappelait, pour la centième fois, à son état-major, « comment il avait fait son *Anatomie* ».

Cette *Anatomie topographique*, c'était sa gloire, encore qu'un autre se fût rencontré, qui l'avait voulu balancer. Ce rival, c'était le Prof. Alfred Richet, homme emphatique, dont les aphorismes solennels firent la joie de plusieurs générations de carabins. C'est lui qui disait : « Cette pauvre femme ne vivait plus : elle avait toujours son cancer du sein dans la tête ! » Richet était aussi le père d'une *Anatomie* dont il n'hésitait point à penser le plus grand bien. Car il avait accoutumé de répéter : « J'ai fait deux belles choses dans ma vie : mon livre... et mon fils Charles ». Et il demandait aux candidats appelés à comparoir devant lui : « Monsieur, avez-vous lu LE LIVRE ? »

Cependant, l'ouvrage de Tillaux avait déprécié l'ouvrage de Richet, lorsque ce dernier eut disparu des jurys. Mais ce *Traité*, qui avait fait sa renommée, lui valut ses dernières déceptions.

Le professeur d'anatomie à la Faculté était alors le père Farabeuf. Enseigneur incomparable, dessinateur émérite, il avait voué à la Science pure une admirable et laborieuse carrière, à l'écart de l'intrigue et des combinaisons lucratives, et ne ménageait point aux arrivistes contemporains ses boutades de misanthrope grincheux : « Si les morts étaient aussi dégoûtants que les vivants, aimait-il à répéter, je n'aurais jamais fait d'anatomie. » Son originalité, son insociabilité s'accrurent avec l'âge et la maladie. Presque aveugle, et décrépit, il arrivait au cours, traînant la jambe, chaussé de gros sabots, masqué par un vieux cache-nez d'où émergeait le poil grisâtre de ses favoris. C'était presque la silhouette que les caricaturistes prêtaient à Offenbach. Parvenu dans l'hémicycle, il envoyait sa toque, d'un geste, à l'autre bout de la table, en criant : « A bas la calotte ! » ; lâchait, de sa voix de polichinelle, quelques plaisanteries usées à l'adresse de « *c't idiot d'ministre* » dont il pensait avoir à se plaindre ; exhibait, commentait, avec une mimique échevelée, ses planches anatomiques qui, à elles seules, valaient le voyage, et s'en allait en grommelant.

Examinateur redoutable, et redouté, Farabeuf interrogeait un jour une candidate, russe et grasse, sur le volume de l'artère fessière. La fille, rougissante, hésite, réfléchit, et risque enfin : « C'est grros comme... comme un tuyau dé plume, moussié lé Professeur ! » Et voilà le vieux qui bondit hors de son fauteuil, empoigne le postérieur de la fille affolée, en hurlant : « Est-ce que tu crois que c'est avec une plume d'oie qu'on peut irriguer un derrière comme ça ? » Le jury arracha de ses mains la vierge offusquée, et le bonhomme, gratifié de la rosette de la Légion d'honneur, fut, peu après, mis à la retraite.

Il fallait lui donner un successeur. La Faculté, prise au dépourvu, présenta Tillaux. Mais, devant le gros honnête homme qui ne se recommandait plus que de son passé, surgit un élégant et jeune adversaire, habile à toutes les combinaisons du présent ; Normand aussi, de naissance, sinon d'allures, aux yeux de braise, aux cheveux noirs, à peine grisonnants, et dont l'aspect évoquait plutôt l'inquiétante et féline souplesse d'un Florentin du XVI[e] siècle.

Pimpant, sémillant, frétillant, la taille bien prise en d'impeccables redingotes à la boutonnière fleurie, d'allure très jeune, toujours dans le sillage parfumé de quelque jolie femme, Paul Poirier, qu'on appelait familièrement Popaul, était alors chef des travaux anatomiques.

Il avait entrepris et entamé, grâce à de nombreux collaborateurs, la publication d'un grand *Traité d'anatomie humaine*, tout farci de science internationale, avec gloses, commentaires, notes, notules et références, et qui ne laissait rien ignorer des variétés de l'artère coronaire chez l'éléphant, ou des anomalies observées sur le muscle court supinateur par Macalister et Chudzinski. Monument rébarbatif, en plusieurs tomes, obnubilé d'érudition allemande, écrasant de sa masse le plan simple et clair du père Tillaux, qui vulgarisait seulement les notions élémentaires, et tâchait à les graver dans la mémoire par d'honnêtes chromos.

Lutteur sans scrupules, à la fois implacable et câlin, Poirier eût fait un excellent homme politique. Il n'avait pas son égal pour dompter les foules. Sa voix chaude et prenante implorait, plaisantait, lâchait un calembour : l'auditoire, d'abord houleux,

tendait l'oreille, riait, s'apaisait, et le « chahut » était clos. Un jour, à son cours, on lui lançait des sous : Poirier tend son impeccable huit-reflets : « Continuez, Messieurs, c'est pour mes pauvres ! » Une autre fois, on lui jetait des violettes : « Trop de fleurs ! » Et le voilà qui ramasse le bouquets et les dépose sur les genoux d'une étudiante slave, tondue, sale et laide, assise au premier rang. On applaudit, et sans plus d'encombre, il commence sa leçon.....

En 1933, le budjet des pensions de guerre dépassait 7 milliards 498 millions de francs. — *Du Docteur A. Roume, de Montpellier, dans la* REVUE POLITIQUE ET PARLEMENTAIRE (10 mars 1935) :

Ces chiffres sont extraits du *Journal officiel* du 2 mai 1933. (Déb. Parl. Ch.). (Réponse à une question écrite de M. Baude, député, page 2377, question n° 3853, posée le 3 avril précédent.

Au 1er janvier 1933, il avait été concédé 3.075.000 pensions, soit temporaires, soit définitives, en vertu de la loi de 1919, au titre d'invalidité seulement à l'exclusion des ascendants veuves, orphelins.

Ces 3.075.000 pensions étaient réparties entre 1.181.057 pensionnés.

On décomptait environ :

1° Pensionnés à 100 %, titulaires ou non des 60.000 diverses allocations complémentaires.

Parmi ces dernières, 23.700 tuberculeux, titulaires de l'indemnité de soins de 10.000 francs ; 2° Pensionnés de 95 % à 85 %, 43.410 ; 3° Pensionnés de 65 % à 50 %, 198.300 ; 4° Pensionnés à 30 %, 98.400 ; 5° Pensionnés à 25 %, 56.380 ; 6° Pensionnés à 20 %, 177.910 ; 7° Pensionnés à 15 %, 100.000 ; 8° Pensionnés à 10 %, 278.000. Soit au total : 1.181.057.

L'examen de ce tableau conduirait à quelques commentaires que nous n'avons pas le temps de développer ; mais nous pouvons noter que le total des pensionnés à 10 % + 15 % + 20 % = 555.920, soit environ la moitié du chiffre total des pensionnés.

Il serait vain d'attendre avant plusieurs années, un allègement de nos charges ; les individus, âgés de quarante ans en 1914, arrivent aujourd'hui à la soixantaine : c'est l'âge des douleurs, des rhumatismes, des accidents diathésiques. Tout ceci se répercutant par des élévations de taux. En 1930, il y avait environ 948.630 pensionnés pour invalidité (voir discussion du budget 1931) ; en 1933, il y en avait 1.181.057.

Depuis le 1er janvier 1933, le nombre des pensionnés n'a certainement pas baissé ; la diminution progressive des grands blessés est compensée par l'afflux des pensions nouvellement concédées. D'après le Docteur Maymou (*Le Médecin*, novembre 1933), il a été formulé, en 1932, 75.124 demandes de pensions nouvelles, dont 27.651 ont été prises en considération.

De 1927 à 1932, il a été concédé environ 300.000 pensions nouvelles.

. . . .

Il est pratiquement impossible de savoir ce que coûte réellement le budget des pensions, les dépenses étant réparties à des postes très divers ; et la lecture des chiffres publiés au *Journal Officiel* étant d'une interprétation assez difficile.

Nous rapporterons sans commentaire, les chiffres inscrits dans la loi des Finances comparativement en 1933, en 1934 et en 1935.

A. — Dépenses inscrites à la Dette :

Pensions d'invalidité pour 1933, 4.877.600.000 francs ; pour 1934, 4.876.725.000 francs ; pour 1935, 4.630.000.000 francs.

B. — Dépenses non inscrites à la Dette :

1° Allocations provisoires d'attente ;

2° Secours ;

3° Soins médicaux gratuits ;

4° Allocations aux grands invalides ;

5° Indemnités de soins aux tuberculeux.

Total de ces divers chapitres, pour 1933 : 1.077.065.000 francs; pour 1934 : 1.061.110.000 francs ; pour 1935 : 934.950.000 francs soit pour 1935, une diminution de 126.160.000 francs qui porte principalement sur le montant des allocations provisoires en régression de 89.000.000 francs et sur le montant des frais médicaux pour les soins dus aux victimes de la guerre : ce chapitre au budget passe de 137.700.000 en 1934 à 112.700.000 francs en 1935.

Mais il faut ajouter la dépense nécessaire pour assurer le service de la retraite du combattant. Cette somme doit aller en croissant pendant plusieurs années. En 1933, elle était de 1.250 millions. En 1934 de 1.356 millions. On a calculé que vers 1948, elle serait de 2 milliards et demi à 4 milliards (voir à ce sujet un article du *Journal des Débats*, en date du 4 avril 1934, sous la signature du Docteur Meurisse).

En totalisant tous ces chiffres nous ne nous étonnerons plus si le budget des pensions de guerre dépassait en 1933, 7 milliards 498 millions de francs (voir Loi des Finances. *J. O.* du 1er juin 1933).

Remarquons que la France aurait compté, après les hostilités, environ 7 millions de démobilisés ayant servi sous les drapeaux.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 — N° 17 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 AVRIL 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 1er mai. — M. Fortin : Etude de la forme pseudo-mélitococcique de la lymphogranulomatose maligne.

2 mai. — M. Etienne : Hernies du médiastin et culs-de-sac pleuraux médiastinaux. — M. Maricot : Etude clinique des tumeurs malignes bilatérales du sein. — M. Bouloucos : Polypose nasale avec déformation de la pyramide nasale et son traitement chirurgical.

4 mai. — M. Giuli : Opération des hernies inguinales au cours de la première année de la vie. — Mme Touzé : La maladie de Werner-Schültz chez l'enfant.

1er mai (thèse vétérinaire). — M. Labbé : Rachitisme chez le porc.

Ministère de la Santé publique. — Une Commission d'étude des laboratoires d'analyses médicales vient d'être constituée. Elle est chargée, d'accord avec le ministère de l'Education nationale, de déterminer le programme des connaissances scientifiques et médicales susceptibles d'être exigées des directeurs de ces laboratoires, ainsi que les modalités de fonctionnement. Cette Commission sera présidée par le directeur général de l'Assistance et de l'Hygiène.

Ses membres sont : MM. Cavaillier, directeur de l'enseignement supérieur, le doyen Roussy, Guérin, Louis Martin, Radais, Jules Renault, Desgrez, Debré, Achard, Beaudouin, Cibrie, Marcel Labbé, Santenoise, Hérissey, Fable, Goiffon, Lormont, Champonnois, Lépine, Ravaud, Adler, Chaleix et M. le préfet L[illegible].

Faculté de médecine de Paris. — Après appréciation des titres, la Commission a désigné, à l'unanimité, comme bénéficiaire de la « Fondation J.-A. Sicard », pour l'année 1934, M. Miguel Osorio de Almeyda, directeur de la Santé publique au Brésil.

Faculté de Montpellier. — Au cours de sa séance du 10 avril 1935, le Conseil de la Faculté de médecine de Montpellier a réélu, pour une période de trois ans, le Professeur Euzière en qualité de doyen.

Faculté de Nancy. — La Faculté de médecine de Nancy organise, pour le dimanche 2 juin, une réunion médicale destinée aux médecins praticiens. Le programme comprendra dans la matinée des démonstrations cliniques et dans l'après-midi une conférence du Professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur de Paris, sur la syphilis nerveuse expérimentale. Cette conférence sera suivie de l'inauguration du Centre de maliariathérapie, créé par le département.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gnérale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en huit leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 13 mai 1935, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 1, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. Chirurgie de l'uretère : voies d'abord ; urétérotomie ; plaies et sutures ; urétéroplasties. Chirurgie du rein et du bassinet : voies d'abord ; néphropexie ; décapsulation du rein. — II. Pyélotomies et pyélostomies : néphrotomie et néphrostomie ; urétéro-pyélonéostomies. — III. Les néphrectomies. — IV. Chirurgie de la vessie et de la prostate : les voies d'abord la voie canaliculaire : lithrotritie ; la voie hypogastrique : cystostomies. — V. Cystectomies ; prostatectomie totale ; urétéro-néocystostomie. — VI. Chirurgie de l'uréthre : uréthrotomies : uréthrorraphie circulaire : uréthrostomies. — VII. Prostatectomie périnéale. — VIII. Epididymectomie ; orchidotomie et castration ; amputation de la verge et émasculation totale.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine, métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque* sous la direction de M. Camille Lian. — Ce cours, qui sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales de Bourbon-Lancy, Vichy, Royat et Saint-Nectaire, aura lieu du 27 mai au 6 juin 1935.

Il sera fait par M. C. Lian avec la collaboration de MM. Haguenau, Welti, Gilbert-Dreyfus, A. Blondel, Abaza, Deparis, Even, Facquet, F.-P. Merklen, Odinet, Pautrat, Puech, Golblin, Marchal, Bréant, Baraige, Frumusan.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie artérielle et veineuse, électrocardiographie, méthode graphique, métabolisme basal, vitesse circulatoire, débit cardiaque, masse sanguine).

Programme du cours. — Lundi 27 mai, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles ; 11 heures , M. Blondel : Démonstration clinique ; 15 heures, M. Blondel : Forme commune de l'arythmie extrasystolique ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Marchal : Radiologie du cœur.

Mardi 28 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation du service ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Formes cliniques de l'arythmie extra-systolique ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Troubles du rythme sinusal.

Mercredi 29 mai, 10 heures, M. Lian : Causes et traitement de

l'arythmie extrasystolique ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie complète ; 16 heures, M. BRÉANT : Métabolisme basal ; 17 h. 1/2, M. GOLBLIN : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète.

Jeudi 30 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. PUECH : Tachycardies permanentes ; 16 heures, M. PAUTRAT : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Tachycardies paroxystiques.

Vendredi 31 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation du service ; 15 heures, M. MERKLEN : Flutter auriculaire ; 16 heures, M. FACQUET : Mesure de la vitesse circulatoire ; 17 h. 1/2, M. GOLBLIN : Les dérivations précordiales électro-cardiographiques.

Samedi 1er juin, 10 heures, M. LIAN : Traitement du flutter auriculaire ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Traitement des tachycardies ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. DEPARIS : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire.

Lundi 3 juin, 10 heures, M. BLONDEL : Formes cliniques des bradycardies par dissociation ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation d'électro-cardiogrammes ; 15 heures, M. BLONDEL : Diagnostic des bradycardies ; 16 heures, M. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 1/2, M. ODINET : Les inégalités du pouls.

Mardi 4 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation du service ; 15 heures, M. HAGUENAU : Epreuves neuro-végétatives ; 16 heures, M. BARAIGE : Mesure du débit cardiaque ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Le pouls alternant.

Mercredi 5 juin, 10 heures, M. LIAN : Traitement des bradycardies ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique : 15 heures, M. GOBLIN : Valeur localisatrice et pronostique des déformations électro cardiographiques ; 16 heures, M. EVEN : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 6 juin, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme. — 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. WELTI : Traitement chirurgical des tachycardies ; 16 heures, M. ABAZA : Mesure de la masse sanguine ; 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire. Le cours de novembre 1935 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

Ve V. E. M. cardio-vasculaire. — Le cours sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales de Bourbon-Lancy, Vichy, Royat et Saint-Nectaire ; visite des établissements thermaux ; leçons sur les indications, la technique et les résultats des cures hydro-minérales ; excursions.

Départ vendredi 7 juin, à 7 h. 40. Retour à Paris lundi 10 juin à 22 h. 50.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours, 150 francs pour le voyage aux stations hydro-minérales (tous frais compris).

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (salle Béclard, A. D. R. M.), sauf le samedi, ou bien auprès du Docteur Blondel à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Tennis Club Médical de Paris. — Le Tennis Club Médical de Paris, créé le 18 janvier 1935, est affilié à la Fédération française de Lawn Tennis.

Le Comité de direction est composé de Mme la Doctoresse Pagès, des Docteurs Galand, Mazer, Caplain, Damas, Delalande, Hudelo, Pagès et Giord et quarante-huit sociétaires sont inscrits officiellement.

Un court, 77 et 79, boulevard Suchet, est toute la semaine à la disposition des sociétaires.

Deux interclubs ont déjà été faits. L'équipe première vient de passer avec succès la première épreuve de critérium parisien de tennis ? Un classement a lieu en ce moment servant de


PILULES
DU Dr DEBOUZY
OPOTHERAPIE
BILIAIRE
INTÉGRALE
INSUFFISANCE
HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
1 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0.gr 30 d'extrait de bile totale
environ 3.gr de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34, RUE SEDAINE _ PARIS

championnat médical officiel pour la région parisienne, année 1935. Trois ou quatre interclubs sont prévus pour la saison d'été ainsi qu'un rallye omnium réservé aux sociétaires pour fin juin, comprenant : épreuves d'automobile, cyclisme, boules, tennis, etc.

De nombreux avantages, sur présentation de la carte de sociétaire, sont réservés aux membres qui doivent répondre aux conditions de l'article 2 des statuts :

« Nul ne peut être admis membre actif s'il n'est docteur en médecine (diplôme d'Etat), de nationalité française. »

L'activité du T. C. M. P. est déjà très importante et toute une organisation d'hiver (court couvert, compétitions diverses) est prévue. C'est ce qui explique qu'en deux mois ce club qui est, à notre connaissance, le seul club corporatif médical français de tennis, ait déjà groupé une cinquantaine de médecins.

En outre, des épreuves de classement et des championnats féminins auront lieu au mois de mai.

Les confrères intéressés par ce club sont priés d'envoyer leur demande de renseignements ou leur demande d'adhésion au président, le Docteur Galand, 177, boulevard Saint-Germain, ou au Docteur Mazer, secrétaire général, 106, rue de Richelieu.

Ier Congrès international de gastro entérologie (Bruxelles : 8-10 août 1935). — Le premier Congrès international de gastro-entérologie se tiendra à Bruxelles, les 8, 9 et 10 août 1935, dans le cadre et à l'occasion de l'Exposition universelle et internationale de 1935.

Pendant ce Congrès sera fondée la Société internationale de gastro-entérologie.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour : Les gastrites et les colites ulcéreuses graves non amibiennes. Le cadre dans lequel se dérouleront les fêtes, et où se tiendront les assises ; les facilités pour le voyage accordées aux congressistes et à ceux qui les accompagnent, par les Compagnies de chemins de fer des divers pays et par les Compagnies maritimes ; les avantages incontestables donnés aux congressistes et à leur famille, pour la libre entrée à l'Exposition, pour le logement dans les hôtels, pour les voyages touristiques aux villes d'eaux, aux villes d'art belges, et aux divers champs de batailles ; les excursions organisées par le Comité des dames, sont bien faits pour engager les médecins à s'inscrire nombreux à ce Congrès.

Comme l'on prévoit une grande affluence d'étrangers à Bruxelles pendant le mois d'août pour visiter l'Exposition universelle internationale, nous engageons les médecins et les membres de leur famille désireux de participer au Congrès, de s'inscrire dans le plus bref délai et de retenir leur logement que le Comité ne pourrait leur garantir plus tard.

La cotisation est fixée : pour les membres titulaires, à 150 francs belges, soit 30 belgas ; pour les membres les accompagnant et pour les étudiants à 75 francs belges, soit 15 belgas ; la souscription au banquet s'élève à 100 francs belges, soit 20 belgas.

Pour les inscriptions et les renseignements s'adresser, pour la France, à M. le Docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre Demours, Paris, secrétaire du Comité national français.

Nécrologie. — Docteur Paul Aynes, de Bourg (Ain), médecin commandant en retraite des troupes coloniales, décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur Fernand Beis, de Marsillargues (Hérault). — Docteur Georges Bouju, de Rouen. — Docteur Charles Barot, de Bourgogne (Marne). — Docteur Charles Cotonnec, décédé à Lorient. — Docteur Louis Descubes, maire et conseiller général de Saint-Laurent-sur-Gorre, ancien député de la Haute-Vienne, décédé à l'âge de 48 ans. — Docteur Albert Faby, de Salon (Bouches-du-Rhône), oto-rhino-laryngologiste, conseiller municipal à Mulhouse. — Docteur Raoul Fruteau, de Neuilly-Plaisance (Seine-et-Oise). — Docteur René Gambier, de Paris. — Docteur Jouve, de Sète (Hérault). — Docteur Henri Lescœur, de Lille. — Docteur Lucas, de Paris. — Docteur Emile Malabouché, de Cournonterral (Hérault). — Docteur Paul Morucci, de Château-Arnoux (Basses-Alpes). — Docteur Soger, de Brinon-sur-Sauldre (Cher). — Docteur Tarbouriech, de Maraussan (Hérault). — Docteur Gustave Thouard, de Saint-Ouen. — Docteur Backeland, d'Aertrijché (Belgique), ancien président de la Fédération médicale belge, décédé à l'âge de 65 ans. — Professeur William Duane, de Philadelphie. — Docteur Liek, de Dantzig.


οβησιτη

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le traitement des hémoptysies rebelles par la thoracoplastie

Par le Professeur **Jean MINET** et le Docteur **P. DUPIRE**

Le petit nombre de cas publiés, dans lesquels l'action hémostatique de la thoracoplastie a été mise à profit, nous autorise à rapporter l'observation suivante :

Mme D. R..., née en 1902.

En bonne santé jusqu'en 1926. Après avoir nourri son premier et unique enfant, se met à tousser, à maigrir, et présente en mai, au sommet du poumon gauche, des craquements, surtout perceptibles après la toux ; l'expectoration est bacillifère (3 à 4 bacilles par champs) et la température vespérale s'élève à 38°. L'examen radiographique du Docteur Dubly montre, le 13 juin 1926, une infiltration étendue de la région hilaire gauche et du lobe supérieur gauche. Le Professeur Desoil, consulté, conseille à la malade un séjour à Eupen, où elle ne voudra rester que trois semaines. A son retour, grâce au repos en plein air et au traitement recalcifiant, les accidents semblent rétro grader : l'état général s'améliore et la malade, dont le poids était de 47 kilogs au début de la maladie, pèse 61 kilogr. en décembre.

A signaler toutefois une laryngite intercurrente suspecte, d'une durée d'un mois, et dont les accidents fonctionnels disparaissent après une cure de silence.

En 1927, épanchement pleural droit non ponctionné, se résorbant spontanément en trois semaines et s'accompagnant d'une chute du poids à 56 kilogr.

La malade se remet rapidement et son poids remonte à 62 kilogr.

En juin 1927, Mme D... se rend à Berck pour voir son enfant, atteint de tumeur blanche ; elle s'expose toute une journée au soleil sur la plage et rentre avec une toux quinteuse et une nouvelle poussée évolutive au sommet gauche.

Le 15 avril, première hémoptysie de faible abondance (environ 15 c. c.) rapidement enrayée par une injection sous-cutanée de 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine. La malade est toujours bien réglée. Sa température devient oscillante et atteint 39° tous les soirs ; elle présente, en outre, des troubles dyspeptiques, avec vomissements presque incoercibles.

Un examen radiographique du Docteur Dubly, en septembre 1928, montre une infiltration du lobe supérieur du poumon gauche avec une image cavitaire au niveau du hile. Le champ pulmonaire droit est d'aspect normal.

Le calme revient et l'on observe une nouvelle période de santé apparente jusqu'en février 1929.

A cette époque, nouvelle rechute, à la suite d'une grippe contractée au chevet d'une parente malade : quatre hémoptysies successives de 80 c. c. environ chaque fois, cédant difficilement aux agents thérapeutiques couramment employés : émétine, posthypophyse, pectine, anthéma, auto-hémothérapie, chlorure de calcium, morphine, etc...

La période menstruelle suivante est marquée par une nouvelle série d'hémoptysies moyennes, les règles ayant disparu presque complètement. On décide de pratiquer un pneumothorax artificiel. Le 28 mars, le Professeur Legrand fait une première insufflation du côté gauche. Les hémoptysies se renouvellent tous les mois malgré une série d'insufflations successives.

Du 1er au 15 juin, des hémoptysies se produisent, de plus en plus abondantes, malgré tous les moyens employés. Et le 15 juin, en désespoir de cause, la vie de la malade étant immédiatement menacée par l'abondance des hémorragies, une thoracoplastie est décidée au cours d'une consultation entre les Docteurs Chalon, Desoil, René Legrand et Jean Minet.

Cette thoracoplastie est pratiquée le 17 juin par le Professeur agrégé Swynghedauw qui résèque, sous anesthésie locale, les troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes gauches, sur une étendue d'environ douze centimètres.

La malade supporte bien l'intervention et l'hémorragie est arrêtée.

On n'observe plus que quelques crachats hémoptoïques, quinze jours après l'opération.

L'évolution de la maladie se poursuit sans nouveaux accidents hémorragiques ; la malade meurt le 8 août 1929, de cachexie progressive.

L'idée de traiter par la thoracoplastie les hémoptysies rebelles à la thérapeutique médicale ne constitue pas, à vrai dire, une innovation thérapeutique. Dès 1927, COLBERT et CHATARD rapportaient une observation de « thoracoplastie hémostatique ». Celle-ci, disent-ils, trouve ses indications :

« *a*) Dans les hémoptysies graves, par leur répétition « et leur durée, non influencées par les hémostatiques « habituels, la création d'un pneumothorax étant impos« sible ;

« *b*) Dans les mêmes cas, lorsque la collapsothérapie « instituée ne permet pas rapidement l'atteinte du but « cherché.

« *c*) Chaque fois que de telles hémoptysies surviennent « chez un porteur de pneumothorax, généralement in« complet, la méthode de Forlanini s'étant avérée notoi« rement insuffisante à empêcher l'éclosion de tels acci« dents.

« Par contre, la collapsothérapie ne trouve pas d'indi« cations dans les hémoptysies trop abondantes, en rai« son de la rapidité d'évolution de cette redoutable com« plication ne permettant le plus souvent l'institution « d'aucune thérapeutique ».

La même année, au VIe Congrès national de la Tuberculose (Lyon), BÉRARD et DUMAREST, dans leur rapport sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, plaçaient les hémoptysies répétées parmi les indications de la thoracoplastie. « Les hémoptysies répétées, « écrivent-ils, peuvent, dans les formes fibreuses, consti« tuer une indication opératoire, lorsque le pneumotho« rax, toujours préférable à cause de son collapsus plus « complet, est impossible, et la phrénicectomie inefficace. « L'efficacité hémostatique de la thoracoplastie est incon« testable. »

Le rôle hémostatique de la thoracoplastie a été mis à profit par CHARRIER et LOUBAT (1922). « Les hémoptysies « répétées, la forme hémoptoïque, doivent faire pencher « la balance en faveur de l'opération si la décision était « douteuse, car l'action de la résection est assez favora« ble pour qu'on ait pu parler de thoracoplastie hémos« tatique. »

LARDANCHET dans sa thèse (1932), a rapporté cinq observations de thoracoplasties effectuées dans le même but.

Plus récemment, BONNIOT et FOIX ont relaté une observation où des hémoptysies graves et incoercibles furent arrêtées une première fois par une phrénicectomie, et, quelques mois après par une thoracoplastie d'urgence.

Dans tous les cas signalés, on retrouve la même indication opératoire : une hémoptysie rebelle, non seulement au traitement médical, mais encore au pneumo ou à la phrénicectomie. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il en soit ainsi ; et, pas plus que les auteurs précédents, nous n'avons la hardiesse ou la naïveté de proposer une thoracoplastie d'emblée pour arrêter certaines hémorragies graves. Sans parler des méthodes médicales qui doivent être mises en œuvre, le pneumothorax hémostatique possède à son actif tant de succès, sa réalisation est si peu traumatisante, qu'il doit toujours être tenté d'urgence lorsque l'abondance ou la durée de l'hémorragie ne permettent pas d'attendre davantage.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la phrénicectomie. Nous nous sommes élevés ailleurs contre la préséance parfois donnée aux méthodes collapsothérapiques, soit dans l'ordre : pneumo-phréni-thoraco ; soit plus rarement dans l'ordre : phréni-pneumo-thoraco. Pour nous, comme pour MORIN qui insiste à juste titre sur ce point, « il n'y a aucune règle fixe en pareille ma-

« tière... Chaque cas particulier demande à être étudié « et comporte une conduite thérapeutique qui ne peut « pas obéir toujours à une règle aussi catégorique. »

Cette proposition est, pensons-nous, valable pour le choix de l'intervention à opposer à l'hémoptysie. Le pneumothorax étant mis hors de cause, nous ne pensons pas qu'il faille systématiquement pratiquer une phrénicectomie avant de discuter de l'opportunité d'une thoracoplastie ou même d'une pneumolyse extra-pleurale.

L'époque est passée, où l'on pratiquait une phrénicectomie comme premier temps d'une thoracoplastie, pour « tâter » la résistance du sujet et parfaire le collapsus. Il est d'ailleurs illusoire d'attendre de la phréni une action vaso-motrice qui arrêterait l'hémorragie en l'absence de toute action mécanique. Cette action vasomotrice n'a pu être, jusqu'à présent, démontrée avec certitude. Nous avons, dans un travail antérieur, rapporté deux observations de phrénicectomie hémostatique, et nous avons relevé à ce propos dans la littérature médicale vingt-quatre observations analogues ; l'analyse des faits nous a montré, concernant l'action hémostatique de la phréni, que les insuccès comme les faits favorables s'expliquent aisément par le rôle mécanique de la paralysie du diaphragme, discuté pour chaque cas particulier. BONNIOT et FOIX, à propos de l'observation citée plus haut, concluent de la même façon.

Dans ces conditions, le médecin doit se laisser guider, pour le choix de l'opération, par l'action mécanique éventuelle de celle-ci sur la lésion qui saigne. Il donnera la préférence à l'intervention capable de réaliser le meilleur collapsus. Si la phrénicectomie l'emporte, aucune contre-indication n'est à prévoir en raison de sa bénignité habituelle ; si la préférence va à la thoracoplastie, il ne faut pas toutefois que le risque opératoire soit supérieur au risque de l'hémorragie : c'est là un facteur important à considérer dans la détermination de l'acte opératoire.

Quant au siège et à l'étendue de l'intervention, ils seront déterminés avec soin dans chaque cas particulier, afin de toujours intervenir « à la demande des lésions ».

BIBLIOGRAPHIE

COLBERT et CHATARD. — La thoracoplastie hémostatique, *Paris Médical*, 29 janvier 1927.

BÉRARD et DUMAREST. — *Revue de la Tuberculose*, 1927, p. 236.

CHARRIER et LOUBAT. — Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, Masson, 1932.

LARDANCHET. — La thoracoplastie chez les tuberculeux. Thèse de Lyon 1932, n° 125 et Doin 1932.

BONNIOT et FOIX. — Phrénicectomie et thoracoplastie hémostatiques. *Revue de phtisiologie*, juillet-août 1934.

MINET et DUPIRE. — L'évolution des idées sur la collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire. *Echo Médical du Nord*, 24 juin 1934.

MINET et DUPIRE. — Sur le traitement des hémoptysies rebelles par la phrénicectomie. *Progrès médical*, 19 janvier 1935.

« De 1914 à 1918, la pharmacie centrale de l'armée a délivré près de 30 tonnes de comprimés d'antipyrine, près de 50 d'aspirine, près de 85 de quinine, et un peu plus de 8 d'opium. Quant aux ampoules, il en fut distribué plus de 35 millions : plus de 1.100.000 d'adrénaline, plus de 1.600.000 de biiodure de mercure, plus de 1.500.000 de caféine, environ 3.000.000 d'huile camphrée, près de 4.000.000 de cacodylate de soude, etc. » (Médecin général inspecteur TOUBERT. — Le Service de santé militaire au Grand quartier général français (1918-1919). 1 vol., 1934, Charles Lavauzelle, éditeur).

« Il est stupéfiant de voir l'indifférence des corps savants devant les empiètements de la politique et l'arbitraire des gouvernements ». (Florian DELHORBE. — La République en porte à faux. *Mercure de France*, 1er avril 1935.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faux kyste du pancréas [1]

Par Ch. CLAVELIN

Médecin Lieutenant Colonel
Professeur au Val-de-Grâce

Le 23 janvier 1935, un gendarme de 50 ans était évacué sur le service avec le diagnostic de « syndrome de subocclusion intestinale ».

L'aspect général était mauvais et dès les premiers mots de l'interrogatoire le malade insistait sur deux faits ; il n'allait à la selle que par lavements, de plus en plus difficilement et les vomissements devenaient, depuis quelques jours, de plus en plus fréquents, rendant toute alimentation pratiquement impossible.

Le malade étant couché et découvert, on était frappé par la déformation de l'abdomen qui présentait, dans la région paramédiane gauche, sus et sous-ombilicale, une énorme voussure arrondie.

La palpation permit d'en délimiter nettement les contours. Partant du rebord des fausses côtes gauches, dont elle est nettement séparée, nous sentons la tumeur déborder la ligne médiane à droite de trois travers de doigts, descendre vers le pubis dont elle reste écartée, remonter en haut et à gauche à distance de l'arcade crurale pour se perdre dans le flanc gauche, sous les fausses côtes, en dehors de la ligne mamelonnaire.

Cette tumeur est très peu mobilisable : elle est tendue, nullement dépressible. Mais à la percussion, elle donne une sensation de flot et transmet les battements de l'aorte abdominale. La percussion montre que la tumeur est encadrée par une zone de sonorité au-dessus, au-dessous et sur les côtés.

Le reste de l'abdomen apparaît souple, autant que l'on puisse en juger : il n'existe pas de symptôme d'épanchement abdominal et l'on ne constate pas d'ondes péristaltiques ou antipéristaltiques. Le foie apparaît normal, séparé de la tumeur par une zone de sonorité ; la rate de même, normale à la percussion est séparée de la tumeur par une zone sonore.

La fosse lombaire gauche est libre ; on ne trouve pas de ballottement rénal ; le toucher rectal est négatif ; l'examen des autres appareils est négatif, la tension est de 13, 5/9.

Si nous résumons cet examen clinique, nous pouvons dire : tumeur liquide, paramédiane gauche, surtout sus-ombilicale, encadrée par l'estomac et le gros intestin, indépendante du foie et de la rate. C'est dire que nous sommes en présence d'une tumeur kystique de l'arrière cavité des épiploons, venue se mettre en contact avec la paroi, entre l'estomac et le colon transverse, c'est-à-dire en position moyenne, cas le plus fréquent.

Quelle est la nature de cette tumeur kystique ? L'histoire de la maladie va nous fournir maintenant des renseignements utiles.

Cette histoire remonte très loin, à 1915, date à laquelle, étant en captivité en Allemagne, le malade ressentit des troubles digestifs, à la vérité assez vagues. En 1923, il accuse des digestions difficiles, des douleurs gastriques sans horaire fixe. Radiographié on lui parle de ptose gastrique, de ptose du transverse et on lui prescrit un régime et le port d'une ceinture.

Depuis cette date, il accuse des crises douloureuses

(1) Leçon clinique faite au Val-de-Grâce en février 1935.

assez fréquentes, localisées dans le flanc droit et dans la fosse iliaque droite. Ces crises ne s'accompagnent ni de nausées, ni de vomissements, et ne présentent pas d'irradiations. Pas d'ictère, ni même de subictère. La constipation est habituelle, opiniâtre, coupée de débâcles diarrhéiques. Le malade qui se pèse régulièrement n'accuse aucun amaigrissement au cours de cette longue période.

Au début de novembre 1934 apparaît une nouvelle crise plus forte, localisée nettement dans la fosse iliaque droite et qui fait hospitaliser le malade le 7 novembre avec le diagnostic d'appendicite. Traité en médecine le malade sort le 4 décembre avec le diagnostic de typhlite et côlite chroniques.

Peu de temps après la scène change complètement. Le malade souffre maintenant de la région péri-ombilicale gauche, il accuse une sensation de pesanteur continuelle dans l'abdomen. Il assiste à une augmentation progressive de volume de son ventre qu'il décrit très simplement mais très nettement en disant « bientôt je ne pouvais plus boutonner mon pantalon ». Les vomissements apparaissent et sont de plus en plus fréquents, la constipation est de plus en plus opiniâtre. Pas de température au cours de cet épisode. Les symptômes s'accusent encore et le malade hospitalisé en médecine le 22 janvier, nous est passé pour subocclusion le 24.

De cette très longue histoire, qu'importe-t-il de retenir ?

En premier lieu, l'absence de tout traumatisme ; le malade est formel à cet égard ; et également l'absence de tout épisode réellement aigu.

Ce qui caractérise l'évolution de cette affection, ce sont des troubles digestifs sans caractères, à horaire variable, et surtout des crises douloureuses, répétées, dans la région épigastrique.

Nous avons complété cet examen clinique par quelques examens de laboratoire.

L'examen du sang a montré une légère hyperleucocytose (10.250 globules blancs — 4.920.000 globules rouges). La formule leucocytaire est absolument normale, en particulier pas d'éosinophylie.

Dans les urines, pas de sucre, 0 gr. 20 d'albumine. Pressé par l'état grave de notre malade, le temps nous a manqué pour d'autres examens de laboratoire.

Reste la radiographie. Nous avions demandé que l'examen soit pratiqué par lavement baryté, complété par l'ingestion d'un peu de bouillie barytée pour opacifier l'estomac lorsque le cadre colique serait rempli. L'examen radioscopique et les clichés pris dans diverses positions ont permis d'arriver aux conclusions résumées suivantes :

Masse abdominale sus-mésocolique, volumineuse, non perceptible aux rayons, refoulant l'angle splénique en bas, en arrière et en dehors, l'estomac en avant, en haut et à droite. Le transverse en guirlande basse, limite par sa concavité le contour inférieur de la tumeur ». Ajoutons seulement que sur les clichés on aperçoit l'estomac étalé en quelque sorte sur la face antérieure de la tumeur. En somme vous voyez que l'examen radiologique confirme tous les renseignements donnés par l'examen clinique : nous sommes bien en présence d'une tumeur kystique développée dans l'arrière cavité des épiploons et prenant contact avec la paroi abdominale en position moyenne.

Mais à quelle variété anatomique avons-nous affaire ? Les éléments que nous possédons nous permettent-ils de préciser un diagnostic ?

Nous allons procéder par élimination.

L'examen clinique nous permet d'écarter l'idée d'un kyste hydatique volumineux du lobe gauche du foie, n'avons-nous pas trouvé une zone sonore entre la matité hépatique et la matité tumorale ? de plus il y a absence complète d'éosinophilie.

Nous éliminons également une « grosse rate » puisque nous avons à la percussion trouvé une rate normale séparée de la tumeur par une zone sonore.

Nous rejetons également l'hypothèse d'un rein polykystique, d'une volumineuse hydronéphrose, la fosse lombaire est libre et il n'existe pas de ballottement rénal.

La localisation dans l'arrière cavité des épiploons écarte le kyste du mésentère d'ailleurs beaucoup plus mobile.

Il nous reste donc les tumeurs kystiques du pancréas. Kyste hydatique ? C'est une rareté et nous n'avons chez notre malade aucun signe clinique de kyste hydatique, il n'a jamais accusé d'urticaire, et il n'existe pas d'éosinophilie.

Le diagnostic reste donc à faire entre les diverses variétés de tumeurs kystiques venant de la région pancréatique. Ne comptons pas sur les signes physiques pour faire ce diagnostic différentiel. Les signes physiques sont les mêmes dans tous les cas, ce sont ceux que nous avons observés et décrits en examinant notre malade.

C'est en réalité l'histoire, l'évolution de la maladie qui vont nous aider.

Dans l'*hématome de l'arrière cavité des épiploons* il y a la notion du traumatisme dans la région épigastrique. Puis, après une période de latence apparaît la tumeur, en même temps le malade maigrit. *Le faux kyste traumatique* n'est en réalité que l'aboutissement de l'hématome ; la période de latence est plus longue, les douleurs, les vomissements s'ajoutent à l'amaigrissement.

Nous pouvons dès maintenant écarter ces deux hypothèses, rien dans l'histoire de notre malade ne permettant de s'y rattacher. Il nous reste donc à discuter entre les vrais kystes et les faux kystes nécrotiques du pancréas.

Les vrais kystes du pancréas, kystes glandulaires vrais sont rares. Il faut en effet ne faire rentrer dans cette catégorie que les kystes possédant une paroi propre, par conséquent pour lesquels nous aurons une preuve histologique qui s'ajoutera aux preuves biochimiques que nous rechercherons également, mais qui sont également positives dans les faux kystes nécrotiques.

Cliniquement ces vrais kystes sont volumineux, uniloculaires ou multiloculaires ; le liquide qu'ils contiennent, dont l'aspect varie du jaune clair au chocolat, varie de 500 grammes à 8 litres, parfois davantage. Leur siège le plus fréquent semble être la queue du pancréas, ce qui explique deux caractères cliniques importants : leur mobilité et la rareté de l'ictère. L'histoire de la maladie montre des douleurs constantes, spontanées, apparaissant souvent par crises, sans liaison, ni avec les repas, ni avec la digestion. Un symptôme est important, c'est la notion d'un amaigrissement rapide et intense.

Ne comptons pas sur les recherches de laboratoire ; il n'y a pas de manifestation de l'insuffisance pancréatique, le tubage duodénal ne donne rien, pas plus que l'examen des urines ou des selles.

Dans le faux kyste nécrotique, il y a dans les antécédents du malade une série de crises abdominales s'accompagnant parfois de vomissements, d'accidents syncopaux qui, du fait de leur localisation font parler souvent de coliques hépatiques, d'appendicites.

Ces crises sont suivies à échéance variable, parfois très éloignée, de l'apparition d'une tumeur difficilement mobilisable, de volume variable. En outre on ne note pas d'amaigrissement aussi brutal et rapide que dans le kyste vrai.

Anatomo-pathologiquement on ne trouve pas de paroi propre, simplement du tissu fibreux ; l'examen chimique montre comme dans le kyste vrai des ferments pancréatiques.

Comparons maintenant, les signes cliniques constatés chez notre malade avec les données que nous venons de vous rappeler. L'apparition de cette volumineuse tumeur après une longue évolution coupée de crises douloureuses, sans amaigrissement, nous fait pencher vers le faux kyste nécrotique du pancréas.

Précisons que ce diagnostic ne pourra être affirmé

qu'après l'intervention qui nous permettra des constatations intéressantes et nous donnera la possibilité d'examens complémentaires.

Nous avons pratiqué cette intervention le 29 janvier, sous rachi-anesthésie. L'estomac était étalé et adhérent à la face antérieure de la tumeur qui a été ponctionnée au dessous de la grande courbure, à travers l'épiploon gastrocolique étalé à la surface de la tumeur à laquelle il adhérait intimement. L'aspiration a permis de retirer de la poche plus de quatre litres de liquide jaune, louche, floconneux, sans débris nécrotiques. La paroi interne de la poche était de couleur jaune, d'aspect légèrement velamenteux. L'exploration a montré une énorme cavité développée dans l'hypochondre gauche. Détail capital, l'adhérence de la poche à l'estomac, et au méso côlon transverse, était si intime que toute tentative de clivage était impossible. Aussi nous sommes-nous contentés de marsupialiser.

Les constatations opératoires et tout particulièrement l'absence de plan de clivage étaient déjà en faveur du faux kyste nécrotique. Les examens bio-chimiques et anatomo-pathologiques du liquide et du fragment de paroi prélevé, allaient nous donner des éléments décisifs pour le diagnostic.

L'examen chimique du liquide montrait une teneur en albumines de 12 grammes pour 1.000 ; *la présence de trypsine, la présence d'une lipase très active.*

L'examen cytologique et bactériologique de ce liquide ne donnait par ailleurs rien de particulier ; quelques cellules endothéliales, quelques rares lymphocytes associés à quelques polynucléaires, pas de germes à l'examen direct ; cultures stériles.

Les examens anatomo-pathologiques pratiqués à l'Institut Curie et au Laboratoire du Val-de-Grâce, concluaient à une membrane fibreuse contenant des fibres lisses, dépourvue de revêtement épithélial ou endothélial. Pas de signe de néoplasme.

En résumé, les examens chimiques permettent d'attribuer le kyste au pancréas et les constatations opératoires (absence de clivage), l'examen anatomo-pathologique (absence de revêtement épithélial et de tissu pancréatique) autorisent à porter le diagnostic de faux kyste nécrotique du pancréas confirmant ainsi l'hypothèse que l'histoire et l'examen clinique nous permettaient d'envisager.

Il nous est possible maintenant d'interpréter la longue histoire pathologique de notre malade.

Les crises douloureuses qu'il accuse depuis si longtemps n'étaient autre chose que des crises de pancréatite atténuée. En novembre dernier, la crise a été plus aiguë, n'a-t-on pas à cette date parlé d'appendicite aiguë nécessitant une intervention ? Et c'est après cette crise plus violente que la tumeur, que le faux kyste du pancréas, est apparu, ou a pris le développement énorme qui a obligé le malade à une intervention trois mois après.

Au point de vue traitement chirurgical la marsupialisation est obligatoire dans ces faux kystes sans paroi propre, sans plan de clivage et dont la poche adhère si intimement aux organes du voisinage que toute tentative d'exérèse provoquerait une catastrophe.

C'est également la méthode de choix dans les faux kystes traumatiques, dans les hématomes de l'arrière cavité des épiploons dont les parois présentent également des adhérences si intimes avec les organes voisins que tout clivage est impossible.

Seuls les kystes vrais du pancréas, surtout ceux de la queue, plus rarement ceux du corps et encore moins souvent ceux de la tête, peuvent être extirpés. Si cette extirpation apparaît impossible ou trop dangereuse, la marsupialisation sera indiquée en désespoir de cause.

Le pronostic chez notre malade est favorable, l'intervention a été très bien supportée et la fistule après marsupialisation se tarira dans un délai de trois à quatre mois (1).

Si nous avons tenu à vous présenter ce malade, c'est que sa longue histoire vous schématise les symptômes et l'évolution d'une pancréatite atténuée. Elle vous laisse entrevoir les difficultés du diagnostic de cette affection à laquelle on ne pense pas toujours assez, et vous montre que si un malade a échappé aux accidents redoutables de la pancréatite aiguë, il reste, comme celui-ci, exposé à faire, à longue échéance parfois, un faux kyste nécrotique du pancréas, séquelle fréquente, mais de pronostic favorable, d'une pancréatite chronique souvent méconnue.

VARIÉTÉS

La Botanique préhistorique médicale

A propos de la Diotis candidissima.

Par le Dr **Marcel BAUDOUIN** (Croix-de-Vie, Vendée)

Il y a longtemps que je me suis appliqué à résoudre les problèmes que soulève cette rubrique nouvelle, envisagée comme discipline particulière, non seulement aux temps géologiques, autrement dit au Quaternaire ancien, mais aussi et surtout à l'Holocène et aux époques protohistoriques (Age des Métaux). Je veux parler de la BOTANIQUE PRÉHISTORIQUE (2).

Je ne mentionnerai ici que mes recherches relatives à la Vendée.

De 1927 à 1929, j'ai publié, dans un journal régional, 306 articles, documentés, sur l'Archéologie et l'Histoire naturelle des 306 communes de ce département. Dans chacun d'eux, j'ai consacré un paragraphe à la *Flore spéciale* de la commune considérée (première tentative réalisée).

J'ai constaté alors la présence matérielle d'espèces dont l'existence n'est pas explicable par les seuls jeux de la Nature ! Il m'a fallu souvent conclure à des IMPORTATIONS et à des CULTURES, *très anciennes*, souvent en rapport avec les LIEUX et BOIS SACRÉS des Protohistoriques, et avec les premiers établissements chrétiens, ainsi que ceux des Phéniciens et des Romains.

Dans la plupart des cas, il a fallu faire intervenir, aussi, la notion du *Totémisme végétal* et des *Plantes sacrées* par un phénomène comparable à ceux bien connus de l'Inde (Plante à Soma), de l'Amérique Centrale (Peyotl, etc.), sans parler des restes des Glaciations récentes. Certes, on pourra discuter les interprétations ; mais les *faits* resteront.

***

Aujourd'hui je tiens, à ce point de vue, à me limiter à une plante, assez rare, de nos Rivages maritimes et de nos Dunes, manifestement *post-romaines* (3) ! Je veux parler de la Composée, qui porte généralement aujourd'hui, dans nos Flores loca-

(1) La cicatrisation est presque complète au 1er avril.

(2) Ne pas confondre cette branche limitée de la science avec la *Paléobotanique*, qui ne s'occupe que des plantes fossiles ou subfossiles. En Préhistoire, je veux surtout parler des Plantes encore *vivantes*, dont quelques-unes vécurent en face de l'Homme, au Quaternaire ancien (par exemple les Mousses, les Lichens, etc.).

(3) Marcel BAUDOUIN. — *Dunes littorales des Sables-d'Olonne à la Vie*, etc. — *Rev. des Sc. nat. de l'Ouest*, Nantes, 1912, t. II, 3e série, 55-90, 8 fig. Tiré à part, in-8°, 1912, 35 pages, 8 fig.




ANAXERYL

les le nom de *Diotis candidissima* Desfontaines, et d'introduction forcément *post-romaine* (1).

HISTORIQUE. — J'ai été amené, à la suite de travaux historiques sur la Vendée atlantique, à me demander pourquoi un savant botaniste, d'avant la Révolution, simple médecin de campagne, avait été conduit à utiliser cette espèce au point de vue *thérapeutique*, alors qu'aucun classique, qu'aucune flore française ou étrangère, ne mentionnait un tel emploi ! Je veux parler du texte d'un manuscrit inédit (2) du Docteur Pierre Dorion (3), récemment retrouvé, où il est question, d'après ce que je crois, de cette plante (4), quoique l'auteur ne lui donne que deux autres noms, parfaitement inconnus pourtant des professionnels ! Le premier, celui de *Gnaphalium maritimum*, parce que les *Diotis* ont certains des caractères des *Gnaphalium*, et parce que l'ancien nom du *Diotis candidissima*, qui est *Othanthus maritimus* Link., s'explique en effet (5). Le second, mot non vendéen et non local, l'HERBE BLANCHE, se comprend, certes, de même.

MANUSCRIT. — En tout cas, voici le texte même *in extenso* du passage du manuscrit du Docteur Pierre Dorion.

« Nous ne devons pas oublier (parmi nos plantes maritimes), l'HERBE BLANCHE ou le *Gnaphalium maritimum*, si recommandable dans l'*asthme*, où elle produit d'aussi bons effets que la *Camphrée de Montpellier*, et qui est un spécifique assuré pour corriger les aigreurs d'estomac et les indigestions acides. »

Les termes sont formels :

1° Il s'agit d'une *plante maritime*.

2° *Gnaphalium maritimum* paraît bien être le nom latin de l'*Herbe blanche*.

3° Cette plante est bien un succédané de la *Camphorosma monspeliaca*, citée dans toutes les matières médicales.

Il me semble impossible de voir là autre chose, puisqu'il s'agit d'une espèce indigène et du littoral atlantique vendéen, que la *Diotis candidissima* Desfontaines, vu les caractéristiques de la plante et le qualificatif de *Candidissima* de cette *Diotis*. Mais le terme *Herbe blanche* ne s'explique pas, parce que je ne puis croire que ce soit une simple *invention* du Docteur Pierre Dorion, élève en 1745 de la Faculté de Montpellier, où il apprit la Botanique, et où certainement il herborisa.

Ce médecin a donc dû prendre, à Montpellier ou en Provence, cette dénomination, *très justifiée*, et a sans doute aussi ramené des bords de la Méditerranée la notion thérapeutique qui s'y rapporte et sur laquelle il a insisté dans son célèbre manuscrit, daté de 1772, resté plus de 150 ans égaré et inconnu !

Des Herbes blanches. — La *Centaurea Clementii* est une plante presque aussi cotonneuse que la *Diotis* ! Mais il ne peut s'agir de notre « Herbe blanche », puisque cette Centaurée ne vit pas sur les côtes de l'Ouest.

D'autre part, dans les Alpes et les Pyrénées, on appelle le *Leontopodium Alpinum*, la PETITE HERBE BLANCHE, sans doute pour la distinguer de la *Grande* ! Mais cette fameuse Edelweiss ne se trouve qu'à forte altitude (Grand Saint-Bernard, le Jura, la Dôle) ; et il ne peut pas s'agir de la plante citée par P. Dorion, pas plus que pour le *Gnaphalium leontopodium*, qui n'est qu'un synonyme de cette espèce, et les *Filago* (Cotonnière).

***

Le *Diotis* est décrit par Valmore Bomare sous le nom d'*Herbe blanche* (t. 5, p. 509), et, dans son *Dict.*, c'est le *Gnaphalium maritimum*, C. B., Pin. 263.

Elle est, dit-il, appelée aussi *Pied de Chat maritime*, en raison de la forme des fleurs épanouies qui représentent un pied de Chat ou une *Etoile*.

Cet auteur a dit que, de son temps, on ne la trouvait qu'en *un seul endroit* de la côte du Croisic en Bretagne ; ce qui semblerait faire croire qu'elle a été importée.

Sa tige cotonneuse la rend propre à servir de mèche dans les *Lampes*.

Une autre plante est appelée de même Pied-de-Chat ou Perlière. C'est *Elycrisum montanum* ou *Hispidula* Tourn., et *Gnaphalium dioïcum* Linné, 1199.

Cette espèce n'est pas maritime et est dioïque (de Haller).

Ses fleurs sont expectorantes. Elle a été employée dans les *hémoptysies*. Les pharmaciens en faisaient une conserve pour les Phtysiques.

On trouve dans Gillet et Magne (*Flore française*) que l'*Antennaria divica*, vulgo *Pied-de-Chat*, bien connu comme béchique, s'appelle l'*Herbe blanche* (1). Mais cette espèce est totalement étrangère à la Vendée. C'est une plante des basses montagnes siliceuses, qui apparaît parfois en plaine, près Paris et dans le Poitou ; mais elle est très rare.

Le Gnaphalium. — *Gnaphalium maritimum* est un binome linnéen, qui figure dans le *Nomenclator botanicus* de Stendel (éd. 1828), mais sans indication de patrie ! On ne le rencontre d'ailleurs en <u>synonymie</u> dans aucun des grands ouvrages français sur la Flore de France, publiés depuis Lamark et de Candolle jusqu'à Bouy ou Coste, les derniers parus ! Mais on ne peut qu'en conclure que ce n'est pas une espèce française. Elle n'est point, en tout cas, des plaines du Nord de l'Europe (Garcke, *Deutschland's flora*). Et on ne sait à quelle plante vulgaire l'attribuer, si l'on ne tient pas compte du manuscrit du Docteur Pierre Dorion (2).

Dans ces conditions, la *Grande Herbe blanche* reste pour nous totalement inconnue, en dehors de l'affirmation du médecin bas-poitevin !

Le *Gnaphalium maritimum* a été décrit antérieurement par Persoon [*Synopsis Plantarum*, 1805, II, p. 418, n° 48) dans les termes suivants : « Fruticosum ramosissimum foliis lanceo latis, acutiusculis, sessilibus, squamis calycinis intimis coronis (L. Burns. Afric. 216, t. 77, f. 2). *Ad Cap. B. Spei, littora maris. Hor. aurei.* H. (= ligneux) ».

D'après notre confrère Simon, ce n'est pas là le *Diotis*. C'est, d'ailleurs, une plante du cap de Bonne-Espérance !

Mais il faut bien remarquer que les deux textes cités ne sont que de 1805 et de 1828, c'est-à-dire *postérieurs de cinquante ans* à l'époque où P. Dorion étudiait la Botanique, à Montpellier !

Il se pourrait donc que ce terme, en cinquante ans, ait changé de sens et qu'en 1745 on l'appliquait en France au *Diotis*, car, dans les deux cas, il s'agit d'une plante du littoral océanique...

Ce qui est resté incompréhensible quelque temps, c'est que P. Dorion ait employé une telle dénomination, lui qui n'avait jamais étudié les plantes d'Afrique, pour une espèce qu'il avait rencontrée sur les bords de la Méditerranée et de l'Océan !

Mais la note suivante est venue tout expliquer enfin.

(1) Comment expliquer cette introduction d'époque protohistorique ? L'idée la plus simple est celle de l'existence de *Dunes néolithiques* disparues, détruites presque en totalité par l'Océan, quoique les auteurs et géographes latins du IIe siècle après J.-C. ne citent pas de Dunes en cette région.

Mais d'autres explications, sur lesquelles il est inutile de s'appesantir ici, sont également possibles.

(2) Dr Pierre DORION. — *Mémoire sur l'Histoire naturelle du Bas-Poitou maritime.* Manuscrit inédit (1772). Bibliothèque municipale de Poitiers.

(3) Marcel BAUDOUIN. — *Le Docteur Pierre Dorion*, journaliste scientifique d'avant la Révolution (1722-1777). — *France médicale*, Paris, 1912. Tiré à part, in-8°, 1912.

(4) J'ai rédigé deux autres mémoires, où j'aborde la question de la PRÉHISTOIRE BOTANIQUE ; ils ont trait à l'*Asphodèle et à la Garance.* Mais ils sont encore inédits.

(5) En effet, le genre *Diotis* est caractérisé parce fait que la corolle est *prolongée en deux éperons* sur l'ovaire (ce qui le fait paraître AILÉ). Ce sont là *les deux oreilles* ou *anses* !

Le genre *Santolina* n'a qu'un de ces éperons. Mais, dans le *Diotis*, la corolle est « dilatée-comprimée inférieurement et terminée par deux *éperons* prolongés sur l'ovaire » (Lloyd).

(1) Lloyd l'appelle *Gnaphalium dioicum* L. (*Antennaria* Gært.). Il ne l'a cité que pour la Charente-Inférieure (forêt de *Benon*, d'après Bonpland, in Herbier, de Beaupréau). On n'a d'ailleurs pas pu la retrouver !

(2) Pour cet auteur, on l'a vu, c'est l'*Herbe blanche* classique.

M. Birobent (Paris) a écrit dans la *Chronique médicale* (1929, p. 239), en effet :

« Il y a deux Herbes blanches :

« *a*) L'une est l'*Armoise blanche*, *Diotis maritima* (erreur pour *candidissima*) ou *Athanasia maritima* de Linné. La synonymie avec un *Gnaphalium* se trouve dans Tournefort, qui l'appelle *Gnaphalium maritima* (*sic*) ! L'autre est l'Immortelle Pied-de-Chat (*Gnaphalium dioïcum* Linné).

« Au point de vue pharmacodynamique, les deux *Herbes blanches* ont été quelquefois employées toutes deux contre la phtisie. Toutefois, la première a servi davantage contre les dyspepsies et contre la goutte. Au contraire, les sommités de l'Immortelle Pied-de-Chat passent depuis toujours pour pectorales et le *Gnaphalium dioïcum* fait partie des *quatre fleurs pectorales*. Il semble donc que ce fût à la suite d'une méprise de synonymie que le Docteur P. Dorion (de Saint-Gilles) ait expérimenté le *Gnaphalium maritimum* pour le *Gnaphalium dioïcum*. »

A mon avis, M. Birobent s'est trompé : Le Docteur Dorion, habile botaniste, n'a pas fait la moindre confusion. Il parle, en effet, d'une plante des dunes de Saint-Gilles. Or, en Vendée, le *Gnaphalium dioïcum*, plante des bois, EST TOTALEMENT INCONNUE (Cf. Lloyd. *Flore de l'Ouest*, 5e éd., p. 185). Il a donc bien voulu parler du *Diotis candidissima*, et non d'une autre espèce.

D'ailleurs, un auteur, qui signe *Akakia*, a écrit à ce propos (1) :

« Pour confondre l'*armoise blanche* et l'immortelle *pied-de-chat*, il faut n'avoir pas *vu* la plante couverte d'un duvet cotonneux épais et très blanc qu'est la première et ses fleurs jaunes, et, d'autre part, les fleurs blanches ou roses et les rejets rampants de la seconde. Pour confondre, il faudrait s'en être tenu à la ressemblance de leurs noms : *Gnaphalium dioïcum* ; *Gnaphalium maritimum* ? Encore y a-t-il là une indication. L'habitat de l'une et de l'autre sont différents.

Gnaphalium dioïcum. — D'après James Lloyd (*Flore de l'Ouest de la France*, in-16, Forest, Nantes, 1854, p. 236) : Pelouses arides, montueuses (Cosson). — Charente-Inférieure : Forêt de Benon (Bonpland *in* herb. de Beaupreau). — D'après A. de Brébisson, *Flore de Normandie* (in-12, Hardel, Caen, 1849, p. 134) : Bruyères, bords des bois. — Rouen ; Mouen, près de Caen ; Cléry, Eu, Falaise, Morlaix, etc...

Gnaphalium maritimum. — D'après Lloyd (*loc. cit.*, p. 240) : Sables maritimes. — Charente-Inférieure : Oléron (Bonpland), île de Ré, Fouras, Châtelaillon (de Beaupreau) (*Rare*) : Vendée : des Sables-d'Olonne à Saint-Gilles, île d'Yeu, Noirmoutier. — Loire-Inférieure : Pembron, Piriac, Mesquer, Penestin (*quelques pieds seulement ailleurs et la même peu commun*). — Finistère : Dinant (2).

D'après A. de Brébisson (*loc. cit.*, p. 138) : Sables maritimes de la Manche ; assez rare dans le Calvados.

Des citations qui précèdent, il ne paraît pas que l'une et l'autre plante soient très communes dans le Nord-Ouest de la France et cela permettrait de comprendre une méprise toujours possible, car c'est chose humaine que se méprendre !

J'ai répondu dans la *Chronique Médicale* :

1° L'HERBE BLANCHE (XXXVI, 238, 239). — Je remercie mon collègue Birobent de son diagnostic pour le *Diotis candidissima* ; mais je me permets de lui faire remarquer qu'il a eu tort d'accuser le Docteur Pierre Dorion (de Saint-Gilles) d'une méprise de synonymie entre *Gnaphalium maritimum* (*Diotis*) et *Gnaphalium dioïcum*. Ce médecin, qui était un botaniste trop averti pour commettre pareille bévue, cite l'*Herbe blanche* des Dunes de la Garenne de Retz à Saint-Gilles de façon formelle. Or, le *Gnaphalium dioïcum* n'est pas une plante des sables dunaires et maritimes, mais une plante du bord des bois, qui est, au demeurant, totalement inconnue en Vendée (cf. Lloyd, *Flore de l'Ouest*, 5e éd., p. 239). Qui plus est, ce *Gnaphalium dioïcum* est si rare dans l'Ouest qu'on ne le cite que pour la forêt de Benon (Charente), où jamais personne n'a pu le retrouver depuis Bonpland (1) !

(1) *Chron. méd.*, 1929, p. 296.

(2) En 1844, Lloyd n'avait pas employé le terme *Gnaphalium*, mais celui d'*Othanthus*.

En 1854, il avait donc changé. Dans cette flore, le terme *Herbe blanche* ou *Armoise blanche* n'apparaît pas !

2° L'HERBE BLANCHE (XXXVI, 238, 239, 296). — Depuis mon dernier envoi à la *Chronique Médicale*, j'ai trouvé la solution, définitive, je crois, à la question posée : L'herbe blanche est bien à la fois le *Gnaphalium maritimum*, Tournefort et le *Diotis candidissima*, Desf.

Par conséquent, mon confrère Akakia (de la Roche-sur-Yon) a eu raison de citer la notice de Lloyd en 1854, ayant pour titre *Gnaphalium maritimum*. Le texte est exactement celui de *Diotis candidissima* dans les éditions ultérieures dudit Lloyd, à partir de 1856. Seulement Lloyd a eu tort de ne pas donner cette synonymie, après avoir employé le terme de *Gnaphalium maritimum* lui-même, en 1854, d'autant plus que cette plante ne figure pas, dans sa première édition de 1844, sous ce nom, mais sous celui d'*Otanthus maritimus*. Il aurait dû indiquer le changement de nom.

D'après le Docteur Gomès, l'Herbe blanche ou Armoise blanche, est employée en Portugal contre la *goutte*. Dans les Baléares, et à Majorque, en particulier, on s'en sert contre les *maux de dents*.

C'est donc le Docteur P. Dorion qui l'a recommandée le premier dans l'*Asthme*. Reste à savoir si c'est la *goutte* qui a fait penser à l'*asthme* et si vraiment cette plante a une action quelconque dans cette dernière maladie. Elle doit avoir été une plante *totem*, puisque Linné l'appelait *Athanasia* (2).

CLASSIFICATION. — DIOTIS est un genre de la famille des Hélianthacées (Composées, *Alior*) — Seneciondées — Anthémidées, établi par Desfontaines (*Fl. Atl.*, II, 261). Il ne contient qu'une espèce, croissant dans le Midi et dans l'Ouest de l'Europe, sur le bord de la mer, ainsi que sur le littoral africain, qui avoisine la Méditerranée.

« Elle est entièrement couverte d'un *duvet blanc* ! Les feuilles sont alternes, semiamplexicaules, ovales ou oblongues, obtuses. Les fleurs jaunes, en capitules multiflores, homogames et discoïdes, forment un corymbe, au sommet des ramules feuillés.

« *On la cultive dans les jardins botaniques* ». Ceci d'après C. L. du Dictionnaire de d'Orbigny, c'est-à-dire M. Lemaire (1844, t. V., p. 45).

Le mot DIOTIS est un terme grec, Διώτος, qui signifie « à deux oreilles » ou « à deux anses » [Ce nom est dû à la forme de la corolle] [Δις : οὖς ou ὦτα].

L'EUROTIA (3) d'Adans serait un synonyme. L'autre synonyme, OTHANTHUS, dû à Link (*Flor. Portug.*, II, 364), dérive de ἄνθος, fleur et ὦτα, oreilles (fleur à oreilles) et a, en somme, même signification ; laquelle se rapporte à la fleur de cette seule composée.

Le fait qu'on la cultivait jadis dans les jardins botaniques indique une *plante médicinale*. Mais elle ne l'est plus désormais.

D'ailleurs, Linné avait dénommé cette plante ATHANASIA *maritima*, mot qui dérive du grec 'Αθανασία, signifiant *Immortalité*.

Cette espèce végétale rendait donc jadis immortel ! C'est assez imprévu... Pour comprendre, il faut songer à l'*Immortelle* (*Helichrysum stæchas, ex Gnaphalium*).

(1) Une deuxième édition du Dictionnaire de Valmont-Bonare (édit. 1800, t. V, p. 168) donne :

« *Gnaphalium maritimum*. C. B. Pin, 263, Tournefort. Immortelle sauvage à bouton d'or et à larges feuilles ». (Cf. Pitton de Tournefort. *Institutiones rei herbania*, 1719).

Comme le Docteur P. Dorion possédait ce dictionnaire, ainsi que je l'ai montré dans la biographie de ce savant que j'ai publiée, il est probable que c'est là qu'il a pris ce vocable !

(2) *Chron. Méd.*, 1930, n° 2, p. 48.

(3) *Eurotia* doit venir de *Euros* (Εὖρος ou ὖρος, bœuf sauvage) ; et d'*Otia* (ὠτία pour ὦτα, oreilles). Dès lors, ce terme voudrait dire : *Oreille de vache sauvage*. Mais ce n'est pas prouvé....

BIBLIOGRAPHIE

Les Vieilles Provinces de France. (Collection publiée sous la direction), de M. A. Albert PETIT *Histoire d'Artois*, par A. MABILLE DE PONCHEVILLE. Un volume in-8° écu illustré de 16 planches hors-texte. (Broché, 20 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

« Artois, disait le dictionnaire de Moréri sous l'ancien régime, — province des Pays-Bas, avec titre de comté, au roi de France : elle est entre la Flandre, la Picardie, le Boulonnais et le Cambrésis. La ville capitale est Arras... »

Cette ville d'Arras qui a rassemblé l'Artois n'est d'ailleurs pas plus au centre du Pas-de-Calais actuel que Paris au centre de la France. César y a campé au temps où il luttait contre l'irréductible Commius. Les Francs s'y sont installés au sortir du bassin de l'Escaut ; Saint-Vaast, qui restaura la cité des Atrebates et y fonda le monastère dont l'église abbatiale est devenue la cathédrale d'Arras, fut le catéchiste de Clovis avant Saint-Rémy.

Baudouin Bras-de-Fer, gendre de Dagobert, fut le premier comte d'un Artois uni à la Frandre jusqu'au jour où Isabelle de Hainaut l'apporta dans sa dot à Philippe-Auguste (1180). Mais les ducs de Bourgogne y régnèrent souverainement, et Louis XI ne réussit pas à la rendre à la couronne. Ce fut l'œuvre de Richelieu et de Louis XIV.

Ainsi tiraillé entre des puissances politiques adverses, l'Artois n'a pour ainsi dire jamais cessé d'être un enjeu, et souvent la partie s'est jouée sur son propre sol. Il a d'autant plus souffert dans la récente guerre qu'il fut partiellement envahi. On a vu alors ses fils — le Maréchal Pétain en est un — lutter pour sa libération et contribuer dans la mesure que l'on sait à la victoire de la France.

Le charme de ce livre, œuvre d'un historien qui sait aussi décrire et conter, le rend accessible à tous. Tel chapitre, par exemple *Le beau château d'Hesdin, centre du monde* (au temps des ducs de Bourgogne), est une importante contribution à l'histoire générale en même temps qu'une lecture des plus attrayantes.

L'Eglise et la Civilisation au Moyen Age (II), par Gustave SCHNÜRER, professeur à l'Université de Fribourg (Suisse). Traduction française de G. Castella. Un vol. in-8 de 816 pages de la Bibliothèque historique, 50 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Gustave Schnürer, qui enseigne depuis de longues années à l'Université de Fribourg, en Suisse, est l'un des médiévistes les plus connus et les plus appréciés.

L'Église et la Civilisation au Moyen-Age est l'œuvre de sa vie entière.

« Le Moyen-Age, dit-il dans son avant-propos, est la période pendant laquelle l'Église exerce une autorité presque incontestée. Aussi, l'étude des rapports qui ont existé pendant cette époque entre l'Eglise et la civilisation n'est-elle pas un problème nouveau. La réponse qu'on lui a donnée se retrouve toujours, inconsciemment exprimée ou explicite, à la base des jugements de valeur portés sur le Moyen-Age. Cette étude critique n'a pas toujours été faite, notamment pour de nombreux points de détail, avec le calme et l'impartialité nécessaires. Deux conceptions diamétralement opposées s'affrontaient : l'une déniait au Moyen-Age toute culture, tandis que l'autre y voyait l'idéal de la civilisation et en attribuait tout le mérite à l'Eglise. Il manquait jusqu'à maintenant une étude d'ensemble qui embrassât tout le Moyen-Age, en essayant d'expliquer les différentes phases de son développement.

L'intérêt du second volume de l'Eglise et la Civilisation au Moyen-Age, ne le cède en rien à celui du premier.

Ce grand ouvrage, dont la critique a relevé les qualités maîtresses, est une œuvre de synthèse d'une belle impartialité et d'une information abondante et sûre. C'est le complément indispensable de toute histoire ecclésiastique et de toute histoire sociale de l'Europe au Moyen-Age. Avec raison, l'auteur a insisté sur des événements tels que la vie intellectuelle au IXe siècle, la fondation du Saint-Empire romain germanique, la réforme des clergés régulier et séculier aux Xe et XIe siècles, l'affranchissement de l'Eglise et de la papauté, les croisades, les universités, les nouveaux ordres religieux, qui, souvent, sont exposés trop hâtivement dans les livres consacrés à l'histoire de la civilisation.

Le Professeur Gustave Schnürer a groupé et interprété les faits bien contrôlés, de telle sorte qu'on assiste aux conflits poignants des facteurs spirituels, âme de toute culture, avec les forces matérielles. Des actes à l'esprit qui les inspire : telle est la méthode. Elle est d'un historien et d'un penseur. Aussi est-ce le courant de la vie même de l'Eglise qui passe à travers ces pages si riches de substance et si évocatrices.

Cette traduction d'un ouvrage magistral vient à son heure : jamais il n'a été plus nécessaire de connaître et de fortifier les assises millénaires de la civilisation occidentale.

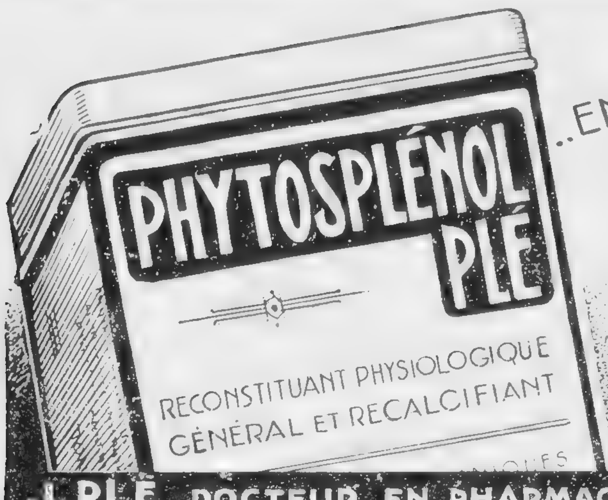
Revue d'Histoire littéraire de la France. Paraît quatre fois par an. Abonnement : France : un an : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'octobre-décembre 1934. I. Raymond Lebègue : Malherbe correcteur de tragédie (*suite et fin*). — E.-R. Briggs : L'incrédulité et la pensée anglaise en France au début du dix-huitième siècle. — Henri Jacoubert : Une source peu connue du romantisme. La galerie de tableaux du duc d'Orléans (*suite et fin*).

II. *Mélanges*. — Correspondance inédite entre Thomas Barthe (1759-1785) (*suite et fin*) (M. Henriet). — Une consultation de Sainte-Beuve sur Xavier de Maistre (Jean Bonnerot). — Une source de « Salammbô » (Jean Bonnerot). — Bibliographie des pièces de théâtre parues en France de 1815 à 1848, avec indication des pièces ayant un caractère social ou une tendance sociale (Sylvia. L. England).

III. *Comptes rendus*.

IV. *Chronique*.



..EN GRANULÉS OU.EN DRAGÉES

RECALCIFIE
donne
POIDS & APPÉTIT

SYNERGIE OPOTHÉRAPIQUE & MINÉRALE

Posologie : de 2 à 6 cuillerées à café de granulés, ou dragées, par 24 heures avant ou au cours des repas.

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE • 111 bis rue de Turenne • PARIS • 3e

---

SULFARSENOL

ADOPTE PAR LES HOPITAUX

Dans la Syphilis est l'Arsénobenzène

LE PLUS COMMODE — LE PLUS EFFICACE — LE MOINS DANGEREUX

Traitement de choix des Nourrissons, des Enfants et des Femmes enceintes

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTE PAR LES HOPITAUX

Pour injections intra-musculaires ou sous-cutanées d'arsénobenzènes — indolores —

(Sérum glucosé avec addition de gaïacol et de chloretone) — Présentation : Boîtes de 1 — 6 — 12 ampoules

EKTOPHANOL

Sel de Lithium de l'acide phénylquinoléine-carbonique. — Corps pur sans association médicamenteuse

1° Fortement diurétique.

2° Puissant mobilisateur et solvant de l'acide urique.

3° De réaction légèrement alcaline, d'où excellente tolérance gastrique et inutilité de l'administration d'alcalins.

INDICATIONS : *Rhumatismes musculaires ou articulaires aigus ou chroniques, goutte, sciatique, lumbago,* etc.

PRÉSENTATION : Boîte G. M. (4 tubes, soit 32 cachets).
Boîte P. M. (2 — , soit 16 cachets).

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MEDICALE — Ch. DESGREZ *Docteur en Pharmacie*
19-21 rue Van-Loo — Paris XVIe — Téléphone : Auteuil 26-62 — 04-30.

LABORATOIRES des

LIPO-VACCINS

Vaccins hypo-toxiques en suspension huileuse, utilisés dans l'Armée, la Marine et les Hôpitaux.

Vaccin antityphique et antiparatyphique A et B **Lipo-Vaccin T A B**

Vaccin antigonococcique "Lipogon"

Vaccin anti-staphylo-strepto "pyocyanique" **Lipo-Vaccin antipyogène**

Lipo-Vaccin anti-entéro-colibacillaire

Lipo-Vaccin anti-grippal **(Pneumo-Pfeiffer pyocyanique)**

Lipo-tuberculine **solution huileuse de tuberculine au 1/10, 1/5, 1/2, 1 milligramme (par centimètre cube)**

82, rue de Vouillé et 1 Boulevard Chauvelot, PARIS (XVe) : *Tél.* : Vaugirard 21-32 — *Adresse télégr.* : Lipovaccins Paris

Il est bien évident que, dans ces conditions, elle a dû être autrefois une *Plante divine*, c'est-à-dire un *Toteun*. Elle a dû, par suite, être jadis employée en thérapeutique.

En réalité, l'ancien genre *Athanasia* comprenait surtout une trentaine d'espèces d'arbrisseaux de l'Afrique du Sud, et plus particulièrement du Cap. On a donc bien fait d'en isoler la *Diotis*, qui est une plante de l'autre hémisphère.

Mais, réellement, on ne soupçonne pas pourquoi ces arbustes avaient un rapport quelconque avec l'idée d'*Immortalité*, de même que l'*Immortelle*.

Pourtant le Dictionnaire grec d'Alexandre va nous éclairer. Il dit, en effet, que le mot Ἀθανασία est, aussi, « un TERME DE MÉDECINE, *qui est une* SORTE DE REMÈDE ».

Il n'est pas douteux dès lors que, chez les Grecs, *Diotis candidissima* était une plante utilisée par les anciens médecins. Elle devait donc bien *guérir de la mort*...

Ainsi s'explique enfin la phrase du Docteur Pierre Dorion, parce que les Latins ont dû utiliser aussi cette espèce ; et peut-être sont-ce eux qui l'ont importé tardivement sur nos Dunes, où à l'époque gallo-romaine.

CARACTÈRES. — 1° *Odeur*. — Comme a été le seul à le faire remarquer mon ami le Professeur Citerne, la *Diotis* est une espèce *très aromatique*.

Si l'on froisse vivement entre les doigts les *feuilles* de cette belle plante, on sent s'en dégager une *odeur* très forte, violente même en *plein été*, qui impressionne vivement les sens de l'observateur. On dirait un parfum d'*absinthe* ! Mais il faut que les feuilles soient encore *vertes*.

Il y a donc là une *huile essentielle* en quantité notable ! Et c'est certainement pourquoi la *Diotis* a été remarquée par les anciens Grecs et les protohistoriques.

C'est aussi pourquoi le *Remède*, qui a donné, au début, son nom à la plante, a été appelé Ἀθανασία.

Cette odeur, avec les systèmes d'Épicure et de Lucrèce, devait forcément avoir des *qualités merveilleuses* pour les pauvres malades.

L'intensité du parfum s'explique d'ailleurs par l'origine, sans doute *africaine*, de ce genre de végétaux, qui semble avoir pris naissance dans les pays de fort soleil, tellement ils sont vigoureux.

Diotis candidissima est remarquable, en outre, par sa prestance et sa résistance ! On ne la trouve qu'en *plein vent*, au *sommet* des Dunes, et non dans les *creux* ! Elle recherche les points *les plus exposés* et *les plus éventés* de nos côtes.

On dirait une plante du désert libyque, émigrée sur les bords de la mer... Or, sa blancheur *éclatante* ferait plutôt songer aux neiges polaires.

L'huile essentielle semble exister, non seulement dans les feuilles, mais aussi dans l'*écorce cotonneuse*, qui est *très épaisse*, et qui recouvre la tige ligneuse, inodore elle-même, dont elle se détache, comme celle du *Sureau*.

Il est donc très probable que son siège se trouve dans les *poils* abondants, qui recouvrent les feuilles et l'écorce, et lui donnent son aspect cotonneux.

2° *Etude histologique*. — Si l'on examine ces organes au microscope, sans pratiquer de coupes spéciales dans les feuilles elles-mêmes (ce qui nécessite un outillage de laboratoire spécialisé), on peut faire certaines constatations intéressantes, d'abord sur la constitution de la masse cotonneuse qui entoure ces organes, puis sur ses éléments eux-mêmes.

En effet, quand, au microscope, avec un très faible grossissement (Verick, Oc. 1, Obj. 1), on observe une feuille de la plante, on constate que le « *flou cotonneux* », est constitué par une espèce de *fourrure*, formée de très longs *poils*, très fins, recouvrant une mince épaisseur de substance verte. Celle-ci a comme l'air perdu dans une *boule d'ouate* !

Les poils, très enchevêtrés, apparaissent comme formés par une cellule unique. On n'aperçoit pas, en effet, entre les deux minces cloisons qui les constituent de divisions perpendiculaires dans leur substance transparente.

Mais, de temps en temps, on remarque à leur niveau une petite *boule* de substance huileuse, de coloration très claire, qui semble parfois collée et appliquée à la paroi externe dudit poil.

Cette substance semble donc s'être échappée des cellules végétales de la feuille et semblerait n'avoir rien à voir avec le feutrage formidable des poils formant une toison imperméable aux parties où se voit la chlorophylle. Mais ce n'est là qu'une apparence. En effet, parfois, on distingue nettement une grosse *gouttelette huileuse dans l'intérieur du long poil*, qui occupe tout le champ du microscope. Et cette gouttelette est en son milieu (et non à sa base) ou à son sommet.

Et cela suffit à prouver que le principe aromatique est certainement en rapport avec les poils !

Ces derniers, bien entendu, sont *très clairs* et *très transparents*; ce qui explique la *blancheur de la plante*. La substance huileuse est, par contre, de coloration plutôt *jaune* que verte. Elle forme parfois de petits *grains*, dans le canal du poil.

Les cellules de la feuille sont très foncées et très imprégnées de chlorophylle. Sans dissociation préalable, on ne peut pas les reconnaître et les isoler à un faible grossissement.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE. — 1° *Loire-Inférieure*. A. — J. Lloyd (1), dans sa *Flore de la Loire-Inférieure* en 1844, appelle encore cette espèce : « *Othanthus maritimus*, Link (2).

Il cite le terme *Athanasia maritima*, de Linné ; mais aussi la dénomination de *Diotis candidissima*, qu'il attribue d'ailleurs à Pesneau, et non pas à Desfontaines !

Il dit : « Plante *toute blanche* cotonneuse. Tiges nombreuses. Paillettes larges, cotonneuses au sommet. Sables maritimes.

Il indique : *Chaussée de Pembron*, A. C. (grande station). *Piriac, Mesquer, Penestin*, P. C. Quelques pieds seulement ailleurs.

Pour la Vendée, il cite alors *Noirmoutier*.

Pour le Morbihan : *Quiberon* et *Belle-Ile* seulement.

Il ajoute, pour le Finistère : Dinant (édition de 1854).

B. — Citerne, dans sa Flore (3), dit : « Plante *blanche*, tomenteuse, AROMATIQUE, vivace.

Sables maritimes ; près ; p. c. (peu commun).

Il exagère, car je n'ai jamais rencontré cette espèce dans des prairies. De plus, en Loire-Inférieure, la plante n'existe que dans les localités signalés par Lloyd dans les récentes éditions.

Mais le qualificatif d'AROMATIQUE, qui est réel, est à retenir, étant donné le caractère médicinal de cette plante ; seul Citerne, à ma connaissance, y a insisté !

2° *Ouest* (Ensemble). Dans sa *Flore de l'Ouest* (3e édition, Nantes, 1876, in-8°, p. 170), J. Lloyd donne *Diotis candidissima* ; et non plus « *Othanthus* » ! Il signale la plante dans divers départements.

A) *Bretagne*. — a) *Finistère* : Côte Sud, A. C. Porsmorguer, Guisseny (Crouan) ;

b) *Morbihan* : A. C., par localités (voir édit. de 1844) ; Quiberon ; Belle-Ile.

c) *Loire-Inférieure* : Chaussée de Pembron, A. C. Piriac Mesquer, Penestin. Peu commun.

Quelques pieds seulement ailleurs.

---

(1) James LLOYD. — *Flore de la Loire-Inférieure*. Nantes, Prosper Sébire, in-18°, 1844 (Cf. p. 136).

(2) En réalité, il faut écrire *Otanthus*, et non *Othanthus* (étant donnés les radicaux grecs de ce nom), comme l'a fait, en 1844, Lloyd, par erreur !

(3) Dr P. CITERNE. — *Flore de la Loire-Inférieure*. Nantes, 1909, Dugas, in-8°. (Cf. p. 252).

Dès 1882, j'ai noté que déjà la plante était passée de la Garenne-de-Retz à Boisvinet, c'est-à-dire sur la rive Nord de la Vie. J'ajoutais : « se répand de Croix-de-Vie à Sion. »

Chose curieuse, elle n'est pas signalée encore entre Sion et Fromentine, c'est-à-dire à Saint-Hilaire-de-Riez, Saint-Jean-de-Monts, Notre-Dame et la Barre-de-Monts.

Elle doit pourtant y exister ! Elle est à rechercher. Si l'absence est réelle, elle a une cause intéressante, qui serait alors une non-importation gallo-romaine, ces dunes étant récentes.

b) *Vendée* : Des *Sables* à *Saint-Gilles* (Pontarlier, Delalande), commun (1).

Pointe Nord de l'Ile d'Yeu, C.C. Noirmoutier.

c) *Charente-Inférieure* : Oléron (Bonpland). Ile-de-Ré, Fouras (de Beaupréau), rare.

On remarquera que cette plante n'est pas citée pour les *Côtes-du-Nord* du Finistère, ni pour les *Côtes-du-Nord*, ni pour l'*Ille-et-Vilaine* !

Et, pourtant, nous allons la retrouver dans la *Manche* !

Cette lacune est vraiment bien extraordinaire. Nous y reviendrons.

Vendée. — *a)* A l'*Ile d'Yeu*, cette plante forme de véritables champs dans les dunes du *Caillou Blanc* et de la Pointe du But.

Le Professeur Viaud Grand Marais n'a fait que la signaler, sans insister. Il dit seulement qu'elle est très abondante au *Caillou Blanc* ; on ne sait trop pourquoi !

Il ne parle pas du tout d'un emploi populaire ni d'une utilisation médicale quelconque : mais il la mentionne dans les trois mémoires consacrés à cette île.

b) *Noirmoutier.*—1° *Bonnamy.* La *Diotis candidissima* Desf. (mais non *Santolina maritima*, L.), a été signalée par Bonnamy au bord de la mer à Noirmoutier. Piet l'a recueilli à la Pointe du Sableau, au dire de M. Faye (*Statist.* Vaudoré, 1844, p. 441).

2° *Piet.* — J. Piet, en 1817, a cité pour Noirmoutier et les Dunes de la Pointe du Sableau au Fort-Larron (c'est-à-dire sur la Cote-Est et le rivage de la Baie de Bourgneuf, la *Diotis cotonneuse*, sous le nom de *Gnafale*, pp. 223-224).

« C'est le seul endroit de l'île, dit-il, où j'ai rencontré cette rare et belle plante des bords de la mer.

« Encore n'en voit-on que deux ou trois touffes, qu'il faut chercher au Sud de la batterie du Sableau, près du Rêvage. » (A. D. de la Fontenelle de Vaudoré, *statistique de la Vendée*, 1844, in-8°, p. 449), d'après Faye, des Sables-d'Olonne.

3° *Viand Grand Marais.* — A *Noirmoutier*, Viand Grand Marais (1883) signale *Diotis candidissima*, dont il s'obstine à attribuer la dénomination à D.C. (de Candolle), au lieu de Desfontaines, à la *Couppe*, près de l'entrée du Port, et au *Fort-Larron*, où, d'ailleurs, il la mentionne R. R. ! Des pieds isolés se trouvent au *Bois de la Chaise*.

Cette rareté m'a étonné à Noirmoutier....

On dirait que c'est là l'extrême limite vers le Nord de cette espèce ; et pourtant Lloyd la mentionne jusque dans le Finistère par la Loire-Inférieure et le Morbihan !

c) Au contraire, dans les dunes des *Sables-d'Olonne* (2) à *Saint-Gilles*, d'après Delalande et Pontarlier (3), comme d'après P. Dorion et nos propres observations, cette plante est commune.

d) Nous croyons l'avoir observée récemment (ce que ne mentionne pas Lloyd) de Sion à Fromentine dans les *Dunes de Monts*. Mais elle serait là bien moins commune que dans les Dunes de la Garenne de Retz (4).

4° *Normandie.* — A. de Brébisson, en 1879, dans sa *Flore de Normandie* (Le Blanc-Hardel, Caen, in-8°, 1879, p. 207) cite comme Lloyd *Othanthus* (5) *maritimus*, avec la synonymie *Diotis candidissima* Desfontaines (et non Pesneau).

(1) Dans sa *Flore du Morbihan* (Vannes, 1852, p. 294-5), Le Gall cite la *Diotis candidissima* Desf. sous ce nom même.

Il l'indique comme assez commune dans les sables maritimes et comme fleurissant d'août en octobre.

Cet auteur donne un autre synonyme, d'ailleurs inexact, *Santolina tomentosa* Lamark. Il traduit la dénomination latine par *Diotis très blanche* : ce qui est très exact.

(2) J'ai observé le Diotis moi-même au Havre de la Gachère, rive droite, c'est-à-dire en *Brétignolles*.

(3) Le catalogue de l'Herbier Pontarlier et Maréchal (1895) indique cette plante à *Noirmoutier* (Lloyd), de *Saint-Gilles* aux *Sables* (P. M.) et dunes de *Longeville* (P. M.) (R. S. N. O., 1895 ,p. 123).

(4) Désormais, dans la Garenne de Retz, le *Diotis candidissima* est surtout localisé au niveau du *Petit Rocher*, en Brétignolles, au niveau de la rive Sud de l'ancienne embouchure de Jaunay !

(5) Répétons qu'il faut écrire *Otanthus*, et non *Othanthus*, comme l'a fait de Brébisson, imitant Lloyd.

Il dit : Plante entièrement couverte d'un duvet « cotonneux épais et *très blanc* ». Mais il ne cite pas le mot *Herbe blanche*. Il indique comme localités : « Sables maritimes de la *Manche* : rare dans le *Calvados* ». Plante vivace. Été (3-4).

On remarquera qu'il ne cite pas la *Seine-Inférieure*. Ce qui est très normal, vu l'absence de Dunes à l'embouchure de la Seine et au Nord du Havre.

Les Localisations du Diotis. — J'ai remarqué qu'on ne rencontre guère la *Diotis candidissima*, que dans les points de nos côtes particulièrement fréquentés à l'époque de la formation de nos Dunes, c'est-à-dire *après l'epoque gallo-romaine*.

Il est étonnant de ne pas la trouver citée par exemple de la Tranche aux Sables-d'Olonne ; ni de Sion à Fromentine : ni de Bourgneuf à Mindin, etc., etc., en effet ! Pourquoi manque-t-elle sur ces dunes post-romaines aussi ? A l'Ile d'Yeu, à Noirmoutier, en Loire-Inférieure, etc., elle semble *limitée* à des endroits particulièrement habités à une certaine époque.

Ne l'aurait-on pas, par hasard, cultivée autrefois en ces lieux, où il y avait des *moines*, pour les besoins *médicinaux* ?

Cela serait bien possible, étant donné ce que nous savons de cette plante pour le Portugal et les Iles Baléares, où cet emploi est connu.

Evidemment, c'est une plante *méridionale*, qui remonte assez haut et dépasse la Loire notablement. Mais dépasse-t-elle la Seine ? D'ailleurs, les stations bretonnes *ne semblent pas spontanées*, en particulier celles de Piriac, de Pénestin (mines d'Étain) ; de Guisseny, de Quiberon (stations *préhistoriques*), etc . . .

Cultures voulues. — Les lacunes sont très peu explicables, étant données la résistance de la plante et sa vigueur, sa rusticité et sa robustesse.

Il faut une cause quelconque pour les expliquer, parce que les vents n'ont guère d'action sur cette espèce basse et trapue...

Je suis donc amené à conclure à une sorte de Culture voulue sur certaines dunes. Mais celle-ci peut être fort *ancienne*, sur certaines Dunes néolithiques entre autres (Ile d'Yeu).

Nous avons fait jadis quelques plantations de Diotis dans notre Jardin spécial (1) par transplantations du végétal entier avec sa racine !

Mais ces essais n'ont pas réussi. Ils sont à reprendre dans de meilleures conditions, sinon de terrain, du moins d'*époque* et en serrant de plus près le problème.

Emploi médicinal. — La *Diotis canidissima* (2) est une plante dite aromatique.

Elle est couverte d'un duvet tomenteux, épais et laineux. Elle a été signalée dans le *Dict. de Mat. méd.* (t. I, p. 481) de Mérat et Lens ; donc c'est une *espèce medicinale*.

Elle a des propriétés stimulantes et toniques, au dire de ces auteurs.

D'après le Docteur Gomès, on l'emploie, en Portugal, comme dyspeptique et contre la *Goutte*.

A Majorque (3), la décoction vineuse, gardée dans la bouche pendant quelques instants et plusieurs fois renouvelée, est considérée comme un remède efficace contre les maux de dents (Maris).

Ce sont là, sans doute, des échos lointains de la médecine grecque.

En conséquence, c'est le Docteur P. Dorion, qui, le premier, semble l'avoir recommandée dans l'asthme ; mais ce sont les Portugais, qui, les premiers, l'ont utilisée pour les maux d'estomac. Peut-être Dorion, connaissait-il, dès 1740, l'emploi

(1) *Jardin totémique* et *Arboretum totémique* de Croix-de-Vie (V.), annexé au Musée de plein air.

(2) Desfontaines. *Flora Atlantica*, *II*, p. 261. — De Candolle. *Flore franç.*, IV, 261. — Grenier et Godron. *Flore de France*, II, 159.

(3) Maris et Viginien. — *Cat. des Plantes des Baléares* p. 152.


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites Abcès, etc.
aux Névralgies Faciales
Intercostales, Sciatiques etc.
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

publié plus tard par Gomès ? Est-ce cela qui lui a fait songer à l'*Asthme* (1), la goutte étant une affection similaire.

Le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, à l'article HERBE, cite une liste de plantes portant ce nom avec un qualificatif qui est presque aussi long que celle que l'on trouve dans le Dorveaux. Mais, pas plus dans l'un que dans l'autre de ces ouvrages, on ne trouve l'HERBE BLANCHE.

A l'article *Asthme* du même ouvrage, il n'est d'ailleurs pas plus question de cette « herbe » que de la « *Camphrée de Montpellier* ». Il doit donc s'agit de remèdes populaires, localisés à la région méditerranéenne, ou plutôt, comme on l'a vu, d'une donnée traditionnelle, qui remonte à la thérapeutique des Médecins *grecs*.

***

Il est étonnant que cette plante, depuis 150 ans, soit tombée, médicalement parlant, dans un discrédit complet...

Il serait des plus intéressants d'en reprendre l'étude d'une façon méthodique, car son allure spéciale et ses caractères semblent indiquer que vraiment elle a le droit d'être inscrite sur les listes des pharmacopées.

Souhaitons que cette question intéresse un jour un confrère, ami des plantes. Nous avons l'intime conviction qu'il ne perdrait pas son temps.

CHRONIQUE

Les Dermatologistes en face de l'exercice illégal ou commercial de la Médecine

D'après A. DESAUX

Lors de la dernière assemblée générale du Syndicat des dermatologistes français, A. Desaux, sur la demande du Docteur Fernet, secrétaire-général, a présenté un rapport sur « les dermatologistes en face de l'exercice illégal ou commercial de la médecine » dont voici le résumé :

A côté des médecins dermatologistes exerçant leur profession suivant les anciennes traditions, nombre de personnes non diplômées, certaines organisations commerciales, s'appuyant sur une publicité puissante et travaillant en collabotion avec des médecins, non seulement s'occupant de l'entretien, de l'embellissement, de l'hygiène de la peau normale d'une clientèle féminine désireuse de conserver sa jeunesse et sa beauté mais encore établissent et réalisent le traitement de dermatoses dites inesthétiques ou autres.

Cette pratique, tantôt illégale, tantôt commerciale de la médecine dermatologique s'est développée depuis la guerre et surtout au cours de ces dernières années. De cette pratique, le monde des dermatologistes s'est ému, tant en France qu'à l'étranger. Aussi les organisateurs du Congrès de Budapest ont-ils décidé de soumettre cette question à la Commission spéciale internationale qui délibérera sur les problèmes concernant « la dermatologie professionnelle ».

L'auteur envisage, dans cinq chapitres :

I. — Les illégaux ;
II. — Les Instituts de beauté sans personnel médical ;
III. — Les Instituts de beauté avec personnel médical, — dont peuvent être rapprochés les centres dermatologiques, de caractère nettement médical et chirurgical, et se livrant à une publicité commerciale.
IV. — La publicité.
V. — Les Ecoles professionnelles, créées par certains Instituts.

Il expose, avec la plus grande impartialité, les faits, et signale les questions que leur étude suggère, tant au point de vue juridique que déontologique.

I. LES ILLÉGAUX

Ce sont « les empiriques » ou les « primaires » qui puisent leur instruction superficielle et incomplète dans les conférences ou les articles de vulgarisation. Ces rebouteux de la dermatologie profitent de l'indifférence dédaigneuse des médecins et aussi de l'embarras, de l'hésitation des juges obligés d'interpréter une législation vieillie et démodée, insuffisante en face de la multiplicité des problèmes posés par l'adaptation commerciale des récentes découvertes scientifiques. De jour en jour, ils deviennent plus actifs, plus nombreux.

On peut se demander si leurs rangs ne seront pas grossis par les étudiants refusés aux examens. Pour 7.336 étudiants en médecine français en 1926, il a été délivré 1.446 diplômes. En 1933, pour 12.407 étudiants en médecine français, il en a été accordé 1.552. Si pour lutter contre l'indéniable pléthore médicale, on ferme les portes du doctorat à ces étudiants insuffisants, il faut penser à clore les fenêtres qui s'ouvrent à l'heure actuelle toutes grandes sur le jardin accueillant de l'exercice illégal de la médecine. La rigueur des examinateurs de la Faculté doit être complétée par la lutte contre l'exercice illégal menée par les Syndicats.

Qu'entendent les juges par exercice illégal ? Hélas, ils interprètent en « juristes » le rapport médical qui leur est soumis.

Où commence l'exercice illégal de la pharmacie ? Qu'est-ce qu'un produit pharmaceutique, un médicament dermatologique ? En quoi se différencient-ils légalement et juridiquement d'un produit de parfumerie d'hygiène ou de beauté ? A quelle réglementation est soumis ce dernier ?

Ces questions méritent notre attention car une grande analogie existe entre l'exercice illégal de la pharmacie et celui de la médecine ?

C'est la loi du 21 Germinal, an II (inspirée de la déclaration royale du 25 avril 1777) qui établit actuellement la police de la pharmacie. Une série de textes a ultérieurement précisé et délimité le commerce des médicaments.

Toute cette législation d'avant-guerre doit être refondue, modernisée et adaptée aux nécessités actuelles. Elle est incomplète et insuffisante. Elle ignore les récentes découvertes et en particulier les phénomènes de sensibilisation.

On se demande s'il n'y aurait pas lieu d'apporter, au jour le jour, à la législation, les modifications tenant compte des découvertes nouvelles dont l'application commerciale, toujours rapidement réalisée et parfois avec une imagination de visionnaire, serait ainsi réglementée.

Comme celle de la législation, l'étude de la jurisprudence ne saurait donner satisfaction à un esprit désireux de trouver une solution absolue, rigide. Elle ne guide qu'imparfaitement celui qui veut sortir du labyrinthe issu de l'application de la loi.

En s'appuyant sur la législation et la jurisprudence, voici, à l'heure actuelle, ce qu'on peut conclure :

Seul le pharmacien a le droit de préparer, vendre et débiter un médicament (déclare l'article 25) (mod. 3 février 1916) de la loi du 21 Germinal an XI.

Qu'est-ce qu'un médicament ? Le législateur n'en donne pas la définition que la jurisprudence s'est efforcée d'établir.

Au point de vue juridique, le médicament est une drogue simple ou composée « entrante au corps humain » (suivant l'expression de la déclaration royale du 25 avril 1777, art. VI) et qui, reconnue douée (d'après sa composition) ou présentée comme douée d'une vertu curative, est vendue dans un but thérapeutique.

Et A. Desaux cite quelques arrêts.

On s'aperçoit que la jurisprudence qui, actuellement s'inspire encore de l'esprit de la déclaration royale de 1777, a des finesses et des subtilités ignorées des dermatologistes.

Tout ceci pour conclure qu'il faut être extrêmement prudent lorsqu'on dépose une plainte pour exercice illégal soit de la pharmacie, soit de la médecine.

Où commence l'exercice illégal de la médecine dermatologique ? Aucun texte de loi ne concerne la médecine dermatologique. Ce sont les termes généraux de l'article 16 de la loi du 30 no-

(1) A la Guyane, le *Nonatelia offinalis* Aubl., de la famille de Rubiacées, porte le nom de *Herbe à l'Asthme*. Cependant cette plante n'a jamais été utilisée en thérapeutique, au moins en Europe.

L'*Herbe à éternuer*, l'*Artemisia ptarmica* L. aurait pu être employée en vertu du principe *contraria contrariis*.

vembre 1892 que les Tribunaux devront interpréter pour juger les cas qui seront soumis à leur appréciation.

Comment apprécieront les juges ?

Comment fixeront-ils le caractère « habituel » de l'intervention thérapeutique dermatologique et le cas « d'urgence avérée » ?

Quelle définition donneront-ils de la « maladie cutanée » ?

A toutes ces questions, la jurisprudence reste muette (et muette parce que les dermatologistes ne l'ont pas encore interrogée). Il n'existe aucune doctrine juridico-dermatologique.

Cependant les termes « traitement des maladies ou des affections chirurgicales » du texte légal indiquent nettement que deviendra acte médical, exigeant la compétence du médecin, toute action commise dans un but thérapeutique, de même que la drogue vendue dans un but curatif devient un médicament.

Devant la pauvreté de la législation on peut se demander si le moment n'est pas venu de refondre la loi de 1892. S'inspirant des avis du Docteur Paul Boudin, le S. M. S. a fixé un texte qui comporte un certain nombre de mesures nouvelles propres à améliorer les dispositions présentes de la loi.

Le Syndicat des dermatologistes devra-t-il élaborer un texte spécial, émanation de ses revendications particulières ?

II. — Les « instituts de beauté » sans personnel médical

Leur nombre a diminué considérablement depuis le début de la crise économique.

Ce sont des magasins de vente, souvent fort luxueux, où sont écoulés des produits dits de beauté.

Certains « instituts » procèdent au nettoyage de la peau (nettoyage nommé « désincrustation ») et se contentent de proposer à la clientèle de la parfumerie destinée à l'entretien, à la protection, à l'hygiène, à l'embellissement de la peau et de la chevelure.

Les autres, entraînés par leur zèle à poursuivre la laideur, en arrivent à traiter les dermatoses dites inesthétiques, et vendent des produits pharmaceutiques. Quelques compositions au goût du jour contiennent même des hormones, des vitamines, des corps radio-actifs.

Les « instituts » qui détiennent des produits pharmaceutiques dermatologiques ont-ils un pharmacien ?

La situation des pharmaciens dans cette organisation est-elle conforme aux exigences de la jurisprudence ?

Le pharmacien est-il propriétaire du fond de commerce comme le veut la loi ?

L' « institut de beauté », vendant des produits pharmaceutiques et dirigé par un pharmacien ne devient-il pas une officine de pharmacie ?

Dès lors n'est-il pas soumis à l'article 32 de la loi de Germinal an XI qui interdit de faire dans les pharmacies « aucun autre commerce ou débit que celui des drogues en préparations médicinales » ? Cet article fut rappelé dernièrement par la fédération du S. M. S. à une grande pharmacie qui avait créé un laboratoire de radiologie. Ne peut-on pas le soumettre aux réflexions de l'institut de beauté à la fois officine de pharmacie, salon de coiffure, cabinet d'électrothérapie, de massage et de physiothérapie ?

III

Certains instituts de beauté sont non seulement *des magasins de vente* mais encore *possèdent un personnel médical* et, à côté d'eux, s'élèvent *des centres dermatologiques de caractère nettement médical et chirurgical, n'effectuant aucune vente de produit, mais se livrant à une publicité commerciale.*

C'est l'exercice légal de la dermatologie médicale et chirurgicale par des praticiens diplômés, et parfois titrés, sur une clientèle qu'attire une large publicité commerciale dans des organisations le plus souvent créées et gérées par des tenanciers étrangers à la médecine.

A l'heure actuelle, il n'est pas nécessaire d'être médecin pour avoir la propriété d'une clinique médicale. Certains groupements proposent l'obligation d'imposer à tout propriétaire d'un cabinet médical d'être docteur en médecine. Mais cette thèse rencontre des obstacles juridiques.

Ne peut-on pas lui opposer que l'hôpital n'est pas la propriété des médecins qui y soignent cependant les malades ?

Ce qui importe c'est que le médecin qui collabore à une entreprise de soins organisés à leur profit par des personnes étrangères à la médecine reste indépendant et puisse exercer sa profession en toute conscience et en toute liberté.

Ce qui importe c'est que ce médecin puisse surveiller constamment ses infirmières. Le prête-nom, qui couvre les agissements d'individus exerçant illégalement la médecine, est poursuivi et condamné par application de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

Que penser du médecin qui exerce sans faire connaître son nom ? Ne risque-t-il pas également d'être poursuivi, bien que ce cas n'ait pas encore été prévu par la législation, ni soumis à l'appréciation des juges ?

M. Courtois-Suffit estime que l'anonymat est illégal et c'est pourquoi l'administration de l'Assistance publique n'a pas hésité à afficher sur les murs extérieurs les noms de ses médecins de façon à les porter à la connaissance du public avant son entrée dans les services.

IV. — La publicité

Aucune législation ne régit en France la publicité faite en faveur des médecins, ou des traitements médicaux, ou des produits pharmaceutiques ou de beauté. Cette publicité est considérable et polymorphe.

Après avoir donné quelques exemples, A. Desaux résume les efforts tentés pour établir une réglementation, les projets de loi sans suite, les vœux platoniques des organisations professionnelles françaises, les réalisations de l'étranger.

Il expose l'opinion du public (c'est-à-dire de la grande masse des électeurs dont les députés font les lois) et du monde publicitaire à qui les journaux fournissent des moyens de persuasion extrêmement puissants.

Le public ne peut plus se passer de la publicité qu'entendent continuer les techniciens de publicité et les journaux. Mais tous pensent qu'il faut mettre un terme à la publicité fallacieuse. Ne pourrait-on pas organiser, comme à l'étranger, un office chargé de l'examen des produits pour lesquels la publicité est demandée ?

Que dire des livres traitant de la médecine dermatologique écrits par des non-médecins et souvent anonymes, distribués à profusion par les officines publicitaires ?

Cette bibliothèque n'est pas condamnée par la loi ni par la jurisprudence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 avril 1935

A propos de la thyroïdectomie dans le traitement de la systolie basedowienne. — ***M. H. Welti*** expose que la thyroïdectomie subtotale est suivie de remarquables résultats, et cette opération permet d'obtenir de véritables résurrections. Il n'en serait pas moins préférable de proposer le traitement chirurgical avant l'apparition d'asystolie car, principalement, chez des malades âgés, après thyroïdectomie subtotale il persiste quelquefois une légère déficience cardiaque. Il en était ainsi dans un cas présenté à la Société, pour lequel une thyroïdectomie totale complémentaire a permis d'obtenir une disparition complète de l'insuffisance cardiaque.

Action de l'hydrothérapie sur le pH urinaire. — ***MM. R. Dubois*** (de Saujon) et ***Dogny***, signalent que la douche chez les psychonévrosés, en état de déséquilibre neurovégétatif, provoque, le plus souvent, l'orientation du pH urinaire vers l'acidité dans l'heure qui suit.

Le traitement hydrothérapique tend, d'autre part, à orienter le pH urinaire vers l'équilibre acido-basique en fin de cure et, du fait sans doute de l'action quotidienne acidifiante de la douche, surtout chez les malades dont le pH urinaire est alcalin en début de cure.

Ces modifications humorales expliquent l'action favorable de l'hydrothérapie sur les troubles nerveux des psychonévroses dont l'anxiété se traduit, en effet, sur le versant humoral par une alcalose que modifie l'hydrothérapie.

Doit-on accorder, dans l'emploi thérapeutique, la pré-

férence aux dérivés organiques ou minéraux du phosphore ? — ***Mlle Marie-Louise Barban,*** démontre que concurremment aux composés minéraux phosphorés les plus actifs, les dérivés organiques peuvent occuper en thérapeutique une place de choix et qui se justifie.

Chaque fois que le sujet relève de la médication acide, on devra préférer le phosphate monosodique et le phosphate monocalcique aux autres dérivés sodiques, calciques ou magnésiens.

Dans tous les cas, où, au contraire, l'ingestion de sels acides est à conseiller. Parmi ceux-ci, les glycérophosphates offrent une garantie sérieuse du fait d'une longue antériorité, mais les méthylphosphates et les glycophosphates semblent aussi susceptibles d'entrer en ligne de compte. Toutefois l'expérience thérapeutique de ces derniers manque encore et l'administration de hautes doses par voie hypodermique n'apparaît pas sans danger.

Activité antirachitique comparée des sirops de lactophosphate et de chlorhydrophosphate de chaux. — ***M. R. Gallier,*** signale que l'activité antirachitique du sirop de chlorhydrophosphate de chaux expérimentalement déterminée correspond très exactement à la quantité de phosphate monocalcique produite par action de l'acide chlorhydrique sur le phosphate bicalcique.

Par contre, l'activité antirachitique du sirop de lactophosphate de chaux reste très inférieure à l'activité du précédent, du moins quand elle est déterminée comparativement par les mêmes techniques expérimentales. Cette différence résulte vraisemblablement d'une trop faible proportion d'acide lactique mise en œuvre pour obtenir la quantité théorique de phosphate monocalcique et aussi de la production de lactate de chaux agissant comme antifixateur du calcium.

Il semble sage, dans ces conditions, d'accorder la préférence au sirop de chlorhydrophosphate de chaux, ainsi que l'a fait d'ailleurs la Commission du Codex de 1908.

Marcel LAEMMER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1935

Nouvelle sonde gastro-duodénale. — ***M. Bécart*** présente une nouvelle sonde gastro-duodénale ayant les caractéristiques suivantes : 1° l'utilisation d'une connexion pivotante pour éviter la torsion du tube et la formation d'une boucle dans l'estomac ; 2° son introduction des plus faciles grâce au mandrin souple en baleine ; 3° l'absence d'olive métallique ; 4° l'existence de six trous relativement larges qui permettent un gros afflux de bile tout en empêchant le passage de particules solides trop grosses qui obstrueraient le tube ; 5° le petit calibre qui permet au tube d'être facilement supporté pendant des heures.

L'acide carbonique dans les syncopes anesthésiques. — ***M. Barrieu*** est d'avis que l'inhalation de carbogène est une mesure préventive efficace de la syncope anesthésique. En cas de syncope, comme en cas d'asphyxie, le traitement de choix paraît être l'injection intraveineuse de CO^2 qui ne présente aucun danger, ou à défaut, l'introduction de CO^2 pur dans le rectum. Cette injection rétablit plus rapidement les mouvements respiratoires que l'inhalation de carbogène qui sera cependant faite et maintenue assez longtemps après la réapparition de la respiration.

Traitement des rhumatismes chroniques et algies rebelles par l'extrait de venin d'abeilles. — ***M. Lhermitte*** rappelle que l'on connaît depuis longtemps l'influence heureuse du venin d'abeilles sur les arthrites et sur les algies. Perrin et Guénot ont pu extraire du venin d'abeilles une substance très active et c'est à une préparation analogue que Lhermitte s'est adressé et qui est due à M. Perrin. Il a, après expérimentation chez l'animal, injecté cet extrait aux sujets atteints de rhumatismes chroniques ou d'algies rebelles, et il a obtenu de nombreuses améliorations des douleurs et même des phénomènes articulaires. Les réactions locales sont fréquentes, les réactions générales exceptionnelles. Jamais il n'a eu à déplorer le moindre incident.

Extraction d'un tuyau de pipe ayant séjourné deux mois dans la vessie. — ***M. Georges Luys*** rapporte l'observation d'une femme dans la vessie de laquelle il a trouvé un tuyau de pipe de 9 cent. de long qui y avait séjourné pendant deux mois. L'extraction se fit facilement, par les voies naturelles, au moyen d'une pince introduite dans le tube de son cystoscope à vision directe qui constitue l'instrument de choix pour l'extraction des corps étrangers intra-vésicaux, car l'opération se fait sous le contrôle de la vue. Ce mode d'extraction doit être de beaucoup préféré à la taille hypogastrique qui, ici, ne doit être pratiquée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. L'auteur rapporte qu'il a, à l'aide de son cystoscope, à vision directe, extrait de la vessie : une épingle à cheveux, un stylographe en verre, de multiples chapeaux de sonde de Pezzer, de nombreuses bougies armées conductrices de béniqués, des brins d'osier, des calculs phosphatiques, des fils de soie, des esquilles osseuses et même une balle de fusil, etc...

Effet inattendu d'une gousse d'ail. — ***M. H. Legrand*** voit une chienne loulou qui ayant des vers, absorbe tous les matins une gousse d'ail hâchée dans de la viande crue. Le troisième jour, elle a une syncope qui est jugulée par un sinapisme et une piqûre d'huile camphrée. La tension artérielle prise un mois plus tard révèle de l'hypotension.

L'ionisation thermale. — ***M. Delacroix*** a employé depuis sept ans les eaux thermales en ionisation. En raison de la richesse de ces eaux en anions et en cathions, qui en fait une véritable solution de médicaments à la concentration voulue ; il a obtenu d'excellents résultats dans les rhumatismes, les arthropathies, les retards de consolidation des fractures. Cette méthode peut être employée aussi bien loin des sources, qu'à la source même. Toutes les eaux minérales riches en ions peuvent être utilisées de la même manière.

Méga-œsophage et rétrécissement cardio phrénique : considérations diagnostiques et thérapeutiques à propos de dix cas. — ***Pour M. Soulas,*** « méga-œsophage et rétrécissement cardio-phrénique sont le plus souvent associés sans qu'on puisse établir entre eux une relation de cause à effet bien précise. Grâce aux troubles fonctionnels, leur diagnostic en est facile par l'examen radioscopique avec ingestion de bouillie opaque et par l'œsophagoscopie. Mais dans ce diagnostic qui n'est toujours que celui des lésions confirmées, on devrait pouvoir envisager deux éléments : le rétrécissement de la dilatation ; celle-ci dominant trop souvent, dans les cas envisagés, le tableau clinique ainsi que le pronostic. Le traitement devrait tenir compte lui aussi d'une part du rétrécissement pour lequel les moyens endoscopiques et chirurgicaux ont une réelle efficacité ; et d'autre part du méga-œsophage pour lequel, au stade où on voit les malades, toute action ne saurait être généralement que palliative. » G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un cas de zona ophtalmique traité avec succès par le vaccin antistaphylococcique

MM. Pauzat, Bessière et Lévy communiquent (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, janvier 1935) une observation de zona ophtalmique chez un homme de 50 ans où l'effet du traitement par la vaccination staphylococcique présente une dissociation remarquable. La première injection faite au deuxième jour de la maladie a été suivie en quelques heures d'une suppression immédiate et définitive de l'élément douleur, particulièrement accusé dans ce cas, mais contrairement à l'espoir donné par ce succès rapide, les troubles oculaires consistant en iridocyclite et en infiltration cornéenne consécutive ont duré plus de quatre mois.

Hémoptysie rebelle due à une bronchectasie occulte

MM. Secousse et André Chassaigne ont rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux le cas suivant : jeune homme de 23 ans, atteint d'angines fréquentes, ayant eu dans son enfance une bronchite et une légère hémoptysie, présentant depuis l'âge de 16 ans des crachats sanglants aux équinoxes.

Pas de signes stéthoscopiques, pas de bacilles de Koch dans les crachats.

La radiographie après lipiodol a montré l'existence de dilatations bronchiques de la base droite. Les hémoptysies ne se sont pas reproduites depuis.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Au secours de la Science. — *M. le Professeur Ch. Richet vient de publier sous le titre :* AU SECOURS *(Peyronnet, éditeur) un magnifique livre où il défend « les pauvres idées du passé » que « le flot de l'erreur va submerger ». De cet évangile, voici le passage relatif à la science :*

La science est une si haute et si noble dame qu'il n'est pas besoin de la défendre. De fait, personne ne l'attaque. Chacun la vénère, mais de loin, de très loin, et sans lui adresser d'autre hommage. Jeunes et vieux, grands et petits, savants et ignorants, tous s'inclinent très bas devant elle. Mais c'est tout.

Il ne faut pas tenir compte des traits plus ou moins spirituels qu'on lui décoche pour amuser le public. Brillat-Savarin dit que l'invention d'un plat nouveau est plus utile que la découverte d'une étoile. C'est à la fois idiot et spirituel. Boutades aussi, les plaisanteries qu'on adresse aux savants. Mais plaisanter les savants, ce n'est pas du tout attaquer la science. Les savants peuvent se tromper (et ils se trompent). Ils peuvent être ridicules (et ils le sont souvent). Mais la science divine n'est pas atteinte.

Pourtant l'histoire des sciences n'est qu'une histoire d'erreurs. Mais dans les erreurs anciennes il y a toujours une part de vérité qui surnage et qui, au milieu de l'océan ténébreux dans lequel nous nous agitons, effarés, nous apprend quelque chose de plus sur l'immense univers.

Il est curieux de constater que, plus on est ignorant, plus on accepte l'autorité de la science. Mais on ne va pas au delà de ce respect. La déesse est honorée, mais on ne lui apporte pas les aliments dont elle a besoin pour ne pas mourir de faim.

Le budget des divers Etats ne mentionne rien pour les recherches scientifiques désintéressées. Il y a dans notre budget (en chiffres ronds bien entendu) sur cinquante milliards, trente milliards pour la dette publique, c'est-à-dire pour ce qu'ont coûté les guerres passées ; cinq milliards pour l'armement, c'est-à-dire les guerres futures. Un demi-milliard seulement pour l'instruction publique. Même dans ce budget de l'instruction publique, un quart seulement est réservé à l'enseignement supérieur. A vrai dire, l'enseignement, ce n'est pas du tout la science. Enseigner aux étudiants des vérités connues, ce n'est pas chercher à découvrir des vérités nouvelles.

Ainsi, pour la conquête des vérités nouvelles, l'Etat ne fait absolument rien.

Quoi ! rien pour la recherche ! alors que chimie, physique, astronomie, biologie exigent chaque jour des dépenses croissantes !

On objectera qu'il y a pour chaque laboratoire des crédits affectés non à la recherche, mais aux expériences de cours et aux travaux pratiques, de sorte que le savant est forcé soit, pour le grand dommage de sa recherche, de se priver des instruments et produits nécessaires, soit de prélever sur son maigre traitement les sommes indispensables.

Ni en France, ni même dans les autres pays, on ne voit dans les budgets un chapitre intitulé : « Recherches scientifiques ».

En France et dans les autres pays, s'il y a des professeurs chargés d'enseigner, il n'y a pas de savants chargés seulement d'investigations scientifiques.

Je n'ignore pas que certains particuliers très riches, et aussi intelligents que généreux, ont créé des laboratoires de recherches, comme Rockfeller en Amérique, Ed. de Rothschild en France. Mais c'est peu de chose relativement à tout ce qui serait nécessaire.

Quelle aberration singulière ! Les citoyens d'un grand pays ne comprennent-ils pas que la science, en créant des industries nouvelles, augmente énormément la richesse de toute la nation ? Si Marey avait reçu pour ses travaux une somme de six cent mille francs, il aurait créé l'industrie cinématographique. Heureusement son ami Lumière, qui était riche, a pu donner à la chronophotographie (principe scientifique de la cinématographie) tout son essor et en faire l'étonnante invention qui dans le monde entier se chiffre annuellement par une dizaine de milliards de francs (au moins). Elle est due tout entière à la science.

Alma mater, comme on disait jadis de l'Université. On peut appliquer ce mot magnifique et magique à la science, notre mère à tous.

Les triomphantes industries d'aujourd'hui sont toutes les filles de la science.

Et pourtant, n'en déplaise à certains industriels, il ne faut pas que le savant se préoccupe du résultat pratique à obtenir. Il recherche la vérité et il doit arriver à la vérité par les voies les plus rapides. Malheur à lui s'il se préoccupe d'une application immédiate, et par conséquent d'un bénéfice à réaliser.

Et je pourrais fournir des exemples éclatants de cette grande loi. *Il faut chercher la vérité d'abord, sans avoir souci des résultats.*

Quand Claude Bernard a découvert que le foie fabriquait du sucre, il n'a pas pensé à guérir le diabète.

Quand Pasteur a montré que dans les vers à soie malades habite un organisme vivant, il n'a jamais pu imaginer que toutes les les maladies étaient des affections parasitaires.

Quand Hertz a établi qu'il y avait des ondes électriques se propageant autour de la sphère terrestre, il ne soupçonnait pas les merveilles de la télégraphie sans fil.

Quand Roentgen a prouvé qu'il y a des rayons X pouvant traverser certains corps opaques, il n'avait pas prévu que les diagnostics médicaux et chirurgicaux seraient absolument transformés par l'appcation des rayons X.

Quand Pierre et Marie Curie ont fait la merveilleuse découverte du radium, ils ne songeaient certainement pas aux cancers que guérit le radium.

Et, en comparant les petites choses aux grandes, quand à des canards j'ai injecté des tentacules de Physalies, je ne me doutais pas des conséquences de cette étude qui m'a conduit à l'anaphylaxie.

Je conclus : *il n'y a pas de pire faute que de vouloir assigner un but pratique aux recherches d'un savant.*

Qu'on le laisse en pleine liberté suivre son idée, imaginer des expériences nouvelles. N'allez pas demander à ses investigations un résultat dont l'utilité soit immédiate.

Donc, dans le budget de chaque Etat une somme considérable devrait être accordée à des savants auxquels on ne demanderait que de travailler.

Il faut être de bien médiocre intelligence pour dire : « Voici un jeune et habile biologiste à qui nous donnons (pour qu'il puisse vivre et dépenser quelque argent à ses recherches) cinquante mille francs par an. Au bout de deux ans il n'a rien fait d'utile. Alors, supprimons sa pension. »

Rockfeller avec sa sagacité profonde, a bien compris cela. Mon ami Carrel m'a dit un jour : « Quand j'ai besoin d'argent, je fais un chèque et Rockefeller me l'accepte aussitôt ».

Donc il faut que des jeunes gens laborieux, zélés, poursuivant patiemment et silencieusement leurs recherches, reçoivent un traitement qui leur permette non le luxe, mais l'aisance. On leur accorderait sur leur demande le matériel nécessaire. Or, le matériel nécessaire devient chaque jour de plus en plus compliqué, par conséquent coûteux.

La complexité des appareils croît tous les jours. J'en reviens donc à mon véhément appel : au secours de la science !

On adore la science, mais on ne fait rien pour elle. Elle est le grand instrument du progrès. Et pourtant nous restons englués dans nos mêmes errements budgétaires.

Et je vais prendre encore un autre exemple :

J'admire, comme il convient, les institutions charitables. Il est très beau de donner des lits et des médicaments à des tuberculeux et à des cancéreux pour prolonger et adoucir leur agonie. Mais les sommes énormes consacrées à soulager les derniers jours de ces malheureux seraient peut-etre mieux employées à créer des laboratoires de recherches, pourvus de nombreux travailleurs. Alors on combattrait efficacement la tuberculose et le cancer, et on trouverait peut-etre quelque remède contre ces hideuses maladies.

Je sais bien qu'on m'accusera de cruauté. Mais je préfère l'avenir, meme hypothétique, d'une guérison générale de la tuberculose et du cancer au soulagement de quelques centaines de tuberculeuxx et de cancéreux que nous ne pouvons guère empêcher de souffrir et de mourir.

Je vais donner encore une autre preuve de l'idéalisme des choses scientifiques qui, en apparence, n'ont rien à faire avec des résultats pratiques quelconques.

Les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* constituent une publication qui, chaque semaine, donne les résultats obte-

nus par les savants du monde entier. Ce recueil admirable forme annuellement deux volumes in-4° dont chacun est d'environ deux mille grandes pages. Eh bien ! c'est à peine si l'on y trouve quelque intrusion des choses pratiques.

Dans le fascicule que je reçois à l'instant (25 septembre 1933) il y a un mémoire de M. Jean Perrin sur les neutrons (le neutron est un constituant plus ou moins hypothétique de l'atome). Un mémoire de M. Baticle sur le calcul des probabilités. Un autre de M. Demoulin sur les classes de congruence. Un autre de M. Minetti sur la géométrie de l'holo-espace des fonctions holomorphes (ces trois mémoires ne sont accessibles qu'à des mathématiciens consommés). Nulle part n'est faite à un résultat pratique.

Mais qu'importe ! A mesure que la science grandit en profondeur et en étendue, elle devient de moins en moins accessible au vulgaire, et par conséquent aux applications pratiques.

Et j'insiste, car il faut que le vulgaire comprenne nettement que la science n'est pas faite pour lui.

Le rôle du neutron dans la vie quotidienne est absolument nul, comme celui des syénites, comme la géométrie de l'holo-espace. Mais (je le répète encore) qu'importe ! Sans doute par l'étude des propriétés théoriques et presque abstraites de la matière, serons-nous mieux en état de la modeler à notre usage.

Ce qu'il faut demander aux savants, *ce n'est pas d'être utiles, c'est de découvrir une parcelle de vérité*. Le mystère est autour de nous, et nous n'arriverons à être maîtres des choses qu'en dissipant quelques-unes des ténèbres du mystère.

Donc, au secours de l'idéalisme scientifique, c'est-à-dire de la vérité, de la sublime vérité, de la vérité en soi, et non pas des conclusions industrielles ou commerciales qu'on en peut déduire.

Assurément je ne méconnais pas — ce qui serait étrangement idiot — l'intérêt pratique de certaines recherches scientifiques.

Quand Pasteur imagine un procédé nouveau pour guérir la rage, il fait une invention admirable au point de vue de la science pure, mais admirable aussi, puisqu'elle permet de sauver quelques malheureux hommes mordus par des chiens enragés.

Quand Becquerel découvre que les sels d'uranium dégagent des rayons spéciaux qui impressionnent la plaque photographique, il fait une merveilleuse découverte, puisque c'est l'origine de nos connaissances ou des radiations nouvelles qui, différentes des radiations connues, peuvent être appliquées à la guérison de certaines maladies.

Établissons donc ceci : c'est que toute découverte scientifique sera utile quelque jour. Si elle n'a pas d'utilité aujourd'hui, immédiate, elle en aura une demain, ou après-demain.

Écartons-nous résolument des idées funestes et paradoxales du grand L. Tolstoï, qui s'indigne de voir des hommes passer leur longue vie à approfondir des phénomènes qui ne retentissent pas tout de suite sur la vie et le bonheur des pauvres hommes.

Lecoq de Bois Baudran a découvert un corps extrêmement rare, un métal nouveau qu'il a su isoler, le gallium. Le vulgaire peut croire qu'il est assez indifférent au sort de l'humanité de savoir qu'il y a un métal rarissime qui s'appelle le gallium.

Dans un autre fascicule des *Comptes rendus de l'Académie des sciences* se trouve un mémoire où on montre que le glucinium (métal rare) bombardé par des courants électriques de sept cent mille volts (! !) donne, en quantité pondéralement nulle, des rayons ionisants. Or, à coup sûr, au moins aujourd'hui, la connaissance exacte des ces transformations du glucinium n'a pas la plus petite utilité industrielle.

Cependant le public commence à comprendre l'intérêt des recherches scientifiques, théoriques, abstraites et lointaines, car il suit avec passion les explorations des pôles, quelque inhabitables qu'ils soient, et les ascensions dans la stratosphère plus inhabitable encore que les pôles. Personne n'ose faire cette objection de *l'inutilité* qu'on adressait jadis à certaines recherches scientifiques.

Tout ce qui est une parcelle de la vérité est utile.

Donc, nous devons donner aux savants les moyens nécessaires pour arriver à conquérir ces vérités nouvelles.

L'ensemble des sciences forme un bloc imposant qu'on ne peut dissocier. La chimie et la physique sont tellement unies aujourd'hui qu'elles se confondent presque. La médecine et la thérapeutique ont pour base la physiologie. Et la physiologie ne peut progresser que par les progrès de la chimie et de la physique. D'autre part, le maniement de la chimie et de la physique implique la connaissance approfondie des mathématiques supérieures.

Ainsi l'ensemble de toutes les sciences forme un bloc qu'on

n'a pas le droit de désagréger, et il faut que rien ne soit épargné pour donner un appui matériel et moral à toutes les sciences, même quand elles paraissent sans emploi.

Mais ce n'est pas seulement aux gouvernements dispensateurs de salaire et de subventions que je m'adresse. C'est aux jeunes gens embarrassés pour le choix d'une carrière.

Les étudiants d'aujourd'hui semblent, en immense majorité, préoccupés surtout des conditions matérielles de leur existence *Ils veulent gagner de l'argent.* Alors s'engager dans une carrière qui ne leur apporte pas une rémunération suffisante, cela leur paraît une immense folie.

Dans les laboratoires de biologie par exemple, quoiqu'il y ait déjà beaucoup de médecins de par le monde (autant de médecins que de malades), les étudiants disent nettement « Je ne veux pas faire de la science, car je n'aurai pas de quoi vivre ». Et ils se précipitent vers les professions médicales.

De même dans les laboratoires de chimie et de physique, les étudiants restent rarement à s'occuper des recherches théoriques, mais se dirigent vers les usines où ils espèrent trouver des positions d'ingénieur, bien qu'il y ait beaucoup plus d'ingénieurs que d'usines.

Ainsi hélas ! l'investigation scientifique pure est presque abandonnée.

Je sais bien qu'il faut manger. Il faut pouvoir élever sa famille. Et chacun a le droit d'avoir une famille. Mais nul de ces jeunes hommes ne songe à renoncer au demi-luxe qu'il exige. Il voit des médecins et des ingénieurs qui, près de lui, mènent une existence presque somptueuse avec de longues vacances, des automobiles rapidissimes, des plaisirs multiples. Et comme il ne veut se priver ni de prolongées vacances, ni de belles automobiles, ni des plaisirs multiples que donne la fortune, il renonce aux recherches longues, laborieuses, difficiles (et peut-être, ce qui est effrayant, infructueuses).

Si l'Etat assurait aux jeunes gens faisant de la science un viatique suffisant, on verrait se former beaucoup de savants. Un chimiste, un physicien, un physiologiste trouveraient moyen de vivre, petitement, mais honorablement.

Ah ! je sais parfaitement qu'il faut peiner dur pour arriver à une situation d'assistant, de licencié, d'agrégé ou de professeur. Il y a des examens à passer, de dures études à entreprendre, un travail pénible à poursuivre. Vraiment, quand on est pauvre, il faut presque être un héros pour s'engager dans une carrière scientifique.

Hé bien ! voici alors ce qui apparaît (et c'est à la fois extraordinaire et lamentable). Ce ne sont pas les jeunes gens riches qui se consacrent à la science. *Ce sont les plus pauvres.*

Il faut être gueux comme Job pour se dire : « Je mangerai de la vache enragée, mais je veux étudier la radiation du glucinium et du palonium ».

Combien peu de jeunes gens pensent et agissent ainsi ! Quelle incompréhension des grandes choses !

Comment les jeunes gens qui ont quelque aisance — et ils sont nombreux — ne se disent-ils pas tous : « Peu importe que j'aie, pendant quinze ans, douze mille francs de traitement, puisque avec ce ridicule appoint, je puis manger à ma faim, avoir un logis et des vêtements convenables. Je ne veux connaître d'autre souci que la recherche passionnée des problèmes qui se présentent à moi, et que je puis essayer de résoudre dans le laboratoire qui m'est ouvert. »

On raconte que jadis, en Palestine, une étoile a apparu dans le ciel, qui a guidé les trois mages vers un nouveau-né. Or, la recherche scientifique, c'est la marche à l'étoile.

Elle est là, devant toi, qui guide ta conduite, qui te permet de vivre avec la divine espérance d'une grande (ou même petite) découverte.

Quelle vie délicieuse que celle de ce jeune savant assuré du pain quotidien. Chaque matin il se lève avec l'espoir au cœur. Il attend patiemment (et impatiemment parfois) le résultat que va lui donner la tentative ingénieuse qu'il a conçue. S'il a échoué, il recommence, et recommencera encore. Et il ne se décourage pas, car l'étoile est toujours là, qui brille devant lui.

S'il a quelque loisir, il n'a qu'à étudier les biographies des grands savants qui, au lieu de se confondre dans la foule des ingénieurs, des industriels, des médecins, ont laissé une œuvre immortelle, laquelle a compensé les affres et les soucis d'une laborieuse et austère jeunesse.

Or, malheureusement (sauf de glorieuses exceptions), les jeunes gens riches n'aiment pas plus la science que les collégiens n'aiment les pensums.

Ils ne consentent pas à s'enfermer pendant des journées entières dans un réduit empesté pour préparer un bouillon de culture, regarder, dans un microscope, les mouvements et les formes d'un microbe, suivre les oscillations d'un électromètre et mesurer les spectres d'un métal incandescent.

Je pourrais citer maintes nobles exceptions. Mais le dédain, ou plutôt l'aversion, des jeunes gens pour la science est un phénomène trop fréquent.

Il est incompréhensible.

Ma foi ! tant pis pour eux ! La science est une assez grande personne pour se passer d'eux. Sans eux elle évoluera, elle prospérera. Il se trouvera toujours des individus assez intelligents pour comprendre que la profession de savant est la plus belle des professions, et que tout plaisir est fade au prix de l'espérance qu'on va découvrir une magnifique vérité nouvelle.

Ce qui fait la grandeur de notre XIX[e] siècle, et de notre XX[e] siècle, c'est que par eux, la science a fait des progrès gigantesques.

Nous nous rendons mal compte de la différence intellectuelle entre l'homme d'aujourd'hui et l'homme d'il y a cent cinquante ans, voire entre l'homme d'aujourd'hui et l'homme d'il y a cinquante ans.

Il y a cinquante ans c'est à peine si le mot de microbe était prononcé. On ne connaissait rien des rayons X. Rien de la télégraphie sans fil. Rien du cinéma. Rien des automobiles. Rien de l'aviation. Rien du téléphone. Rien des radiations cosmiques. Rien des sérothérapies. Toutes ces conquêtes qui ont transformé complètement nos existences, sont dues au savant.

Progrès scientifiques et produits industriels vont en s'accélérant avec une vitesse qui donne le vertige.

Il a fallu probablement plus de cent cinquante mille ans (?) pour que l'homme, se différenciant des grands singes, ébauchât une première civilisation, c'est-à-dire un langage, et l'art de faire du feu.

Il a fallu peut-être plus de vingt mille ans (?) pour arriver de là aux premières civilisations chaldéennes, crétoises, égyptiennes, avec la domestication du chien et du bétail, l'art de cuire des poteries et de tisser des vêtements, et de fabriquer avec des silex des armes rudimentaires.

Aux temps d'Hésiode et d'Homère, il n'y avait pas de scien-


TONIQUE RECONSTITUANT


VIN BRAVAIS

ces. Mais cinq cents ans après, grâce aux Grecs, voici que déjà apparaissent, en leur splendeur, les premières notions scientifiques avec Euclide, avec Héraclite, avec Hippocrate, avec Hipparque, avec Démocrite.

Puis l'état de la science resta à peu près stationnaire jusqu'aux temps de Léonard de Vinci.

En somme depuis Hésiode jusqu'à Léonard de Vinci et à la Renaissance italienne : 1.500 ans.

Alors, tout de suite, la marche en avant se précipite.

De Léonard à Lavoisier, 400 ans.

De Lavoisier à Pasteur, 100 ans.

De Pasteur à nos jours 60 ans.

Et dans chacune de ces périodes, de durées si différentes, le progrès s'est précipité.

La science va en progression géométrique et non arithmétique. Alors on ne peut prévoir où elle s'arrêtera.

J'ai comparé les connaissances acquises à une sphère. Or, c'est à la surface de cette sphère que peuvent apparaître les connaissances nouvelles, d'autant plus nombreuses et importantes, que la surface de la sphère est plus vaste.

Bien évidemment la sphère est toute petite comparée à l'espace immense qui l'enveloppe. Alors on conçoit que, plus nos connaissances s'étendent, plus elles sont capables d'extension.

En poursuivant cette comparaison, l'espace étant infini, les connaissances à acquérir sont, par conséquent, infinies aussi.

Il y aura certainement une limite, c'est celle de notre chétive intelligence, et de nos cinq misérables sens. Tout de même il est évident que nous n'aurons pas atteint la limite des connaissances accessibles à l'homme. Après leur splendide essor il n'est pas possible que nous n'allions pas plus loin, beaucoup plus loin.

Soyons assurés qu'il y a autour de nous beaucoup de mystères, et même beaucoup plus que nous ne pouvons le supposer. Quelle que soit l'audace de nos conceptions, de ces mystères, nous ne pénétrons que quelques-uns, et encore assez mal. Mais nous serions inexcusables de nous décourager en pensant à tous les autres plus nombreux, plus imposants, mystères que nous ne réussirons certainement pas à résoudre tous, mais dont nous connaîtrons plus ou moins superficiellement quelques-uns.

Ainsi, et ce sera ma formelle conclusion, — *il faut mettre tout notre espoir dans la science*, car elle peut assurer le bonheur de l'humanité !

Mais jusqu'à présent l'homme a été insensé. Il a fait tous ses efforts pour lutter contre l'homme, au lieu de s'appuyer sur lu

Si les trésors d'intelligence, de travail et d'argent gaspillés dans des luttes fratricides avaient été employés à combattre les maladies et à assurer le bien-être humain, le monde serait tout autre et nous n'aurions pas besoin de crier : « Au secours de la science.

J'ai osé comparer l'humanité éprise de guerre et dédaigneuse de la science, à un pacha ayant deux épouses. L'une, belle, toujours jeune, fidèle, douce, tendre, amoureuse, parfumée, au sourire enchanteur. C'est la science. L'autre épouse, au contraire, est une vieille créature, édentée, hideuse, les cheveux empêtrés de vermine, exhalant à distance un relent infect, agitée par des colères violentes, ne souriant jamais, mordant griffant, hurlant. C'est la guerre.

Hé bien ! notre imbécile de sultan s'éprend de cette sal putain. Il la couvre de baisers brûlants, embrasse ses pieds infects, la comble de bijoux et de caresses, et force l'autre à être l'infortunée esclave.

Que pensez-vous de ce personnage ?

Hommes politiques, gens du peuple, professionnels de la guerre, méditez cet apologue et concluez.

« Au secours de la science ».

Aller au secours de la science, c'est aller au secours de la paix. La science et la paix, c'est le bonheur.

« N'est-ce pas triste et risible à la fois, de voir figurer dans le fameux guide-barème (*pensions*), au même titre que l'amputé de cuisse ou que le trépané, le malade atteint d'arriération mentale, de goitre, de paralysie générale. On y trouve même, pour les femmes, les troubles génitaux, la stérilité et l'hypo-ovarie. » (Dr A. Roume. — La révision des pensions de guerre. *Revue politique et parlementaire*, 10 mars 1935.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 — N° 18 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 MAI 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS-V°

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies ... 40 fr.
Étudiants ... 30 fr.
Belgique ... 45 fr.
Étranger { 1re zone ... 70 fr.
Étranger { 2e zone ... 90 fr.

SOMMAIRE


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

NOUVELLES

Asiles publics d'aliénés. — Le jury du concours de médecin des Asiles de 1935 est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le Professeur Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires : MM. le Doyen Euzière, professeur titulaire de la chaire des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de Montpellier ; les Docteurs Loup, médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Breuty (Charente) ; Dedieu-Anglade, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Breuty (Charente) ; Arsimoles, médecin directeur de l'Asile de Hoerdt (Bas-Rhin) ; Truelle, médecin chef de service à l'Asile clinique Sainte-Anne ; Beaudoin, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Maison-Blanche ; M. Haye, chef du 1er bureau de la direction générale de l'Hygiène et de l'Assistance.

Membres suppléants : MM. les Docteurs Godart, médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Lehin ; Daday, médecin chef de service à la Maison nationale de santé de Saint-Maurice.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1934-1935, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain. Entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1934-1935. 5 mai. M. André Martin : Fractures de l'avant-bras chez l'enfant (projections). — 12 mai. M. R. Benda : Des indications du pneumothorax thérapeutique (projections). — 19 mai. M. Ribadeau-Dumas : L'intolérance au lait. — 26 mai. M. Grenet : L'obésité chez les enfants. — 2 juin. M. Michel Léon-Kindberg : Diagnostic de la tuberculose pulmonaire (projections). — 16 juin. M. Jacob : Les dangers des ponctions pleurales en général et particulièrement des manœuvres d'entretien du pneumothorax artificiel. — 23 juin. M. Sorrel : Les dystrophies osseuses de croissance (ostéo-chondrites, épiphysites, apophysites), leur diagnostic avec les ostéo-arthrites tuberculeuses (projections). — 30 juin (à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à 10 h. 30). M. Lévy-Valensi : Le baquet de Mesmer (projections).

IVe Congrès français de gynécologie (Salies-de-Béarn, 8, 9 et 10 juin 1935). — De nombreux congressistes ayant manifesté leur regret de venir si près de l'Espagne sans en faire la visite, il a été décidé, pour donner satisfaction à toutes demandes, d'organiser l'excursion supplémentaire suivante :

Six jours en Espagne (tout en autocar) : Salies-de-Béarn, Pamplona, Saragosse, Madrid, Tolède, Escurial, Burgos, Salies-de-Béarn.

Mardi 11 *juin* : Départ de Salies-de-Béarn en autocar spécial à 8 heures du matin pour Saint-Jean-Pied-de-Port, Valcarlo, Burguette et Pamplona où l'on déjeunera. Dans l'après-midi, départ pour Tafalla, Tudela et Saragosse. Dîner et coucher à Saragosse.

Mercredi 12 *juin* : Visite de Saragosse avec autocar et guide ; après déjeuner, départ pour Madrid où l'on arrivera pour dîner ; transfert à l'hôtel ; installation.

Jeudi 13 *juin* : La matinée sera employée à la visite de Madrid avec guide et autocar. Dans l'après-midi, excursion à l'Escurial.

Vendredi 14 *juin* : Excursion de toute la journée à Tolède. Retour à Madrid pour coucher.

Samedi 15 *juin* : Départ de Madrid à 8 heures pour Valladolid où l'on déjeunera. Dans l'après-midi, continuation sur Burgos visite de la ville et de la Cathédrale, dîner, coucher.

Dimanche 16 *juin* : Départ des autocars à 7 h. 1/2 pour Vitoria où l'on déjeunera. Dans l'après-midi : Vitoria à Salies-de-Béarn ; arrivée dans la soirée.

Prix par personne : 890 francs, toutes dépenses comprises (sauf boisson aux repas), de Salies-de-Béarn à Salies-de-Béarn.

Les personnes désirant participer à cette excursion devront en avertir dès que possible, l'Agence des Voyages pratiques Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris.

VIIe Congrès de l'Association internationale de thalassothérapie. — Ce Congrès se tiendra à Saint-Sébastien (Espagne), les 27, 28, 29, 30 juillet 1935.

Programme : samedi 27 juillet, à 10 heures : séance d'inauguration du Congrès dans le grand salon de l'Institut de l'enseignement secondaire. — A 12 heures : lecture des rapports sur les traitements des adénites cervicales. — A 15 h. 30 : discussion des rapports. — A 18 h. 30 : visite du Musée San Telmo. Concert par l'Orphéon Donostiarra. Thé.

Dimanche 28 juillet, à 10 heures : excursion à travers la province de Guipuzcoa. — A 16 heures : grande course de taureaux organisée par l'Association de la Presse.

Lundi 29 juillet, à 10 heures : lecture des rapports sur indications et contre-indications des bains de soleil. — A 12 heures : visite de l'établissement de bains « La Perla del Oceano ». Apéritif. — A 15 heures : discussion des rapports. — A 17 h. 30 : conférence faite par une personnalité médicale. — A 22 heures : soirée de gala au théâtre Victoria Eugenia, en l'honneur des congressistes.

Mardi 30 juillet, à 10 heures : visite de l'Institut du Cancer et de la Maternité. — A 12 heures : apéritif au restaurant du Mont-Igueldo. — A 17 heures : conférence par une personnalité médi-

cale. — A 19 heures : séance de clôture.— A 22 heures : banquet de gala en l'honneur des congressistes.

Les réseaux de chemins de fer français ont accordé 50 p. 100 de réduction sur les trajets en territoire français, valable du 22 juillet au 4 août 1935.

Les adhésions ou demandes de renseignements devront être envoyées : à M. Emiliano Eizaguirre, président, Paseo de Colon, 2, Saint-Sébastien (Espagne) ; ou au Comité organisateur, 20, place du Bon-Pasteur, Saint-Sébastien (Espagne) ; ou à M. G. Léo, secrétaire général du Comité permanent, 50, avenue du Président-Wilson, Paris (16e).

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette Assemblée aura lieu sous la présidence de M. le Docteur Chapon le dimanche 26 mai 1935, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, banquet au Centre Marcelin-Berthelot (Maison de la Chimie), 28 *bis*, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. le Professeur Bardier, de Toulouse. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 24 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Chèques postaux : Paris : 186-07 Téléphone : Littré 61-43.

Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'hospice départemental Paul Brousse. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul-Brousse, à l'Institut du cancer à la Maison de retraite de Villejuif et éventuellement la désignation d'internes provisoires s'ouvrira le 24 juin 1935.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er octobre de l'année 1935. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active, pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes :

Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre. Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée, les jours de garde et au repas de midi les autres jours. Ils seront soumis au point de vue du service, aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes : 1° expédition de l'acte de naissance ; 2° certificat de revaccination ; 3° certificat du Directeur général de l'Adminisration générale de l'Assistance publique, attestant que l'intéressé est externe des hôpitaux, ou certificats de dix inscriptions de doctorat prises dans une Faculté ou Ecole de médecine de l'Etat.

Le certificat du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique ou celui du Doyen de la Faculté ou du Directeur de l'Ecole de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e Bureau, annexe Lobau, escalier A, deuxième étage, porte 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 1er au 13 mai 1935 inclus.

Toute demande déposée ou parvenue après la clôture de la liste d'inscription ne sera pas admise.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Les candidats seront convoqués par lettre, néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour toute convocation qui ne parviendrait pas.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes de l'hospice Paul-Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au Service de l'Assistance départementale.

Ligue française contre le cancer. — L'Assemblée générale annuelle se tiendra le lundi 6 mai 1935, à 17 heures, à la Faculté de médecine (salle du Conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Rapport de M. Le Bret, secrétaire général ; Rapport de M. Max Hermant, trésorier ; L'Union internationale contre le cancer : M. Justin Godart ; Conférence par le Professeur Deelman de l'Université d'Amsterdam.

Des médecins étrangers sont employés par l'Etat. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris communique :

On sait qu'après les révélations faites par M. Mordagne, notre

délégué permanent, à la Fédération corporative des médecins de la région parisienne en juillet 1934, et sur la requête de l'Association corporative des étudiants en médecine, le général Stuhl, sénateur de la Moselle, avait demandé au ministre de la Santé publique combien de médecins étrangers étaient employés par l'État dans les Facultés ou Centres médicaux hospitaliers.

Le ministre avait répondu en janvier 1935 par la négative.

Or, M. Mordagne publie dans la *Presse Médicale* du 17 avril une lettre officielle de M. Queuille au général Stuhl confirmant que les deux étrangers signalés par lui étaient bien employés indûment dans une Faculté de médecine de l'Est. Le ministre ajoute qu'il a fait refuser, après enquête par le Préfet du département, le renouvellement de la carte d'identité de ces deux étrangers.

L'Association corporative estime que la lettre ministérielle est la preuve manifeste de l'emploi de médecins étrangers par l'État, comme son délégué l'a signalé dans les assemblées médicales depuis mai 1933. L'Association corporative remercie M. Queuille de sa vigilance, et souhaite que son contrôle ne cesse de s'exercer dans le même sens.

Nécrologie. — Professeur Louis JOUBIN, membre de l'Académie des Sciences (section d'anatomie et de zoologie), professeur au Muséum et à l'Institut océanographique. — Mme le Docteur JOUSSET, de Paris. — Docteur Charles LAURENT, professeur à l'École de médecine de Rennes, pharmacien en chef des hospices de Rennes. — Docteur Alfred LESUR, de l'île Maurice, décédé à Paris dans sa 81e année. — Professeur MARTIN, de Toulouse.

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie, par CLÉMENT SIMON, médecin de l'hôpital Saint Lazare (Masson et Cie, éditeurs), 1 vol. de 226 pages, 1935.

Voici une seconde série des lettres sur la dermatologie et la vénéréologie de Clément Simon.

L'auteur a trouvé une méthode agréable pour inculquer à ses lecteurs la petite et même la grande dermatologie. Les observations qu'il a pu recueillir lui permettent de résumer ce que nous savons sur la pathominine, la dermite des prés, le pied « athlétique » (épidermomycosique), les dermites artificielles dues aux gants noirs, à la primevère, aux peintures murales, la « corydonite », la gale des animaux, etc.

Huit lettres sont consacrées à la syphiligraphie. Sans doute le correspondant de Cl. Simon serait-il en droit de demander quelques détails plus précis sur le traitement reçu par le malade de la 21e lettre (réflexion sur la durée du traitement de la syphilis), peut-être alors ne suivrait-il pas son auteur, au nombre des médecins de Saint-Louis, de Cochin et de Saint-Lazare, dans la conclusion qu'il adopte.

Il faut savoir gré à Cl. Simon d'avoir insisté sur les dangers pour le nerf optique du stovarsol sodique, danger sur lequel les auteurs qui ont préconisé ce sel contre la paralysie générale ont largement insisté ; mais le fait qu'il aurait dû souligner, c'est que cette médication est indiquée dans des cas où les autres thérapeutiques chimiques sont inefficaces et où seule la malariathérapie peut être aussi employée. Or, la malariathérapie comporte un risque de léthalité qu'on peut évaluer, d'après les dernières statistiques, à 2 ou 5 p. 100 des cas traités. Le risque de névrite optique du stovarsol est beaucoup moins fréquent et assez souvent réparable. Il faut ici choisir entre deux maux, c'est-à-dire entre deux thérapeutiques qui ne sont pas absolument sans danger.....

La lecture aisée est attachante, le nouveau volume de Clément Simon rencontrera auprès de ses lecteurs le même succès que le précédent. On ne peut qu'encourager l'auteur à publier une troisième série.

A. SÉZARY.

TRAVAUX ORIGINAUX

La symptomatologie artérielle des phlébites des membres et de leurs séquelles

Par M. AUDIER
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Marseille

L'association de phlébite et d'artérite est du plus haut intérêt doctrinal et pratique. D'une part, elle apporte un nouveau tribut à la conception si riche en déductions pathogéniques des maladies de système ; d'autre part, les conséquences thérapeutiques sont utiles à connaître du praticien. Sans envisager le problème dans toute son ampleur, nous ne ferons que rappeler que dans cette association pathologique, l'une des deux affections peut dominer le tableau clinique au point que l'on pourra dire, suivant les cas, qu'il s'agit d'une artérite compliquée de phlébite ou d'une phlébite avec artérite.

Le premier groupe ne nous retiendra pas ; nous rappellerons seulement qu'un des exemples les plus typiques de lésions artérielles et veineuses associées est constitué par la maladie de Léo Buerger, où thrombo-angéite oblitérante juvénile. Les travaux de Léo Buerger, de Parkes-Weber, de Letulle et Marchak ont montré l'évolution clinique et l'existence anatomique d'une double atteinte phlébitique et artérielle. Bien que la première période de cette curieuse affection s'exprime le plus souvent, par un tableau de phlébite superficielle ou de phlegmatia alba dolens, c'est l'oblitération artérielle qui domine l'évolution et donne une gravité particulière au pronostic. Il est vraisemblable qu'il y a ici atteinte simultanée des veines et des artères, mais l'artérite marque de son empreinte dominante le tableau clinique. Ce n'est pas une thrombo-phlébite se compliquant d'artérite, mais bien au contraire, une thrombo-angéite où l'oblitération artérielle est l'élément essentiel, ces considérations devant justifier la place de cette affection dans ce premier groupe d'affections circulatoires que nous pourrons qualifier « *d'artério-phlébites* ».

Des phlébites ont été aussi décrites comme compliquant l'évolution de certaines artérites banales : athéromateuses, diabétiques.... Gallavardin et Devic ont décrit une forme phlébitique des oblitérations artérielles. Bouchut et Paupert-Ravault ont étudié les lésions veineuses thrombosantes au cours des artérites séniles.

Mais nous voulons, dans ce mémoire, attirer l'attention sur le deuxième groupe symptomatique où la phlébite est la maladie initiale ou dominante, sur ce que nous appellerons « *les phlébartérites* ».

Là encore une distinction s'impose : dans certains cas, les signes artériels apparaissent pendant l'évolution de la thrombose veineuse, d'autres fois, ils se manifestent pendant les suites de phlébites, constituant de véritables séquelles. Nous allons envisager successivement ces deux éventualités.

I. — Signes artériels au cours de l'évolution des phlébites

Il est très difficile d'apprécier si tel *symptôme habituel* de phlébites est dû à une participation artérielle. *Les troubles vaso-moteurs* en particulier sont, on le sait, fréquents sur le membre atteint de phlébite. Certains, sont d'origine capillaro-veineuse, d'autres, à type vaso-constrictif : pâleur, refroidissement du pied doivent être d'origine artériolaire. Ces troubles sont en général continus et assez discrets pour ne pas attirer l'attention. Mais dans l'observation que nous relaterons tout à l'heure, il y eut de véritables crises angio-spasmodiques à type de *syndrome de Raynaud*.

Les douleurs des phlébites ont une pathogénie variable. On peut distinguer des algies dues à un veinospasme ; ce sont les plus importantes et les plus fréquentes. Leur siège le long d'un trajet veineux avec points d'élection au niveau de l'aine, du creux poplité, du mollet, de la semelle veineuse, a été bien étudié par Duening et A. Thomas. D'autres phénomènes douloureux ont les caractères topographiques et le siège de douleurs névritiques ou même radiculaires. Enfin, il est une classe de douleurs sur lesquelles les classiques restent muets, ce sont les douleurs artérielles. Moins fréquent que la souffrance de la veine, le retentissement douloureux d'un spasme artériel peut se voir dans quelques cas. Lorsqu'on a l'habitude d'analyser minutieusement le facteur douleur chez les phlébitiques, on peut noter la présence d'algies paroxystiques *très intenses* siégeant volontiers le long du trajet de la fémorale. Pour Louvel qui a observé de pareils symptômes, il s'agirait d'algies intermittentes à type d'encerclement, d'enserrement, de broiement. J'ajouterai qu'elles s'accompagnent fréquemment d'un sentiment d'angoisse, de réactions vasomotrices locales ou générales. Mais ces différences symptomatiques peuvent paraître subtiles. En réalité, le signe le plus important pour nous, c'est l'action de l'acétylcholine qui authentifie ces douleurs artérielles. On sait en effet que cette drogue agit électivement sur le système vaso-moteur artériel alors qu'elle est presque sans action sur les veines. L'acétylcholine calme ces douleurs d'origine artérielle des phlébitiques, et permet ainsi de remonter à leur cause. Cette action fut très nette dans un cas de Louvel, où elle fit cesser des douleurs que la morphine n'avait pu calmer. Il est donc indispensable d'analyser minutieusement les modalités de la douleur des phlébitiques, phénomène banal en apparence. Dans l'*impotence fonctionnelle* de ces malades peut-être faut-il voir en dehors du facteur parétique dû à des troubles circulatoires des nerfs moteurs, une action des troubles de l'irrigation artérielle des muscles. Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse sans base solide.

Si l'on peut avec juste raison soupçonner parfois l'origine artérielle et certains symptômes habituels de phlébite, il est difficile de ne pas parler de phlébartérite en présence de troubles trophiques et oscillométriques nets.

Ces *symptômes anormaux* de phlébites sont peu étudiés, car peu fréquents. Les *troubles trophiques* peuvent affecter soit l'aspect d'une ulcération torpide, soit encore aboutir à des phénomènes gangréneux du membre.

Nous avons publié avec M. le Professeur agrégé Carcassonne la curieuse observation suivante :

Mlle Vial..., 57 ans, vient consulter pour un panaris trophique de l'index droit.

La malade présentait depuis quelques temps des fourmillements dans la main droite. Un mois avant de venir consulter est survenue une crise douloureuse intense, avec refroidissement de la main livide, puis violacée. Une impotence fonctionnelle à peu près complète accompagne cette douleur. La crise dure

vingt-quatre heures et cède à des injections d'acécoline. L'index cependant est resté comme mort et bientôt apparut une sorte de panaris indolore au niveau de la troisième phalange. Des pansements répétés n'améliorent pas la malade.

L'examen révèle chez une personne maigre et bien portante l'existence d'un membre supérieur droit œdématié, luisant, qui contraste avec l'amenuisement des extrémités digitales. Il existe un panaris de l'index droit dont l'aspect rappelle celui d'un trouble trophique atone et insensible. La recherche oscillométrique révèle de l'hyperoscillométrie du côté malade : 6 à droite pour 1 à gauche ; la tension étant de 18.10. Les vaisseaux battent normalement. L'examen général est négatif. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. Une radiographie montre l'absence de côte cervicale.

L'intervention, 16 février 1931, Docteur Carcassonne, montre que l'artère humérale est d'aspect parfaitement normal ; elle n'est pas oblitérée. Par contre, la veine humérale apparaît thrombosée. En essayant de la dégager on la blesse ; elle ne saigne pas. On la résèque sur 5 centimètres environ et l'on pratique une sympathectomie périhumérale.

Les suites opératoires sont normales. L'œdème du bras a disparu rapidement. La gêne fonctionnelle a cessé ainsi que les douleurs. En dix jours, le panaris de l'index est cicatrisé. Ces troubles ne se sont plus reproduits depuis.

Par contre dans l'observation de Bergeret, Guillaume et Delarue, il apparut un sphacèle qui rappelait une gangrène ischémique.

Voici le résumé de cette observation :

Malade de 52 ans, opérée d'appendicite aiguë cinquante-deux heures après le début de la crise, le 30 novembre 1931. Les suites opératoires locales sont normales. Mais le 24 décembre, on note une tachycardie inquiétante qui fait juger dangereux le départ de la malade. Le 25 décembre : signes d'embolie pulmonaire massive.

Le 3 janvier, taches violacées du pied droit.

Dans la nuit du 4 au 5 janvier, le pied et la partie inférieure de la jambe droite sont froids et violacés.

A l'examen oscillométrique, persistance des oscillations au tiers inférieur de la cuisse, mais abolition de la jambe. De plus on constatera au membre inférieur gauche la présence d'un œdème considérable occupant tout le membre et remontant jusqu'à la paroi abdominale de ce même côté.

Des phlyctènes apparaissent à droite, tandis que l'œdème augmente à gauche. On fait une amputation basse de la cuisse, à droite.

La mort survient au bout de quelques jours avec des foyers pulmonaires multiples.

L'examen du membre amputé montre :

1° L'intégrité macroscopique et microscopique des artères qui sont en collapsus et vides de sang ;

2° L'oblitération totale de tout le système veineux par une coagulation sanguine complète. La veine poplitée et la veine fémorale sont le siège d'un prolapsus d'endophlébite proliférante. Il existe une infiltration hémorragique interstitielle et une périphlébite nette. L'examen bactériologique a été négatif.

Bréchot et Pergola ont décrit un cas d'association de lésions vasculaires multiples du membre inférieur :

Cette observation que nous résumons décrit une affection œdémateuse survenue rapidement au membre inférieur droit de leur malade. Cinq jours après, apparaissent des plaques de sphacèle au dos du pied, à la face interne et à la face postérieure de la jambe droite.

Ces plaques parsemées de phlyctènes croissent rapidement et aboutissent bientôt à de larges pertes de substance. L'examen oscillométrique montrera tout d'abord du côté atteint une diminution de l'indice que les auteurs mettent sur le compte de l'œdème, puis une hyperpulsatibilité. L'évolution se fit sans fièvre. La cicatrisation fut lente. Il existait des signes radiologiques importants de décalcification des os du membre.

Les auteurs pensent à une association de phlébite et de thrombo-artériolite aiguë d'origine indéterminée.

Les *modifications oscillométriques* constituent actuellement encore un procédé pratique et relativement fidèle pour déceler les troubles des gros troncs artériels. De pareilles modifications de la courbe oscillométrique ont été constatées sur des membres phlébitiques (P.-E. Weil et Levy-Frankel). Mais ici il faut être prudent dans l'application de cette méthode qui peut être dangereuse et dans l'interprétation des résultats. En effet, il y a, séparant l'artère du brassard, une inégale épaisseur de tissu du côté sain et du côté œdématié. Une légère diminution de l'indice oscillométrique ne peut donc être considérée comme pathologique. Seul un écart très net entre les chiffres des deux côtés ou une abolition des oscillations peut avoir de la valeur pour le diagnostic de troubles artériels.

Donc, au cours de l'évolution d'une phlébite, on peut déceler parfois des modifications de la circulation artérielle, grâce à l'apparition de phénomènes vaso-moteurs douloureux particuliers, ou de modifications très marquées de l'indice oscillométrique. Le déficit artériel peut être accentué au point d'aboutir à des troubles trophiques.

II. — Les séquelles artérielles des phlébites

Mais ces troubles de la circulation artérielle sont plus fréquents dans les suites de phlébite où il est utile de les déceler, car, un traitement spécial doit leur être appliqué.

Ces faits sont de connaissance plus récente. MM. Labbé, Heitz et Gilbert-Dreyfus, Trémolières et Veran, Martin et Ravault, Delater et Vanbockstaële, Louvel, ont signalé quelques cas intéressants. Nous-même avons eu l'occasion avec le Docteur Giraud-Costa, de présenter deux cas de phlébartérites typiques à la Société de médecine de Marseille.

Nous allons donner tout d'abord un résumé des observations déjà publiées ; nous exposerons ensuite les nôtres.

Le cas de MM. Trémollières et Véran peut très bien servir de transition entre les phlébites à manifestation artérielle et les artérites survenant à la suite de phlébites.

Leur malade, âgé de 50 ans, eut le 26 novembre 1928, une violente douleur dans le mollet droit. Les jours suivants, le mollet est dur et empâté et il apparaît un cordon veineux douloureux, le diagnostic de phlébite variqueuse est porté. Ces phénomènes s'amendent et le malade se lève après quarante-cinq jours d'immobilisation, mais il eut alors une embolie pulmonaire. Il avait repris une certaine activité lorsque le 20 janvier 1929, des douleurs et de l'œdème apparaissent dans le membre inférieur droit. Cette douleur est intense et l'œdème augmente de jour en jour. Il existe de la fièvre.

Examiné le 30 janvier, on note en dehors de l'œdème considérable, des taches cyanotiques se détachant sur un membre livide.

On ne perçoit pas les pulsations artérielles.

On prescrit 0.20 cgr. d'acécoline qui, deux heures après, amènent une nette sédation de la douleur. Ce traitement est alors continué et deux mois après le début des accidents ischémiques, la guérison clinique est presque complète.

Il y eut donc ici un premier épisode de phlébite superficielle, puis un mois plus tard une phlébite profonde qui s'est rapidement accompagnée de signes d'ischémie. L'origine artérielle de ces troubles et de la douleur intense de décubitus a été prouvée par l'action remarquable de l'acétylcholine. Il y eut non seulement guérison clinique, mais l'indice oscillométrique qui était très diminué du côté malade a nettement augmenté.

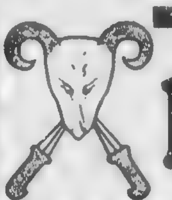
MM. Labbé, Heitz et Gilbert-Dreyfus ont publié l'observation très intéressante qui suit et que nous résumons :

Il s'agissait d'une femme de 80 ans ayant eu à l'âge de 49 ans à la suite d'une hystérectomie pour fibrome une phlébite du membre inférieur gauche qui dura deux mois. Dix ans plus tard, elle eut une phlébite du membre inférieur droit. Il persista des séquelles sous forme de douleurs et de varices.

A l'âge de 67 ans, elle commence à souffrir de claudication intermittente dans le membre inférieur droit. Puis la douleur


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE





persiste au repos et devient plus intense la nuit, pendant qu'apparaissent des troubles acrocyanotiques avec abolition des pulsations. Le refroidissement et les douleurs augmentent ; l'amputation est faite.

L'examen anatomique de la pièce montra qu'il existait une thrombose ancienne de la veine fémorale. Le thrombus étant tunnellisé par des canaux veineux secondaires qui, eux-mêmes, étaient le siège d'une thrombose récente. La lumière de l'artère fémorale était comblée par un caillot non encore organisé. Il existait des lésions de l'endartère et de l'infiltration de la mésartère sur la partie de l'artère en contact avec la veine.

Les auteurs rapprochent de cette observation deux autres cas de malades ayant eu l'un trois phlébites, l'autre des varices sur un membre qui devait être atteint d'artérite. Ils rapportent aussi pour le rapprocher de leur cas, l'observation de Prosper Merklen et Jean-Albert Weil ; il s'agissait d'un malade atteint de maladie d'Osler qui fit une phlébite des veines du bras. A l'autopsie, l'artère fémorale présentait au contact des veines thrombosées des lésions d'endartérite oblitérante.

Martin et Ravault ont rapporté au VI[e] Congrès des accidents du travail l'histoire d'un malade qui fit de multiples atteintes vasculaires à la suite d'une phlébite traumatique :

C'était un ouvrier de 57 ans, dont je cite l'observation résumée : il présenta après une chute un accident douloureux étiqueté rupture musculaire. Il fit quelques jours plus tard, une phlébite de cette jambe qui évolua normalement.

Un an plus tard, nouvelle phlébite, cette fois à droite. Mais bientôt apparaît sur ce membre des troubles ischémiques ; refroidissement puis phlyctènes. Malgré un traitement par l'insuline, la diathermie et un traitement spécifique d'épreuve, on est obligé d'amputer à cause de l'intensité du sphacèle.

Un mois après l'amputation, apparaissent des signes analogues à gauche et l'évolution assez rapide, oblige à une nouvelle amputation. Enfin huit mois plus tard, la mort devait survenir par thrombose mésentérique.

L'examen histologique devait montrer la précession de la phlébite sur les lésions artérielles ; en effet, les lésions veineuses sont à type de thrombrose organisée alors que les lésions d'artérite sont récentes. D'ailleurs, l'infiltration de la mésartère a lieu au contact des lésions les plus intenses de phlébite et de périphlébite.

A ces observations, il nous faut ajouter des cas personnels :

M... a eu, à 27 ans, une fièvre typhoïde avec phlébite de la jambe gauche. Il persiste depuis une certaine lourdeur de ce membre.

A 70 ans, il présente une poussée de phlébite superficielle de la jambe gauche qui dure deux mois. Pendant toute l'évolution de cette phlébite superficielle, il y eut abolition complète des vibrations à la jambe gauche. Les vibrations reparaissent après cette poussée.

A 72 ans, il présente de la claudication intermittente ; puis fit une nouvelle poussée de phlébite superficielle.

A ce moment-là, la tension était : bras : 17,9, i = 4 ; au membre inférieur gauche, existaient quelques oscillations vers 16 (18/[e]) ; au membre inférieur droit : 22,12, i = 4. On fait un traitement par l'acécoline, 0,40 cgr. par jour ; les oscillations remontent à 13.10, i = 2 à la jambe gauche ; la marche redevient possible.

Un an plus tard, poussée de phlébite superficielle du membre inférieur gauche. La durée de cette poussée fut de trois semaines. Puis, une nouvelle localisation se fait à droite et dure quinze jours. Les veines du scrotum sont atteintes. Cette poussée cède à l'ionisation salicylée. Mais il persiste de la claudication intermittente. On fait : acécoline 0,40 cgr. par jour et une amélioration sensible se produit. La tension est alors au membre inférieur gauche de 14.12, i = 1,5 ; au membre inférieur droit : 19,13, i = 1 à 1,5.

L'année suivante, à la suite d'une intoxication intestinale, nouvelle poussée de phlébite superficielle, durant huit jours.

En février 1933, à la suite d'une nouvelle infection veineuse superficielle, les oscillations ont complètement disparu. La mort survient quelques mois plus tard à cause d'un cancer de l'ampoule rectale.

Il est à remarquer que dans cette observation, il y eut comme une septicémie artério-veineuse subaiguë. Chaque poussée de phlébite s'accompagnait manifestement de spasmes artériels qui d'ailleurs duraient après elle.

Mlle Th..., jeune fille de 20 ans ayant eu une fièvre typhoïde avec phlébite du membre inférieur gauche. Depuis plusieurs mois, accuse des douleurs et des crampes dans la jambe gauche. Ces douleurs ont un caractère progressif depuis quelques semaines. Actuellement, la marche est rendue très difficile par l'apparition de vives douleurs au bout de quelques pas. La jambe paraît normale, il n'y a pas d'œdème. La tension au Pachon est de 13,8 ; i = 3 au membre supérieur ; à la jambe droite : 13,10 ; i = 0,5 ; à la jambe gauche i = 0.

Traitement diathermique en février et mars 1921. Une plaque lombo-fessière, une plaque en bracelet autour de la partie inférieure de chaque jambe ; 2.500 mma.; séances de 20 minutes, trois séances par semaine.

Amélioration dès la troisième séance ; à la fin du traitement (quinze séances) amélioration fonctionnelle et subjective notable, marche facilement, n'a plus de crampes et de douleurs ; pas d'amélioration oscillométrique.

Revu la malade un an après ; son état se maintient bon. Quelques douleurs fugaces dans les membres inférieurs ne l'empêchent pas de vaquer à ses occupations et ne nécessitant pas la reprise du traitement.

Cette observation que nous avons publiée avec le Docteur Giraud-Costa sous le titre de phlébartérite typhique montre nettement comment les suites d'une phlébite peuvent être troublées par l'existence d'un spasme artériel.

L'observation suivante que nous avons publiée dans notre thèse est assez caractéristique :

Mme ..., sage-femme, 50 ans, a eu une phlébite infectieuse d'origine indéterminée en 1919 ; depuis, elle présente de la fatigabilité des membres inférieurs.

En mai 1929, quand elle vient consulter, cette gêne s'est accrue et constitue une véritable claudication intermittente. Il n'existe pas de troubles trophiques, ni d'œdème, mais les téguments sont froids et légèrement cyanotiques. La tension est M. S. D. : 23,12 i 2 ; M. I. D. i = 0 ; M. I. G. : 25,10 ; i = 4. Mais, par contre, la réplétion veineuse montre que la circulation est encore suffisante dans le membre, ce qui explique qu'il n'y ait pas de troubles trophiques. Il y a probablement suppléance artériolaire.

On prescrit : acécoline : 0,60 cgr. par jour, pendant huit jours, puis 0,40 cgr. par jour. Au bout de la première semaine, le membre inférieur droit a une tension de 14,10 ; i = 1,1/2 et il y a amélioration fonctionnelle nette de ce côté.

Février 1930, l'acécoline a été suspendue depuis longtemps, bien que l'on ait conseillé de faire de petites séries tous les mois ; la malade se plaint de crampe dans le membre supérieur gauche, lui interdisant toute fatigue. L'examen clinique ne montre rien de particulier. La tension est de M. S. D. 25,9 ; i = 6. M. S. G. : I. E. 10 ; i = 1.

On recommence le traitement par acécoline à 0,40 cgr. Mais il est insuffisant, car à la fin de la série, la tension est de 11,8 ; i = 1/2, au membre supérieur gauche, et il n'y a pas d'amélioration fonctionnelle sensible.

On prescrit un traitement intensif à 0,60 cgr. par jour, et le 8 octobre la malade revient accusant la disparition des crampes pénibles du bras gauche ; malgré ce résultat, la tension a peu varié : on a en effet, 13,10 ; i = 1/2.

Enfin, nous allons maintenant relater l'histoire très intéressante d'une malade que nous observâmes à Aix-en-Provence où elle fut envoyée par le Centre de triage de Necker (Professeur Villaret).

Mme Beau..., 62 ans, fit en 1927 une phlébite du membre inférieur gauche à la suite d'un choc sur le genou qui ne lui occasionna aucune plaie. La malade n'avait jamais eu de varices. Elle est immobilisée pendant cinquante-cinq jours. Il persiste de l'œdème et de l'impotence, fonctionnelle pendant cinq mois.

En 1928, nouvelle atteinte phlébitique légère droite avec douleur et œdème du mollet. Evolution sans fièvre d'une durée de quinze jours. La malade reprend son travail mais est obligée

de s'arrêter de nouveau quinze jours après à cause d'une douleur et de l'œdème persistant.

En 1932, elle présente de nouveau un épisode douloureux avec œdème à gauche, et depuis il persiste de l'œdème, des douleurs et une fatigabilité marquée.

En 1933, première cure à Aix-en-Provence, qui l'améliore considérablement. l'œdème diminue fortement, les douleurs cessent et ne se reproduisent plus de tout l'hiver. La marche est plus facile. Alors qu'elle ne pouvait sortir de chez elle, elle peut se promener.

Aussi revient-elle à Aix-en-Provence, en août 1934. Elle ressent alors quelques douleurs sourdes dans les mollets le soir au moment où s'installe un léger œdème vespéral. Il existe aussi des douleurs rhumatoïdes dans la cheville gauche.

L'examen montre un œdème périmalléolaire léger à gauche ; quelques varicosités. Les mensurations donnent : mollet droit: 38 ; mollet gauche : 37 centimètres ; cheville droite : 25 centimètres ; cheville gauche : 26 centimètres.

Mais la recherche de l'indice oscillométrique attire notre attention sur la circulation artérielle du membre inférieur gauche, bien que la malade n'ait pas encore présenté de troubles fonctionnels d'un type artériel. En effet nous avons: bras droit et bras gauche: 21,8, i = 6 ; jambe droite: 22,8 i = 7 ; jambe gauche : 11,8, i = 1, pas de sucre dans les urines.

Nous prescrivons le traitement habituel, bains à eau courante à 34° et cure de boisson. Les premiers bains améliorent la malade. Mais le 3 août, elle se plaint de douleurs dans le cinquième orteil ; douleurs continues avec paroxysmes douloureux nocturnes. L'examen local ne montre pas de gonflement, une température cutanée normale, mais une légère cyanose. La tension artérielle n'a pas changé. Nous portons la température du bain à 36°.

Les jours suivants, les douleurs persistent malgré des analgésiques divers. Le 13 août, il existe des douleurs à la marche à type de claudication intermittente.

Entre temps, nous avions étudié la courbe oscillométrique après bain chaud à 38° généralisé et après douche chaude localisée ; l'indice augmentait, il passait de 1 à 3,5 ; de même après injection d'acécoline (0,20 cgr.). Mais il restait toujours inférieur à celui de la jambe droite.

Nous prescrivons des douches chaudes filiformes à 40° sur la région douloureuse. Ce traitement calme la douleur pendant quelques heures. Le 16 août la douleur est vive au troisième et au cinquième orteils. Pendant la douche ces orteils deviennent violacés. Ils reprennent une coloration normale après la douche. On commence un traitement par l'acécoline 0,30 cgr. par jour.

Le 20 août, après quatre minutes de douche bavante à 42°, cyanose intense du troisième et du cinquième orteils; plaque de cyanose de la plante du pied vers le bord interne. Ces zones sont très sensibles à la palpation. Dans l'intervalle des douches, la cyanose du troisième et du cinquième orteils est à peine visible, et il n'y a pas de refroidissement à ce niveau. L'indice oscillométrique n'a pas varié.

Cette malade est retournée à Paris, d'où elle nous a écrit plusieurs fois, en nous faisant part des progrès de l'ischémie des deux orteils malgré un traitement énergique par l'acécoline, l'insuline et la diathermie.

Nous allons résumer les caractéristiques cliniques de ces phlébartérites telles qu'elles ressortent de ces observations et de celles que Louvel a citées dans un travail récent où il s'agissait de deux convalescents de phlébites qui présentèrent des signes artériels douloureux et vaso-moteurs qui, dans un cas cédèrent nettement à l'acécoline, et dans l'autre évoluèrent vers le sphacèle. Delater et Vandockstaele ont décrit un cas d'association phlébartéritique semblable.

Le plus souvent, en effet, comme nous l'avons vu, la traduction de ces troubles est une douleur plus ou moins violente à type de claudication intermittente ou de douleur de décubitus. La claudication intermittente peut être passagère et céder rapidement à une thérapeutique vasodilatatrice. Elle peut être durable et progressive allant jusqu'à empêcher tout essai de marche de la part du malade qui redoute de réveiller d'atroces douleurs. Quant à la douleur de décubitus elle marque un degré de plus dans l'atteinte artérielle ; elle peut céder à l'acécoline alors que la morphine est souvent sans action sur elle.

En général, les troubles vaso-moteurs et trophiques apparaissent plus tard. L'acroasphyxie peut s'étendre à tout le pied ou encore se localiser à un orteil. Le sphacèle assez rare peut tout de même, nous l'avons vu, nécessiter l'amputation par ses progrès.

L'examen clinique pourra montrer la disparition des battements artériels parfois difficiles à rechercher à cause de l'œdème. L'examen oscillométrique est indispensable pour déceler ces troubles au début et affirmer leur origine artérielle. Mais il est nécessaire, de prendre quelques précautions : serrage égal du brassard des deux côtés ; faire deux prises de tension successives au même membre, car on sait les différences que l'on peut obtenir en ne tenant pas compte des réflexes vaso-moteurs créés par l'application et le gonflement du brassard (d'Œlsnitz et L. Cornil). Il y aurait intérêt, comme le proposaient ces auteurs, à prendre simultanément la tension aux deux membres inférieurs.

Mais même dans ces cas, il ne faudrait pas oublier que les conditions de mesures ne sont pas les mêmes des deux côtés puisque le membre malade est presque toujours œdématié, ce qui fausse quelque peu les résultats. Il est donc nécessaire de ne tenir compte que des différences importantes entre les chiffres obtenus de chaque côté. On peut avoir ainsi une nette diminution de l'indice oscillométrique et parfois aussi des tensions Mx et Mn. Dans les cas extrêmes, il n'y a pas d'oscillations. Les épreuves du bain chaud et de l'acétylcholine peuvent les faire réapparaître ou les augmenter.

Il nous paraît intéressant de distinguer quelques formes cliniques. Il existe des formes précoces où les phénomènes de déficit artériel évoluent tout de suite après la phlébite ou seulement quelques mois après. Dans l'observation de Trémolières et Véran et dans deux de nos observations, les troubles artériels sont précoces. Il existe ainsi, nous l'avons vu, tous les intermédiaires entre les phlébites présentant des signes artériels pendant leur évolution et ces formes précoces de séquelles artérielles ; le mécanisme physiopathologique est d'ailleurs le même.

Mais souvent, il s'agit de formes tardives (huit ans chez le malade de MM. Labbé, Heitz et Gilbert-Dreyfus ; dix ans dans l'une de nos observations).

La symptomatologie nous permet de distinguer des formes succédant à des phlébites superficielles (obs. Trémolières et Véran, Martin et Ravault ; obs. personnelle M.), d'autres les plus nombreuses, compliquent des phlébites profondes (obs. Labbé ; obs. personnelle Beauv.... etc.).

Enfin l'*étiologie* de ces phlébartérites est intéressante à étudier. On a tantôt une phlegmatia alba dolens à germe indéterminé, tantôt des phlébites typhiques, parfois, une septicémie veineuse subaiguë. A ce propos nous signalons que A. d'Abreu a rapporté récemment une observation assez semblable à la nôtre d'un sujet qui pendant quarante ans présenta des phlébites des jambes et de l'abdomen. A l'âge de 52 ans, il a une gangrène du pied droit. L'examen histologique des pièces d'amputation montre des lésions de thrombo-angéite oblitérante. Aussi, après Léon Buerger, d'Abreu rapproche la thrombo-phlébite-migratrice de la thrombo-angéite oblitérante dont elle peut être la manifestation de début. Les rapports de ces septicémies veineuses prolongées récidivantes et de la maladie de Léon Buerger sont plus étroits qu'il ne paraît à première vue, et leur pronostic peut toujours être réservé à cause de ces considérations.

Nous remarquerons que le malade de Martin et P. Ravault ainsi que Mme Beauv... ont eu à l'origine de leur phlébite un traumatisme. M. le Professeur Imbert dans son rapport sur les phlébites traumatiques au VIe Congrès des



Voyagez en couchettes...
(du 6 Octobre, au 30 Juin)
1re cl. 2me cl. 25f
3me cl. 20f
(du 1er Juillet, au 5 Octobre)
1re cl. 40f
2me cl. 35f
3me cl. 30f
Prix spéciaux de PARIS à DIEPPE et vice-versa
RENSEIGNEMENTS DANS LES GARES DU RÉSEAU
ÉTAT


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

accidents du travail (Genève 1931), insiste sur la relative fréquence des lésions artérielles dans ces phlébites.

Nous le citons : « en ce qui concerne l'artérite, je crois également qu'elle accompagne parfois la phlébite. J'ai eu l'occasion de faire une amputation de cuisse pour gangrène de jambe consécutive à une forte contusion de cuisse sans fracture ; je fus surpris de constater une oblitération complète et totale de tout le système artério-veineux. Dans un autre cas, ayant constaté des signes de phlébite survenus après une contusion du genou, je suis intervenu à la racine de la cuisse et j'ai trouvé les lésions suivantes : veines superficielles thrombosées, y compris la saphène, veines fémorales réduites à un cordon, mince, dur, thrombosé ; ayant alors découvert l'artère fémorale, je la trouvais à sa partie inférieure affaissée, noirâtre, molle, ne battant pas ; à tel point que je craignais de la rompre en la saisissant avec une pince ; remontant alors un peu plus haut, je vis sous l'arcade crurale, l'artère changer brusquement d'aspect ; la zone mortifiée était nettement limitée ; au-dessus l'apparence de l'artère était normale, ses pulsations très apparentes. Or, chez ce malade le diagnostic clinique ne pouvait être que phlébite, l'intervention a montré que l'artère audessous de la fémorale commune était gravement atteinte ». Nous avons tenu à citer ce texte intégralement car, comme on a pu le voir, il est du plus haut intérêt clinique et pathogénique.

Des phlébites traumatiques, on pourrait d'ailleurs rapprocher à ce point de vue les phlébites par effort dans le tableau clinique desquelles on fait jouer un grand rôle au spasme artériel (Cottalorda).

III. — Pathogénie

Quel peut être le mécanisme pathogénique de ces troubles vaso-moteurs et trophiques qui surviennent au cours de l'évolution ou dans les suites de phlébite ?

Avant d'affirmer leur nature artérielle, on peut se demander si la thrombose veineuse n'est pas capable à elle seule de les produire et s'il est nécessaire d'évoquer dans ces cas, une lésion ou un trouble fonctionnel artériel. Nous avons vu les critères cliniques et oscillométriques qui nous permettent de penser à une pathogénie artérielle des troubles vaso-moteurs et douloureux. Nous estimons que le preuve thérapeutique par l'acétylcholine est ici très probante. A un degré de plus, peut-on penser que les troubles trophiques, le sphacèle en particulier, puissent exister sans oblitération artérielle, anatomique ou fonctionnelle ? Bergeret, Guillaume et Delarue à propos de l'observation que nous avons citée plus haut discutent la possibilité de « *gangrène par oblitération veineuse* » après avoir éliminé dans leur cas, le spasme artériel, l'artérite thrombosante, l'embolie artérielle haut située.

Il y eut certainement phlébite ainsi que le prouve la clinique par l'aspect du membre gauche et l'étude des lésions anatomiques. Comment cette oblitération veineuse s'est-elle donnée par elle-même du sphacèle ? Cette possibilité avait été entrevue par Godin, par Bidault, par Cruveilhier. Pour Godin, il faut incriminer la stase : « l'oblitération artérielle produit la gangrène parce que le sang ne peut plus arriver aux parties ; l'oblitération veineuse, parce que, une fois arrivé il n'en peut plus sortir ». Cruveilhier fait intervenir la circulation veineuse et le blocage circulatoire : « il n'y a qu'un seul cas où l'oblitération veineuse puisse amener la gangrène, c'est celui dans lequel l'oblitération veineuse est complète à la fois dans ses troncs veineux et dans ses veines collatérales, si bien que la sérosité et le sang ne peuvent en aucune manière être ramenés au centre de la circulation. Dans ce cas, la gangrène est le résultat non de l'oblitération veineuse, mais de la distention. La gangrène a lieu par interception de la circulation artérielle qui est consécutive à l'interception de la circulation veineuse ».

Nous croyons qu'un trouble important de la circulation veineuse comme celui que l'on peut voir dans certaines thromboses étendues, est capable de troubler la nutrition tissulaire au point de causer des troubles trophiques intenses. Mais tout de même, il nous semble que dans ces cas, le spasme artériel doit avoir une action qui se surajoute à celle de la stase et de la distension veineuse. D'ailleurs, on peut très bien admettre que ce spasme soit au moins secondaire et soit la conséquence de la lutte du courant artériel contre l'hypertension veineuse de stase, ou qu'il soit une réaction réflexe consécutive à l'énorme distension veineuse qui existe en pareil cas. Ces faits de phlébites aiguës avec troubles trophiques intenses sont du plus haut intérêt. Ils rappellent d'ailleurs de pareils troubles qui, au niveau des veines mésentériques, peuvent aboutir à l'infarctus mésentérique. Nous croyons que l'élément artériel spasmodique existe dans tous ces cas, et qu'il agit en aggravant les troubles de la nutrition tissulaire déjà compromise par la stase veineuse.

Quelle est la nature des troubles de la circulation artérielle que l'on peut incriminer dans les phlébites et leurs séquelles ? *Le spasme artériel* est certainement le mécanisme pathogénique le plus fréquent. Il se traduit soit par des accidents légers, fugaces, qui cèdent à un traitement antispasmodique : claudication intermittente, troubles acroasphyxiques, passagers, diminution de l'indice oscillométrique et il peut être dû à un réflexe vaso-constricteur qui a son origine dans la veine malade. On peut très bien admettre en effet que le spasme veineux déclenche par diffusion réflexe un spasme artériel. Ce mécanisme est à invoquer dans les phlébartérites précoces ou celles qui succèdent à des phlébites superficielles.

On peut croire, au contraire, que dans d'autres cas, la périphlébite inflammatoire tout d'abord scléro-cicatricielle, ensuite puisse irriter l'adventice de l'artère voisine, au point de donner des spasmes plus tardifs. Mais dans d'autres cas, se développe une véritable *artérite*. La lésion artérielle peut être due à la propagation de voisinage de l'infection veineuse et les constatations anatomiques de MM. Labbé, Heitz, Gilbert-Dreyfus, de MM. Martin et P. Ravault, de M. Léon Imbert prouvent que ce mécanisme peut être parfois évoqué. Nous nous proposons d'ailleurs de reprendre cette étude anatomique sous la direction de notre maître, M. le Professeur L. Cornil.

Enfin, le germe ou l'intoxication causale peuvent se localiser à la fois sur l'artère et la veine et donner des lésions vasculaires qui vont évoluer simultanément. Véritable « panvascularite » comme dans le cas de Bréchot et Pergola, ou dans notre observation M...

IV. — Conclusions pratiques

Les conclusions à tirer de cette étude intéressent tout d'abord le *diagnostic* de ces curieuses associations. Il faut penser en présence de troubles vaso-moteurs ou trophiques ; de sphacèle ; de douleurs anormales, à la possibilité du trouble artériel. Il faut le rechercher de façon systématique dans les séquelles de phlébite, par une analyse minutieuse des symptômes et par des recherches oscillométriques. Les algies d'origine nerveuse ou veineuse ont des caractères nettement opposés à ceux des algies artérielles (Louvel, Tinel) ; seule la claudication intermittente veineuse de Lohr

◆◆

pourrait être confondue à un examen superficiel qui ne tiendrait pas compte des modalités différentes de la douleur à type de tension, de gonflement et du fait qu'elle s'accompagne d'une augmentation de volume de la jambe. Ces paroxysmes sont aussi brutaux, mais moins fréquents que dans le trouble artériel, ils ne s'accompagnent pas de modifications oscillométriques.

On conçoit d'autre part, que le *pronostic* de l'affection phlébitique est assombri à cause de la possibilité des phénomènes gangréneux.

Quant à la *thérapeutique*, nous ne pouvons qu'en tracer les grandes indications. Au cours de l'évolution des phlébites compliquées de troubles artériels, on aura recours surtout à l'acétylcholine aux doses habituelles de 30 à 40 cgr. par jour. Pour traiter les séquelles artérielles des phlébites, on peut aussi utiliser cet excellent médicament que l'on peut associer dans les cas rebelles à la diathermie, aux ondes courtes, à la radiothérapie surrénale. La chirurgie sera indiquée dans les cas rebelles et les opérations sympathiques (sympathectomie) peuvent donner des résultat appréciables. L'amputation étant fort heureusement très rarement indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

AUDIER. — Le diagnostic des phlébites des membres. G. Doin, éd., Paris, 1935.

BERGERET, A. C. GUILLAUME et DELARUE. — Gangrène ischémique d'un membre inférieur par thrombose veineuse. Soc. Anatomique, 12 mai 1932.

BUERGER (Léo). — Les veines dans la thrombo-angiistis oblitérans ». *The Journal of the American Med. Assoc.*, 24 avril 1909, Vol. CCCCXI.

BOUCHUT et PAUPERT-RAVAULT. — Lésions veineuses au cours des oblitérations artérielles. Soc. Méd. des Hôp. Lyon, 20 mars 1923.

BRÉCHOT et PERGOLA. — Un cas de panvascularite aiguë des membres inférieurs. *Presse Médicale*, 5 octobre 1932.

COTTALORDA. — Les phlébites par effort. IIIe Congrès International des accidents du travail. Genève, 1931.

D'ABREU. — Les relations entre la thrombo-phlébite migratrice et la trhombo-angéite oblitérante. *British Medical Journal*, 20 janvier 1934.

DELATER, HUGEL, VANDOCKSTAEL. — *In* Maladie des veines. Masson, p. 190,191.

GALLAVARDIN et DEVIC. — Formes phlébitiques des oblitérations artérielles. Soc. Méd. Hôp. de Lyon, 7 décembre 1920.

GIRAUD-COSTA et AUDIER. — Les phlébartérites typhiques. Soc. de Méd. de Marseille, séance du 14 avril 1934.

HALBRON. — Les phlébites. *Annales de thérapie biologique*, janvier 1935.

IMBERT (Léon). — Les phlébites traumatiques. IIIe Congrès international des accidents du travail. Genève, 1931.

ETIENNE et LUCIEN. — Artérite et phlébite syphilitiques oblitérantes dans un cas de gangrène massive du membre inférieur. *Annales de dermatologie*, 1909, p. 545.

LABBÉ, HEITZ et GILBERT-DREYFUS. — Oblitérations artérielles à point de départ veineux.

LETULLE, MARCHAK et BOYER. — La maladie de Léo Buerger. *Presse Médicale*, 15 février 1928.

LIAN, PUECH et GILBERT-DREYFUS. Soc. Méd. Hôp. Paris, 4 mars 1928.

LOUVEL (J.). — Sympathique veineux et thérapeutique sédative. *Gazette Méd. de France*, 15 juillet 1934.

MARTIN et RAVAULT. — Phlébite à bascule des deux jambes post-traumatique compliquée d'artérite oblitérante. IIIe Congrès des accidents du travail, Genève, 1931.

PARKES-WEBER. — Roy. Soc. of Medecine, février 1910, Clinical Section.

TREMOLIÈRES et VERAN. — Syndrome d'oblitération artérielle au cours d'une phlébite superficielle et profonde. Effet de l'acétylcholine. *Bull. Méd.*, 19 octobre 1929.

H. VIGNES. — Gangrène puerpérale des membres. *Journal des Praticiens*, 15 août 1917.

PHARMACOLOGIE

Action pharmacodynamique du phényléthylbarbiturate d'yohimbine

Par H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC (1)

Les dérivés de la malonylurée peuvent se combiner avec les bases minérales et avec les alcaloïdes qui ont une basicité suffisante. Parmi les combinaisons alcaloïdiques des barbituriques, on connaît déjà le diéthylbarbiturate et le dipropylbarbiturate de quinine (Merck), le phényléthylbarbiturate du même alcaloïde (Bayer) et le phényléthylbarbiturate de spartéine (F. Mercier et L.-J. Mercier) (2). Nous avons pensé que l'yohimbine pouvait également se fixer sur les dérivés de la malonylurée et nous avons réussi, en effet, à réaliser le phényléthylbarbiturate de cet alcaloïde.

Préparation. — Dissoudre au bain-marie :

Acide phényléthylbarbiturique........	11 gr. 60
Yohimbine base.......................	17 gr. 70

dans 200 grammes d'alcool à 90°. Maintenir l'ébullition dans le vide, sans dépasser 40°, pendant trente minutes. Distiller ensuite l'alcool, toujours dans le vide et à la température mentionnée, de manière à éliminer la presque totalité du solvant. Par refroidissement, le produit se prend en masse cristalline. Essorer les cristaux, laver avec une petite quantité d'éther et laisser sécher sur papier filtre pendant 24 heures.

Propriétés physicochimiques. — Le produit préparé comme il vient d'être dit cristallise anhydre. Maintenu pendant deux heures à l'étuve à 100°, il ne perd plus de son poids. Il fond au bloc Maquenne vers 160°. Ce composé correspond à une combinaison moléculaire d'yohimbine et d'acide phényléthylbarbiturique. Son étude chimique n'est, d'ailleurs, pas terminée et nous la poursuivons actuellement.

Insoluble dans l'eau, même à chaud, peu soluble dans la benzine et dans l'éther, il se dissout bien, par contre, dans l'alcool concentré ; à chaud, on peut le dissoudre même dans l'alcool à 60°. Il est également soluble dans l'acétone, mais le solvant qui le dissout le plus abondamment est le chloroforme ; à l'ébullition, ce dernier en dissout plus de 30 % de son poids.

Toxicité. — La toxicité a été étudiée avec une solution à 1 % dans l'alcool à 40°. Par voie intraveineuse, le produit tue immédiatement le lapin et le rat à la dose de 0 gr. 02 par kilo. Par voie sous-cutanée, il faut 0 gr. 10 par kilo pour tuer le cobaye et le rat ; toutefois, le rat est beaucoup plus résistant que le cobaye, car ce dernier meurt au bout de quinze minutes, et le rat seulement au bout de dix-sept heures environ.

Chez le chien chloralosé à thorax ouvert et soumis à la respiration artificielle, l'arrêt du cœur survient après l'injection intraveineuse de 0 gr. 01 par kilo. Ces divers chiffres montrent que la toxicité du phényléthylbarbiturate est à peu près la même que celle des sels ordinaires d'yohimbine, à quantité égale d'alcaloïde.

Action locale. — Le phényléthylbarbiturate d'yohimbine produit des effets irritants sur les tissus, en injection sous-cutanée. On voit apparaître une induration, puis une nécrose et enfin une perte de substance avec une ulcération longue à se cicatriser.

Action vasodilatatrice. — Les essais ont été faits sur le chien chloralosé et à thorax ouvert, soumis à la respiration artificielle et dont on inscrivait la pression artérielle, les contractions ventriculaires et le volume du rein. L'injection intraveineuse de 0 gr. 001 de substance par kilo provoque une hypotension très accentuée comme grandeur et comme durée ; elle se prolonge plus d'une heure après l'injection du produit.

(1) Extrait du *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, séance du 18 mars 1935.

(2) F. MERCIER et J.-L. MERCIER. — *C. R. Ac. Sc.*, 1933, t. XCCIII, p. 194.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais ***non*** *bouillante.*

Préparés par le "Laboratoire des Ferments" du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

Registre du Commerce de la Seine n° 150.854

La chute de pression est-elle due à un relâchement des vaisseaux ? On ne saurait l'affirmer par le seul tracé pléthysmographique rénal qui suit passivement la baisse de la pression artérielle. On sait, d'ailleurs, qu'il en est habituellement ainsi avec les sels ordinaires d'yohimbine, sauf dans quelques exceptions très rares dont Raymond Hamet (1) a signalé l'existence. Mais l'inscription simultanée de la pression et du tracé cardiaque permet de trancher affirmativement la question posée ci-dessus. Comme nous le verrons plus loin, le cœur est renforcé pendant que s'accomplit la baisse de la pression, et on sait bien que, dans ces conditions, l'hypotension ne peut être due qu'à une vaso dilatation. En outre, sur le cœur isolé de lapin, entretenu en survie par une circulation coronaire (méthode de Langendorff), le debit est trois fois plus grand quand il passe du liquide nourricier additionné de phényléthylbarbiturate d'yohimbine, en proportion de 0,010 ‰, que pendant le passage de solution de Ringer-Locke normale. Ce résultat montre qu'il se produit une dilatation des vaisseaux coronaires, sous l'influence de la substance expérimentée.

Comme on peut le supposer en raison de la présence d'yohimbine dans notre composé, le relâchement des vaisseaux est la conséquence d'une action sympatholytique. En effet, l'adrénaline et le principe vaso-constricteur du genêt, puissants excitants du sympathique vasculaire, perdent leur action vasoconstrictive après injection de phényléthylbarbiturate d'yohimbine ; on constate même que ces substances habituellement hypertensives deviennent hypotensives après administration de notre produit ; nous retrouvons ici l'inversion bien connue de l'action de l'adrénaline (Raymond Hamet) (2) et du principe vaso-constricteur du genêt (H. Busquet et Ch. Vischniac) (3).

L'action hypotensive observée après l'injection intraveineuse du phényléthylbarbiturate d'yohimbine se produit également si l'on injecte cette substance *sous la peau*, à la dose de 0 gr. 015 par kilo, et même si on l'administre par *voie digestive* (instillation dans l'intestin par ponction de la paroi de ce conduit), à la dose de 0 gr. 01 par kilo. Dans ces deux cas la chute de pression est nette, mais elle n'apparaît qu'après un temps perdu de 15 à 30 minutes et elle ne se développe qu'avec une progression très lente.

Action cardiaque.— Elle a été étudiée sur le cœur *in situ*, chez le chien à thorax ouvert et soumis à la respiration artificielle. Les battements de l'oreillette et ceux du ventricule étaient inscrits

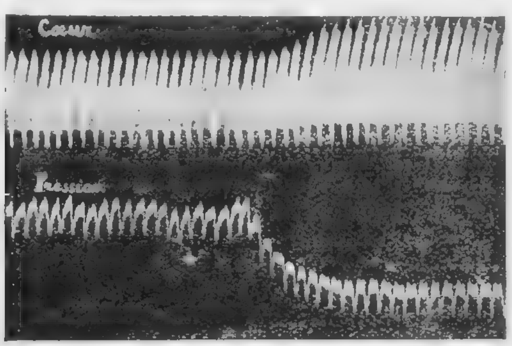


FIG. 1. — Action hypertensive et cardiotonique chez le chien. Première ligne, contraction ventriculaire ; deuxième ligne, pression artérielle. En ↑, injection de phényléthylbarbiturate d'yohimbine (0 gr. 001 par kilo).

grâce à des hameçons piqués dans chacune de ces cavités et reliés par un fil à un tambour manipulateur, en relation lui-même avec un tambour inscripteur. A la dose intraveineuse de 1 milligramme par kilo, on voit immédiatement les systoles augmenter d'amplitude sans modification appréciable du rythme (*Fig. 1*). L'effet cardiotonique se maintient pendant toute la durée de l'expérience ; ce n'est donc pas un effet accidentel, mais une réaction prolongée et caractéristique du médicament. On la retrouve, d'ailleurs, après injection sous cutanée, et après administration du produit par voie intestinale. Il convient de signaler ici qu'on ne l'obtient ni avec l'yohimbine ni avec la phényléthylmalonylurée essayées isolément. Sur le cœur isolé de lapin, entretenu en survie par la méthode de Langerdoff, le phényléthylbarbiturate d'yohimbine, à la dose de 0,01 par litre de liquide de Ringer-Locke, produit également une action cardiotonique, mais moins durable que chez l'animal entier.

A l'occasion de l'action cardiaque, il convient de signaler que le phényléthylbarbiturate d'yohimbine, à la dose intraveineuse de 0 gr. 002 par kilo, chez le chien, paraît diminuer l'aptitude des ventricules à entrer en trémulations fibrillaires. Comme ce phénomène entraîne fatalement, chez le chien, la disparition des contractions coordonnées, on ne peut pas l'étudier, chez le même sujet, avant et après l'administration du produit. Mais il nous a paru que, dans la généralité des cas, la trémulation ventriculaire nécessitait, chez des individus traités par le phényléthylbarbiturate d'yohimbine, une faradisation beaucoup plus énergique que chez les individus normaux. Cette résistance plus grande à la trémulation s'observe dans des conditions plus démonstratives sur le cœur isolé de lapin, qui, on le sait, reprend ses contractions coordonnées après avoir fibrillé. Si on cherche le seuil de l'excitation électrique qui provoque la trémulation d'une part pendant le passage de la solution de Ringen-Locke normale, et, d'autre part, pendant le passage de ce même liquide additionné de phényléthylbarbiturate d'yohimbine en proportion de 0,01 ‰, on constate que, dans le second cas, la résistance à la trémulation a nettement augmenté.

Action sur l'intestin isolé. — Sur l'intestin isolé entretenu en survie dans le liquide de Tyrode et dont on enregistre les contractions de la musculature longitudinale par la méthode de Magnus, notre produit, à la dose liminaire de 0 gr. 02 ‰, provoque une chute du tonus et l'arrêt plus ou moins complet des contractions.

Signalons, en passant, que le phényléthylbarbiturate d'yohimbine, à quelque dose qu'on l'emploie, n'inverse pas l'action intestinale de l'adrénaline ni celle du principe vaso-constricteur du genêt.

Action sur l'utérus isolé de lapine. — Un fragment d'utérus de lapine non gravide, immergé dans le liquide de Tyrode, est généralement immobile. Si on ajoute le phényléthylbarbiturate d'yohimbine, à la dose de 0 gr. 01 ‰ de solution de Tyrode, on produit une augmentation considéble du tonus et on peut faire apparaître des contractions rythmiques très amples. L'adrénaline, qui exerce habituellement une action motrice analogue, est inhibitrice lorsqu'on la fait agir sur l'utérus préalablement imprégné de notre produit ; on sait, d'ailleurs, que cette même inversion s'obtient avec le chlorhydrate d'yohimbine.

Effet hypnotique. — Malgré la présence de phényléthylmalonylurée dans sa molécule, notre composé ne permet pas d'obtenir une action hypnotique. Le phényléthylbarbiturate d'yohimbine, en effet, provoque la mort de l'animal à des doses où la proportion de phényléthylmalonylurée n'est pas suffisante pour engendrer le sommeil.

Action chez l'homme. — Le phényléthylbarbiturate d'yohimbine produit, chez l'homme hypertendu, une diminution de la pression artérielle, à la dose de 0 gr. 012 à 0 gr. 018 par jour, administrée en deux ou trois fois par voie buccale. L'éréthisme cardiaque, si fréquent dans l'hypertension artérielle, s'apaise sous l'influence de ce médicament, et le malade accuse une sensation de bien être, probablement due à la phénylétylmalonylurée.

***

En résumé, au point de vue expérimental, le phényléthylbarbiturate d'yohimbine possède, en plus de l'action pharmacodynamique générale de cet alcaloïde, un pouvoir cardiotonique très prononcé. Au point de vue thérapeutique, il constitue un hypotenseur rationnel, puisqu'il provoque la baisse de pression par vasodilatation, sans déprimer le cœur et, tout au contraire, en le renforçant. Au surplus, son emploi s'accompagne d'une sensation d'apaisement et de bien-être qui est particulière à cette médication, et qui agit favorablement sur les manifestations secondaires de l'hypertension.

Signalons enfin que, par le fait de la vasodilatation coronaire et de l'augmentation de résistance à la trémulation ventriculaire, ce produit paraît théoriquement indiqué contre l'angine de poitrine où l'obstruction coronaire et la fibrillation jouent un rôle prépondérant dans la genèse des accidents.

(1) Raymond HAMET. — *Revue de Pharmacologie et de Thérapeutique expérimentale*, 1931, t. II, p. 81.

(2) Raymond HAMET. — *C. R. Ac. Sc.*, 1925, t. CLXXX, p. 2074.

(3) H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. — *C. R. Soc. Biol.*, 1925, t. XCIII, p. 1134.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fistules salivaires

Par le Docteur MILHIET
Ancien interne des Hôpitaux

Les fistules salivaires ont leur point de départ au niveau d'une glande salivaire ou au niveau de son canal excréteur et aboutissant à la muqueuse ou à la peau. Les fistules muqueuses sont sans histoire, mais les fistules cutanées constituent une très désagréable infirmité dont le traitement est souvent long et délicat. Ces fistules cutanées intéressent presque toujours la parotide ou le canal de Sténon, exceptionnellement la glande sous-maxillaire et le canal de Wharton ; elles n'intéressent jamais la glande sublinguale. L'atteinte fréquente de la parotide et de son canal excréteur est expliquée par la situation superficielle et juxta-osseuse de ces organes qui les expose au traumatisme et à l'infection. C'est le traitement des fistules parotidiennes et sténonniennes que nous aurons en vue.

Avant d'intervenir de quelque façon que ce soit, il sera nécessaire de connaître :

La nature glandulaire ou canaliculaire de la fistule par le siège de l'orifice. Celui-ci est situé dans la région rétro-maxillaire lorsque la parotide est intéressée, génienne lorsque le Sténon est intéressé ; lorsqu'il siège dans la région massétérine, il s'agit, en général, d'une fistule du prolongement massétérin de la glande.

La date d'apparition de la fistule, car, dans les fistules anciennes, il est fréquent que le segment antérieur du canal excréteur soit oblitéré.

La possibilité de cathétériser le canal de Sténon en partant de l'orifice fistuleux.

Traitement de la fistule glandulaire

Elle guérit, en général, assez facilement. La simple compression, la cautérisation, l'extirpation du trajet fistuleux avec suture par première intention, réussissent habituellement.

En cas d'échec, on cherchera à obtenir l'atrophie de la glande, soit par des injections d'huile aseptique (méthode de Mollière), soit par une des trois méthodes que nous envisagerons à propos des fistules du canal de Sténon, en particulier par la résection du nerf auriculo-temporal.

Traitement de la fistule du canal de Sténon

Ces fistules sont difficiles à traiter et la multiplicité des interventions proposées pour leur cure en témoigne. Ces interventions sont des « interventions conservatrices » ou des « interventions radicales ». Le but des premières est de rétablir l'écoulement de la salive vers la bouche, celui des secondes d'atrophier la parotide.

Interventions conservatrices

Elles cherchent, soit à oblitérer l'orifice fistuleux, soit à suturer bout à bout le canal de Sténon, soit à dériver la salive dans l'intérieur de la bouche en créant une fistule muqueuse.

a) L'oblitération de la fistule n'est pratiquement jamais obtenue par la compression ou les cautérisations du trajet même si l'on adjoint l'immobilisation de la mâchoire par une fronde afin de diminuer provisoirement la sécrétion parotidienne.

b) La suture du canal de Sténon n'est possible que dans les fistules récentes, lorsque le bout antérieur du canal peut être retrouvé et n'est pas oblitéré. Lorsque les deux segments peuvent être ramenés au contact, la suture peut être faite bout à bout. Lorsqu'il y a une perte de substances importante, il faut passer deux ou trois crins à travers le bout postérieur, les introduire par cathétérisme dans le bout antérieur et les faire sortir de la bouche pour les fixer à la face externe de la joue par un leucoplaste. La salive suit le trajet des crins et l'orifice externe se cicatrise.

c) Des procédés ingénieux de dérivation interne ont été imaginés par le Professeur Sébileau, lorsque le segment antérieur du canal excréteur ne peut être retrouvé ou est oblitéré :

Réimplantation du canal de Sténon à la muqueuse buccale.

Passage de crins amarrant le segment postérieur du canal de Sténon à travers un canal pratiqué dans la paroi jugo-massétérine.

Les interventions conservatrices ne réussissent pas toujours. En cas d'échec, on aura recours aux interventions radicales.

Interventions radicales

L'atrophie de la glande peut être obtenue par trois procédés :

a) *La ligature du canal de Sténon (procédé de Morestin)*. Elle doit être faite en tissu sain avec un fil non résorbable. C'est une méthode facile mais antiphysiologique, qui ne réussit pas toujours et qui peut entraîner des accidents (gonflement parotidien, parotidite suppurée).

b) *La résection du nerf auriculo-temporal (procédé de Leriche)*. Le nerf auriculo-temporal est le nerf sécrétoire de la parotide ; les filets sécrétoires ne proviennent pas du trijumeau, mais du glosso-pharyngien, par l'intermédiaire du facial. Le nerf est découvert par une incision verticale sous-jacente à l'arcade zygomatique, pratiquée à un centimètre en avant de l'oreille. Il faut dégager le nerf le plus près possible du col de condyle et l'arracher en l'enroulant autour d'une pince comme l'on agit avec le phrénique dans la phrénicectomie. La secrétion s'arrête en un temps qui varie de une à cinq semaines. C'est une intervention qui réunit les qualités d'être facile, très physiologique et sûre dans ses résultats.

c) *La radiothérapie (en France procédé de Sénèque)*, méthode récente, qui paraît logique et qui a donné après une ou deux séances des résultats parfaits dans quelques cas.

« On gagnerait énormément à faire inscrire, soit sur la porte principale d'une Faculté de médecine, soit même sur la plupart des salles de cours cet aphorisme qui figurait au rapport de l'an III à la Convention nationale, lorsque celle-ci, le 14 frimaire, instituait par décret, les Ecoles de santé de Paris, Montpellier et Strasbourg. Le but de l'enseignement y était ainsi défini :

« Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire. » (Professeur P. Chavigny. — Pédagogie médicale générale, 1er avril 1935.)



BIBLIOGRAPHIE

Principes d'esthétique (*Problème d'art et langage des sciences*), par Pius SERVIEN, docteur ès Lettres. Bibliothèque de la Revue des cours et conférences. Un volume in-16 jésus, broché, 18 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Cet ouvrage permet de voir la pensée scientifique s'emparer enfin d'un domaine qui semblait lui être à jamais fermé.

Le monde de la poésie peut être désormais étudié autrement qu'au moyen de ces « petites sciences conjecturales, qui se défont sans cesse après s'être faites, et qu'on négligera dans cent ans » (Renan). Il y a la poésie, il y a la science — « et tout le reste est littérature ».

C'est la poésie et la science qui sont mises ici réellement en rapport, par le contact de leur esprit, et non de leurs mécanismes.

Le physicien trouvera enfin dans ce pays des chemins pour lui, et le philologue aura plus de sécurité à les suivre aussi.

Ce sont les recherches bien connues de M. Pius Servien sur les rythmes, d'une part, sûr le « Langage des sciences » d'autre part, qui ont rendue possible cette synthèse. (Rappelons qu'elles ont eu l'exceptionnel honneur d'être signalées d'abord au public par Henri Brémond et Paul Valéry). Dues à un de ces esprits nés réellement pour la recherche, et qui ne touchent à un domaine que pour le renouveler complètement, la force de ces recherches venait précisément de ce qu'elles visaient plus loin encore, de ce qu'elles devaient aboutir à fonder, sur des principes neufs, une esthétique entièrement organisée, où se retrouve la leçon des Galilée, des Poincaré.

Aussi cet ouvrage sera aimé de quiconque aime la pensée neuve, simple, profonde, à en oublier tout ce qui ne fait que passer. Son meilleur public sera sans doute parmi ceux qui aiment les sciences, pour qui elles ne sont pas un grimoire, mais un mode de pensée familier. Mais pour les artistes, pour les philologues, ils y trouveront l'initiation la plus simple et la plus familière à ce mode de pensée : en assistant à la façon dont il conquiert pour la première fois leur domaine.

Avec la seule restriction que ce n'est pas un livre à feuilleter, un livre dont il est légitime de courir les pages parce qu'on y fait peu de rencontres, c'est cependant un livre pour tout le monde.

Les Encéphalites psychosiques, par L. MARCHAND et A. COURTOIS. Préface du Docteur TOULOUSE. 31 microphotogravures, 144 pages. En vente chez Le François, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris VIe). Prix : 25 francs.

Il existe des encéphalites qui ne se traduisent cliniquement que par des troubles mentaux d'où leur nom d'encéphalites psychosiques. Elles peuvent présenter une évolution aiguë, subaiguë ou chronique et on peut observer toute une gamme d'intensité allant des encéphalites curables aux encéphalites incurables et mortelles. Les auteurs exposent le rôle joué par les infections, les intoxications, les troubles du métabolisme et établissent l'importance des affections de l'enfance et des tares héréditaires entraînant la fragilité cérébrale.

L'encéphalite psychosique aiguë répond au syndrome délire aigu et en raison de la constance d'une azotémie considérable, les auteurs lui ont donné le nom d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Les encéphalites subaiguës et chroniques se manifestent cliniquement par les syndromes mentaux les plus variés. Ce sont surtout les constatations anatomopathologiques qui ont permis de démontrer l'organicité d'affections mentales considérées jusqu'alors comme des psychoses à lésions inconnues.

Précis de phytothérapie, par H. LECLERC. Troisième édition revue et augmentée. Un vol. de 308 pages, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La preuve la plus significative de l'importance que s'est acquise la phytothérapie est l'accueil qu'a réservé le public médical, au Précis de phytothérapie dont le Docteur Henri Leclerc fait paraître aujourd'hui la troisième édition, revue et augmentée.

Les progrès incessants réalisés dans cette branche de l'art de guérir ont obligé l'auteur à apporter à son ouvrage de nombreuses modifications consistant, les unes dans le remaniement de la plupart des chapitres, les autres dans l'addition de substances dont l'arsenal phytothérapique s'est enrichi dans la publication des précédentes éditions.

Signalons parmi quelques-unes des acquisitions récentes qu'il étudie : l'emploi du son comme laxatif, celui de l'iris de Florence comme expectorant, la citrouille dans les affections aiguës du tube digestif, l'action vermifuge du pyrèthre, l'utilisation de l'ail comme hypotenseur, du thuya comme diurétique, de l'érigéron comme antirhumatismal, du cassis et des épicarpes de pomacées dans les syndromes précipitants, de la sauge dans l'asthénie nerveuse, du cyprès dans l'énurésie, de la ficaire contre les hémorroïdes, de l'aigremoine comme cytophylactique, de l'alchemille comme le prurit vulvaire, des bourgeons de peuplier dans la tuberculose, du sorbier comme antidiarrhéique, de la feuille d'artichaut, de la garance, du romarin comme cholagogues, de l'hélianthe, comme fébrifuge, du marrube comme toni-cardiaque, de l'Onagre, du lotier, du Gattilier comme antispasmodiques, du tilleul comme remède de la « triple dyscrasie sanguine », du frénugrec, du roseau aromatique comme stimulants, de la réglisse comme modérateur du péristaltisme intestinal, de la grassette comme béchique, de la scabieuse et de l'anagallide comme modificateurs des sécrétions bronchiques, du garou comme révulsif, de l'alliaire, des plantains comme topiques, du lierre comme spécifique des cellulites, du muguet comme tonique du myocarne, etc.

Chacune de ces plantes fournit à l'auteur l'occasion d'enseignements théoriques et pratiques, de formules inédites et judicieusement établies qui vaudront à la 3e édition de l'ouvrage un succès au moins égal à celui qui ont remporté ses deux devanciers.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Prescription judicieuse des vitamines en vue de leur action sur le système dentaire

Par A. WILCKEN

Les divers auteurs qui ont fait des recherches sur l'étiologie de la carie dentaire, ont été unanimes à conclure que la carence en vitamine D, était régulièrement constatée chez les sujets dont le système dentaire était mauvais.

Les travaux expérimentaux et cliniques ont confirmé d'une manière absolue cette conception, et l'apport de vitamine D chez les déficients dentaires a permis de contrôler l'exactitude des théories des auteurs.

Aussi est-il d'usage en stomatologie de prescrire aux décalcifiés un régime vitaminé, auquel on adjoint certaines préparations contenant la vitamine D. Certains restent même fidèles à l'huile de foie de morue qui en contient de grosses quantités.

Il y aurait lieu néanmoins d'être plus éclectique et de penser dans nombre de cas à la prescription des vitamines A, B, C, seules ou associées à la vitamine antirachitique.

C'est ainsi, par exemple, qu'aux enfants en période de formation des dents, on devra donner la vitamine A qui agit sur le développement du germe dentaire, ainsi que l'a fait connaître Ch. RUPPE (de Paris) au *Congrès de Thérapeutique*.

Plus tard lorsque les dents ont fait leur apparition il y aura lieu d'associer la vitamine D à la vitamine C, cette dernière agissant sur la pulpe dentaire et par conséquent sur les odontoblastes. Si l'éruption se fait tardive il faudra administrer la vitamine A.

A titre prophylactique, les vitamines A et D pourront être ordonnées à la mère pendant la période de gestation et continuées ensuite chez l'enfant.

Comme on le voit la vitamine D a un rôle bien déterminé; mais on ne doit pas considérer qu'elle est seule efficace sur le système dentaire, et la conseiller systématiquement chaque fois qu'il s'agit des dents. Il faut rechercher quel est le but qu'on désire atteindre, soit préparer un bon terrain, soit remédier à une déficience, et suivant les époques de la vie, utiliser l'une ou l'autre des quatre vitamines et dans certains cas les associer.

« Jadis, à la Cour du Grand Roi il y eut la querelle des vins Tant que Daquin demeura son médecin, Louis XIV ne but jamais que du champagne à table. Mais Daquin, qu'avait patronné Mme de Montespan, fut évincé par Mme de Maintenon, qui remit à Fagon la charge de veiller sur la santé du monarque. Deux femes, deux médecins, et aussi deux vins. En effet, rendant le champagne responsable de la fistule fameuse, Fagon le fit remplacer par du bourgogne. Guy Patin, lui, était plus éclectique. Il disait : « Vive le bon vin de Paris, de Bourgogne et de Champagne, sans oublier celui de Condrieu et le muscat de Languedoc ou de Province ». Mais ceux de Guyenne et de Gascogne ? Il n'en parle pas. Quelle lacune ! Il faudra l'insistance du maréchal de Richelieu pour faire agréer par la Cour le bordeaux.

Le vin, on le disait « pernicieux aux enfants, mais fort amy aux vieux. » Vous savez le dicton : « Le vin est le lait des vieillards » ; ... « il conforte répare et fortifie la chaleur naturelle débilitée, rend gaillard plus qu'auparavant à toutes les actions nécessaires. » Mais, si Fagon ne permit à son royal client que du bourgogne, ce fut toujours « avec la moitié d'eau et si vieux qu'il en était usé », témoigne Saint-Simon. » (Docteur Paul FAREZ. — *Journal des Débats*, 31 mars 1935.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Le rhumatisme vertébral se complique parfois de manifestations nerveuses. — Les traités classiques se montrent à leur sujet particulièrement laconiques. Il importe de bien les connaître, car elles sont fréquemment la cause d'erreurs de diagnostic. Les rapports étroits du rachis avec les nerfs, les racines et la moelle expliquent le polymorphisme des accidents nerveux du rhumatisme vertébral.

Les manifestations radiculaires sont de beaucoup les plus fréquentes.

Toutes les racines peuvent être touchées. Les localisations lombo sacrées du rhumatisme s'accompagnent surtout de sciatique, plus rarement de radiculite atteignant le crural, le sciatique poplité externe et le fémoro-cutané. Parfois, l'abolition bilatérale des réflexes donne l'aspect du pseudo tabes rhizomélique, plus rarement peut exister une véritable paraplégie à lésions bilatérales et très étendues.

Au cours des localisations cervicales du rhumatisme vertébral les complications nerveuses peuvent se présenter sous des aspects bien différents, mais deux paraissent surtout plus fréquentes :

a les manifestations douloureuses au niveau du plexus brachial.

b Les amyotrophies qui peuvent se présenter comme une paralysie radiculaire du plexus brachial à type supérieur ou inférieur.

Les manifestations médullaires sont moins fréquentes et moins connues. Deux observations montrent que ces accidents peuvent simuler de bien près le tableau des tumeurs médullaires. Les difficultés de diagnostic sont d'autant plus grandes avec les tumeurs médullaires que la coexistence d'arthrite vertébrale et de tumeur n'est pas rare.

Il semble qu'il existe un rapport entre les arthrites cervicales et le torticolis spasmodique mais la filiation des phénomènes est encore à discuter.

L'exploration radiologique doit être faite d'une façon systématique. Il faut bien connaître les aspects radiographiques du rhumatisme vertébral (altérations pouvant porter soit sur le corps, sur les ligaments ou le disque). Il existe en effet au niveau du rachis, de multiples altérations osseuses qu'il faut savoir distinguer des lésions du rhumatisme chronique : les malformations du rachis, les spondylites infectieuses, les tumeurs des vertèbres, les lésions du disque vertébral.

La thérapeutique ne nous laisse pas désarmés. A signaler l'action souvent favorable de l'iode et du soufre *per os* ou en injections — de la chrysothérapie — des injections de mésothorium — On peut essayer successivement l'ionisation iodée, la diathermie, la radiothérapie. La crinothérapie ne saurait être négligée.

Dans certaines circonstances rares — cas de compression s'exerçant sur la moelle avec arrêt du lipiodol — une intervention chirurgicale peut donner des résultats intéressants.

(Paul Schmite et S. de Sèze. — Complications nerveuses du rhumatisme vertébral. *Paris Médical*, 15 septembre 1934.)

On voit assez fréquemment une **image radiologique constituée par un réseau en mailles très fines occupant une étendue variable d'un ou deux champs pulmonaires.**

Cette image est formée de deux figures élémentaires : les mailles et les nœuds.

Les mailles sont réalisées par un mince contour opaque, de forme polygonale ou irrégulièrement arrondie ; leur diamètre est en moyenne de un ou deux millimètres.

Les nœuds sont constitués par des opacités punctiformes, à contours plus ou moins nets, de un demi à un millimètre de diamètre.

Ces deux figures élémentaires peuvent se rencontrer diversement associées sur une même image : tantôt les mailles apparaissent seules ; tantôt les nœuds sont visibles, aux entrecroisements des mailles également apparentes ; tantôt enfin, on voit seulement les nœuds.

Cette image en mailles de filet n'est pas toujours aussi caractéristique ; les mailles sont quelquefois plus larges, à contours plus flous ; les nœuds eux-mêmes sont souvent formés de grains nettement plus gros.

Enfin, cette image peut exister isolée ; d'autres fois, elle coexiste avec d'autres images pathologiques : accentuation des arborescences broncho-vasculaires, opacités, de forme et de dimensions variables, disséminées dans les champs pulmonaires.

D'après leurs observations, MM. E. Sergent, P. Cottenot et G. Poumeau-Delille pensent que les images constituées par des grains et des réseaux, auxquels ils donnent le nom d'images en mailles de filet, sont le témoignage d'une modification pathologique lobulaire, endo ou péri-lobulaire, dont rien ne permet de préciser la nature.

Elles peuvent se voir au début de l'évolution d'une granulie aiguë ou chez des malades dont les lésions vont évoluer vers la tuberculose miliaire subaiguë ; elles peuvent être l'expression des formes interstitielles de la tuberculose pulmonaire ; ce peut être, en somme, un aspect passager ou durable au cours d'une tuberculose, quelle qu'en soit l'évolution ultérieure.

D'autre part, des images identiques peuvent s'observer chez des cardiaques en l'absence de toute lésion pulmonaire.

Enfin, de fausses images en mailles de filet sont données par une mince couche de lipiodol tapissant les parois endolobulaires. Cette constatation a une valeur quasi-expérimentale et permet de penser à la possibilité d'images identiques dues à la présence d'un exsudat inflammatoire dense tapissant les parois lobulaires (alvéolite).

On voit combien sont variables les causes susceptibles de réaliser le même aspect radiologique. Une image en mailles de filet, pas plus qu'aucune autre image radiologique, ne permet de porter un diagnostic de nature. Ces notions sont applicables, en particulier, à la granulie froide. Celle-ci ne peut être construite, comme entité nosologique, sur les seules constatations radiologiques ; elle doit être démontrée par le contrôle histologique. Il ne faut pas dire pour cela que la granulie froide n'existe pas mais bien qu'on en a démesurément étendu le domaine, en admettant, sur le vu de simples images radiologiques, un diagnostic clinique et histologique qui doit trouver sa confirmation dans des constatations plus valables.

Il ne faut pas dire davantage que certains types cliniques dont la nature tuberculeuse est démontrée, ne sont pas quelquefois des granulies froides, mais bien que certaines formes froides, plus ou moins silencieuses ou latentes, de la tuberculose pulmonaire, ne doivent pas être systématiquement considérées comme des granulies froides, parce que la radiographie décèle des images en grains. Ces grains ne sont, en effet, le plus souvent, que les nœuds d'un réseau en mailles de filet. La granulie froide ne peut donc faire sa preuve qu'après la mort, grâce aux constatations histologiques, et ceci ne signifie pas que le diagnostic de la nature tuberculeuse de certaines images en mailles de filet ne puisse être fait du vivant du malade : lésion pulmonaire de nature tuberculeuse n'implique pas, dans ces cas particuliers, granulie froide.

(E. Sergent, P. Cottenot et G. Poumeau-Delille. L'interprétation radiologique des images en mailles de filet et la granulie froide. *La Presse Médicale*, 17 novembre 1934.)

La notion des bacilles de sortie doit être distinguée du point de vue clinique, de celle des bacilles mis en liberté, lesquels, sortis d'un ancien foyer tuberculeux en sommeil, passent dans la circulation vasculaire sanguine, d'où ils peuvent être éliminés par les émonctoires naturels, auquels cas ils sont *des bacilles « de sortie »* de Nicolle et des bactériologistes, ou s'échapper par effraction de la canalisation vasculaire en un point quelconque de leur trajet — auquel cas ils sont ce qu'on pourrait appeler *les bacilles de fixation*.

(Leçon clinique du Professeur Sergent. Bacillémie tuberculeuse. Bacilles « de sortie » et bacilles de « fixation ». *Journal des Praticiens*, 8 sept. 1934.)

L'étude de la pression intra-artérielle doit se généraliser. — C'est une méthode d'avenir qui ne comporte aucun danger ; la ponction intra-artérielle avec une aiguille fine est toujours inoffensive.

La forme des courbes est intéressante à considérer des points de vue expérimental, clinique et thérapeutique.

La courbe de pression intra-artérielle considérée comme une mesure-étalon a permis de constater que les méthodes indirectes qui furent établies d'une manière empirique fournissent des résultats comparables à ceux de la méthode directe. Ils s'en écartent peu et suffisent pour les besoins de la clinique.

Elle montre aussi que la méthode oscillométrique est nettement plus précise que la méthode auscultatoire, *surtout pour la mesure de la pression minima*. Elle a en outre l'avantage de pouvoir être enregistrée et de permettre ainsi des lectures plus faciles que celles faites sur un cadran.

La méthode oscillométrique est de plus la seule qui mesure la pression moyenne dont l'importance semble aujourd'hui plus grande que celle des pressions extrêmes.

C'est en effet la pression moyenne qui synthétise toutes les autres ; c'est elle que les physiologistes ont toujours et uniquement mesurée ; c'est elle enfin qui est vraiment représentative du travail du cœur.

(René Giroux. La pression intra-artérielle, contrôle des méthodes indirectes. *La Presse Médicale*, 8 septembre 1934.)

Il existe à la fin de certaines maladies une crise d'imidazols comme il existe une crise d'urée et de chlorures et de bien d'autres substances.

Cette crise dépend souvent de la résorption des exsudats ou de la fonte des liquides accumulés.

Souvent aussi l'élimination urinaire est précédée d'un accroissement passager d'imidazols dans le sang, comme elle est souvent précédée d'une azotémie fugace et pré-critique.

Ces constatations méritent d'être retenues dans l'interprétation de certains troubles satellites de la crise urinaire.

(M. Loeper, M. Perrault et E. Bioy. La crise d'imidazols à la période critique de certaines maladie. *La Presse Médicale*, 8 décembre 1934.)

Une stase papillaire bilatérale — semblable à celle des tumeurs cérébrales — peut être observée au cours d'infections aiguës curables à localisation nerveuse. — La plupart des médecins, devant une stase avérée, évoquent tout naturellement la néoplasie. Il faut cependant savoir qu'à côté des stases papillaires les plus connues, à tendance chronique, il en existe d'autres qui évoluent de façon aiguë ou subaiguë, et tout au moins à en juger par les observations publiées, se terminent par la guérison sans que le tissu nerveux ait eu le temps d'être touché ; elles n'entraînent par suite aucune diminution de l'acuité visuelle.

Ces stases font partie d'un état infectieux neurotrope, à déterminations encéphaliques et méningitiques, accompagné d'hypertension céphalo rachidienne. Elles sont directement liées à cette hypertension, dont elles dépendent dans leur marche et leur durée.

Il est essentiel que le médecin soit au courant de l'existence de cette forme de stase papillaire. La méconnaître pourrait le conduire à conseiller des interventions injustifiées. Les conditions d'apparition du symptôme lui seront du plus grand secours ; les autres manifestations sont bien distinctes de celles inhérentes aux tumeurs cérébrales ou aux néphrites chroniques.

(Pr. Merklen. La stase papillaire des infections neurotropes aiguës. *Paris Médical*, 24 novembre 1934.)

Quatre cas d'ataxie cérébelleuse aiguë ont été observés récemment par MM. Fribourg-Blanc et Gauthier qui en rapportent les observations en les faisant suivre de quelques commentaires :

Quelle qu'en soit la cause, qu'elle survienne comme complication d'une maladie infectieuse classée, qu'elle ait une cause toxique ou traumatique ou qu'elle ait l'allure d'une maladie primitive, l'ataxie aiguë est caractérisée par la brusquerie de son début. En quelques jours, elle atteint son plein développement, se traduisant par une symptomatologie cérébelleuse en général des plus accentuée, du nystagmus, des vertiges intenses, contrastant avec une intégrité fréquente de la motilité et de la force musculaire. Malgré le caractère dramatique du tableau clinique, la guérison de l'ataxie aiguë primitive est habituelle.

Au point de vue thérapeutique, quoique la régression de l'ataxie aiguë soit habituelle, les injections intraveineuses de salicylate de soude ont paru avoir, dans les cas rapportés, une efficacité certaine sur son évolution. Il en fut surtout ainsi dans la première observation. D'autres médicaments, en particulier le cyanure de mercure employé en injections intraveineuses, à titre d'agent anti infectieux simple, ont semblé avoir, en dehors de tout rôle syphilitique, une action salutaire.

(Fribourg-Blanc et Gautier. Quatre cas d'ataxie cérébelleuse aiguë. *Paris Médical*, 10 novembre 1934.)

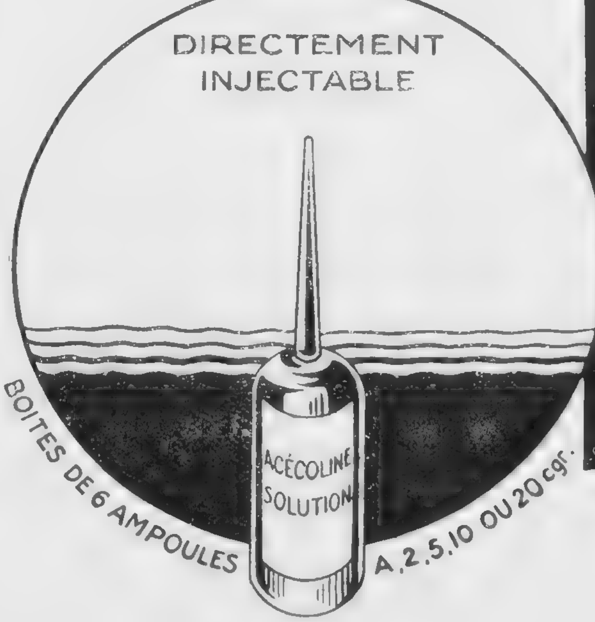


CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE

ACÉCOLINE
SOLUTION

L'Acécoline dilate les artérioles et lève les spasmes vasculaires

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL
Hypertension artérielle
SPASMES RÉTINIENS
Artérites , Gangrènes
CLAUDICATION INTERMITTENTE
Syndrome de Raynaud
ANGINE DE POITRINE
— Coliques de plomb —
SUEURS DES TUBERCULEUX



LABORATOIRES CHEVRETIN-LEMATTE
L. LEMATTE & G. BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

HÉMET-JEP-CARRÉ. PARIS

Chirurgie

L'épiphysite de la tête du deuxième métatarsien est caractérisée surtout par un aplatissement de la tête métatarsienne. Bien des noms ont été donnés à cette affection, notamment celui de la deuxième maladie de Kœlher. M. Mauclaire propose celui de *metatarsus planus*, comparativement à la coxa-plana, parce qu'il s'agit de deux localisations d'une même maladie.

En mai 1925, on comptait 91 observations publiées d'épiphysite de la tête du deuxième métatarsien. En 1932 on en comptait 28 observations nouvelles. M. Mauclaire en rapporte deux cas.

La déformation s'observe pendant l'adolescence, entre 12 et 18 ans. Il y a une prédisposition légère pour le sexe féminin.

(Les talons très hauts font que les femmes marchent sur les têtes métatarsiennes).

Cliniquement, la douleur est localisée au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, particulièrement nette à la palpation. La station debout et la marche deviennent douloureuses. A un stade avancé, on note de l'arthrite, avec craquements. A la radiographie, la tête epiphysaire a un aspect pommelé elle est irrégulière.

Le *metatarsus planus* se complique finalement d'arthrite déformante metatarso phalangienne, et comme avec l'âge et l'obésité, le pied s'aplatit un peu, celui-ci reste toujours douloureux.

C'est surtout par le repos et les appareils orthopédiques que l'on traite cette affection. Une malade a été très améliorée par le port d'une semelle de liège avec dépression au niveau de la tête du deuxième métatarsien.

(Professeur Mauclaire. Epiphysite de la tête du deuxième métatarsien (*metatarsus planus*). *Le Bulletin médical*, 3 novembre 1934.)

Urologie

La cystite incrustée est une cystite qui, outre les lésions banales inflammatoires que l'on trouve dans toutes les cystites, présente des plaques recouvertes de concrétions calcaires adhérant fortement aux tissus sous-jacents.

Elle résulte de l'association :

1° D'une ulcération d'une origine quelconque ;

2° D'une infection déterminant la transformation ammoniacale des urines.

Quelquefois, le début en est aigu ou tout au moins l'incrustation se fait rapide au cours d'une cystite aiguë.

Elle est caractérisée par tous les symptômes d'une cystite chronique plus ou moins accentuée. Ce qui est spécial à l'incrustation ce sont les hématuries, en général peu abondantes et d'autre part l'élimination des concrétions calcaires.

Seule la cystoscopie peut faire le diagnostic.

Le traitement varie avec l'intensité, la diffusion des lésions et avec le sexe des malades atteints.

Lorsqu'il s'agit de plaques de peu d'épaisseur, discrètes, on peut essayer les instillations de nitrate d'argent très concentré — solution à 2, 3, 4 pour 100 — injectée à la dose de 10, 20 et même 50 c. c. dans la vessie, après que l'on aura fait au malade une injection de morphine pour supprimer la douleur que pourrait provoquer une telle instillation.

Lorsque la cystite incrustée se présente sous une forme confluente et surtout si on se trouve en présence de plaques traitées auparavant et ayant récidivé, *la cystostomie* s'impose qui permettra de drainer la vessie.

(G. Marion et B. Kogan. La cystite incrustée. *La Presse Médicale*, 17 nov. 1934.)

Psychiatrie

Le placement d'un aliéné à l'asile se fait sous la forme de placement volontaire (placement volontaire demandé par la famille et aux frais de la famille), ou bien plus souvent, sous la forme de placement d'office (placement exécuté sur réquisition du maire de la commune dans les petites communes du commissaire de police dans les villes, et placement aux frais, à la fois, de la commune et du département.

Le certificat pour placement volontaire d'un aliéné ne diffère pas en principe du certificat en vue du placement d'office. Ce certificat n'est valable que pour *quinze jours*. Dans le certificat pour placement volontaire, il n'est pas indispensable de dire que le patient est *dangereux* pour lui ou pour les autres, il suffit d'indiquer qu'il y a nécessité d'isolement, d'internement de traitement spécial.

Le certificat de placement d'office est le certificat que le praticien rédige le plus couramment ; cela changera peut être du fait des assurances maladies, mais il n'en est encore rien à ce jour.

Le certificat pour placement d'office doit indiquer que le sujet constitue un état de *danger* (danger pour lui, danger pour les autres). Si le danger est grand, le médecin doit dire qu'il y a lieu d'interner *d'urgence* le patient. Faute de ne pas spécifier ce point il arrivera parfois que l'autorité municipale ne se hâtera pas de réaliser le placement du malade.

Voici à titre d'exemple un certificat pour l'internement d'un malade atteint du délire de la persécution avec hallucinations :

« Je, soussigné (nom, prenom, qualité, adresse), certifie que le sieur X... (nom prenom, âge, profession, adresse), est affecté d'aliénation mentale, caractérisée par :

Etat actuel. — Délire hallucinatoire, systématisé. Idées de persécution dirigées contre ses voisins ou contre son entourage. Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. (Il est bon de relater quelques unes des paroles typiques du malade.)

D'après les renseignements fournis par la famille ou par telle autre personne, il a commis des bris d'objets, il s'est livré à des violences contre les siens, il a commis des fugues, etc.

Considérations. — Il résulte de mes constatations ainsi que des faits signalés par l'entourage, que le sieur X... se trouve dans le cas de recevoir des soins spéciaux, qu'il doit faire l'objet d'une surveillance active et continue, qu'il est dangereux pour lui ou pour les autres, que par suite il a besoin d'isolement, etc.

Conclusion. — J'estime, en conséquence, qu'il y a nécessité de faire placer et traiter d'urgence le malade dans un établissement d'aliénés.

Toujours, le praticien devra se contenter de donner des conseils, il n'imposera pas l'internement. Il doit respecter en toutes circonstances les sentiments, les idées, les gestes d'une famille inquiète, hésitante, éplorée.

(R. Benon. Aliénation mentale et certificat. *Gazette des Hôpitaux*, 5 décembre 1934.)

Thérapeutique

Dans un cas d'intoxication aiguë par le gardénal, une thérapeutique par le carbone intraveineux a été tentée.

« Les recherches expérimentales que nous avons faites sur le traitement du coma barbiturique par les injections intraveineuses de carbone montrent que cette méthode présente une valeur indiscutable.

Nous ne voulons pas non plus « conclure de l'expérimentation à la clinique humaine ». Le cas que nous rapportons n'aurait que peu de valeur en lui-même ; mais à la lumière de l'expérimentation qui l'a précédée, cette observation présente un réel intérêt.)

Voici cette observation :

M. T P..., 35 ans, entre d'urgence salle André-Léri, le 11 janvier 1935 à 22 heures, dans le coma. Il a été trouvé dans cet état par l'hôtelier qui le loge. On découvre dans sa poche deux tubes de 20 comprimés de gardénal à 0 gr. 10.

A l'examen, le coma se révèle profond ; cependant le pouls, quoique assez faible, est régulier à 100, la tension artérielle est à 12-6, les réflexes rotuliens existent, les achilléens sont très faibles, pas de réflexe cornéen.

On fait une saignée de 250 grammes, suivie d'une injection de 12 centimètres cubes de carbone activé à 2 p. 100. On prescrit pour la nuit trois injections d'huile camphrée de 2 centimètres cubes et 3 milligrammes de caféine.

Le lendemain 12 janvier à 9 heures du matin, le malade est revenu à lui. Sa température est de 38°2. Il conserve un peu d'ébriété, mais peut s'asseoir sur son lit et répond normalement aux questions qu'on lui pose. Il confirme avoir pris 4 grammes de gardénal le 11 janvier, à 1 heure du matin. Il sort deux jours après complètement guéri, sans complication.

De ce seul cas traité, on ne peut avoir la prétention de tirer des conclusions définitives. Cependant la dose absorbée (4 grammes de gardénal), la notion de durée du coma (le malade fut traité vingt et une heures après l'ingestion du barbiturique) montrent qu'il s'agissait d'une intoxication assez grave.

(B. Ménétrel. Les injections intraveineuses de carbone dans l'intoxication aiguë par les barbituriques. *Paris Médical*, 23 février 1935.)

Désinfection

La loi du 15 février 1902 qui créa la désinfection obligatoire fit naître dans tous les départements une organisation placée sous l'autorité de l'inspecteur départemental d'hygiène qui a la charge de ce service. Dans *tous les départements* le service de désinfection est un *service déficitaire* et son déficit se chiffre quelquefois par des sommes impressionnantes, car non seulement il faut rétribuer un personnel, entretenir un matériel, mais encore utiliser des produits d'un prix de revient assez élevé.

S'il a bien été prévu que le malade devrait payer ou plus exactement rembourser au service sous forme de taxe — dont le montant n'a pas été réajusté — les frais de la désinfection, il n'en est pas rigoureusement ainsi dans la pratique. Seuls les malades indigents, c'est-à-dire régulièrement inscrits par les listes d'assistance médicale gratuite devraient être exonérés du payement des taxes.

Or que se passe-t-il le plus souvent ? Lorsque la taxe est mise en recouvrement, que le percepteur en réclame le montant, le « désinfecté » ou la famille plaide l'impécuniosité, demande au maire — surtout dans les petites communes rurales — un certificat d'indigence qui entraîne la mise en non valeur de la taxe, laquelle retombe entièrement à la charge du département.

(Docteur L. Lièvre-Brizard. Assurances sociales, maladies sociales et prévention. *La Gazette de la santé publique,* janvier 1935.)

Varia

La sténose hypertrophique du pylore est aujourd'hui classique. Aucun médecin ne peut ni ne doit ignorer ces deux vérités fondamentales : *le diagnostic de la sténose est facile* ; *son traitement est chirurgical.*

Intervalle libre, vomissements, perte de poids, constipation sont des signes d'alarme ; aucun d'eux n'a, par lui-même, une valeur, absolue, leur groupement est caractéristique. Il suffit que le médecin songe à la sténose pour que le diagnostic soit fait, car aussitôt l'examen est convenablement orienté ; on cherche le signe crucial : l'existence de mouvements péristaltiques.

(Raoul-Charles Monod et Robert Broca. Sténose hypertrophique du pylore. *Le Bulletin Médical,* 24 novembre 1934.)

* * *

Trop souvent, pendant la période de crise aiguë d'un ulcère gastro-duodénal, une prescription fondamentale est oubliée : la nécessité de maintenir les ulcéreux au repos absolu, qui consiste non pas seulement à suspendre toute activité, mais à exiger le séjour au lit.

(André Busson. Du traitement médical des ulcères gastroduodénaux, *Le Bulletin Médical,* 24 novembre 1934.)

* * *

En Argentine, depuis longtemps la cordialité cependant si nécessaire entre médecins et pharmaciens a disparu. Ceux-ci se plaignent de l'appui donné par les médecins aux spécialités. Les médecins, d'autre part, répondent qu'ils prescrivent les spécialités parce qu'ils n'ont pas l'assurance que les ordonnances sont exécutées avec le sérieux désirable ; d'autre part, ils n'ont pas à être satisfaits des critiques et des pratiques en usage dans les pharmacies transformées en cliniques où on fait le diagnostic et surtout le traitement de toutes les maladies ; ainsi est née une hostilité entre pharmaciens et médecins et c'est la spécialité qui en a profité.

LES AIDES DU PHARMACIEN sont trop souvent des modèles de charlatanisme et d'immodestie professionnelle, « Je sais tout » impénitents, habiles dans l'art de se gausser de la valeur du médecin devant le public, toujours à l'assaut de la thérapeutique.

(André Richard. En Argentine. La pratique médicale et les problèmes actuels. *La Presse Médicale,* 12 décembre 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1935

Influence de la tension superficielle des solutions colloïdales sur leur pénétration par imbibition à travers les corps poreux et les gels colloïdaux. — ***MM. Charles Achard*** et ***Augustin Boutaric.*** — L'abaissement de la tension superficielle d'un liquide n'accélère pas la pénétration par imbibition, à travers les corps poreux ou les gels colloïdaux, de ce liquide ou des particules qu'il contient à l'état de dispersion moléculaire ou micellaire. Si donc l'abaissement de tension superficielle du sérum ou des liquides biologiques favorise, comme on l'a indiqué, l'éclosion ou le développement des processus de néoformation, il ne semble pas que cette influence puisse être rattachée à un accroissement de la vitesse de pénétration par imbibition des divers liquides humoraux à travers la membrane limitante des cellules.

Hygiène industrielle et hygiène publique. Pollution des eaux par déversements industriels. Nécessité de cartes hydrologiques de pollution. — ***M. F. Heim de Balsac.*** — Le déversement, dans les cours d'eau, des eaux résiduaires industrielles détermine une pollution qui préoccupe au même titre l'hygiène publique et la conservation de la faune des cours d'eau.

L'auteur démontre que les desiderata de l'hygiène concordent avec ceux de la conservation de la faune : ils exigent l'intégrité du pouvoir d'auto-épuration du cours d'eau, ou tout au moins son rétablissement à peu de distance du point de déversement des eaux résiduaires.

L'assainissement des cours d'eau à souillures multiples du fait de la multiplicité des effluents des usines d'une part, des agglomérations d'autre part, réclame une épuration collective, étendue aux diverses sources concomittantes de souillure.

Pour juger de l'épuration partielle imposée à chaque source particulière de souillure, une coordination graphique des analyses, des tests de pollution, tant chimiques que biologiques, est proposée, d'où la conclusion qu'il y a nécessité à établir, pour les cours d'eau où la pollution est intense, des cartes hydrologiques de pollution, lesquelles n'ont pas été établies jusqu'à ce jour. L'établissement de ces cartes concrétise, d'une manière graphique, les données des analyses chimiques et biologiques.

Natalité et mortalité en France. — ***M. P. Lereboullet*** vient, à propos de récentes communications de M. Roulakine, s'élever contre certaines de ses conclusions. Après avoir rappelé combien la proportion élevée de vieillards en France (qui ne peut qu'augmenter du fait de la dénatalité actuelle) exerce une influence sur le chiffre de la mortalité du pays, il insiste sur la réalité de la diminution progressive des naissances et des mariages en France, qui s'oppose au relèvement marqué de la natalité en Allemagne en 1934, et pendant le premier trimestre de 1935. Les mesures prises en faveur de la natalité ne sont pas, cet exemple le prouve, nécessairement vouées à l'insuccès et, devant le danger que fait courir à notre pays la diminution progressive des naissances, il est faux de déclarer inutiles et stériles les efforts tentés pour enrayer cette dénatalité.

Réactions morphologiques dans les sérums. — ***M. T. Kofman.*** — En utilisant le phénomène de croissance artificielle osmotique, l'auteur observe une différenciation remarquable de l'efflorescence terminale suivant les conditions physico-chimiques du milieu où se développe cette vésicule. L'application de cette méthode d'analyse, en particulier en sérologie, met en évidence tout une variété morphologique des efflorescences, en relation avec la nature variable des divers sérums. On aurait ainsi le moyen, grâce à une réaction désignée par l'auteur sous le terme de morphologique, de déterminer, par le simple aspect d'une forme facilement fixée par un procédé photographique, une nouvelle propriété de certains liquides minéraux ou biologiques.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS-4

Les divers aspects de l'efflorescence osmotique ont permis également à l'auteur d'analyser morphologiquement certaines modifications de la dispersion micellaire des sérums et de caractériser aussi bien les divers sérums thérapeutiques que les sérums appartenant à des espèces variées.

L'énergamétrie. — *M. Gabriel Bidou.* — La méthode de mesure de l'energie fonctionnelle humaine à laquelle l'auteur a donné le nom d'*énergamétrie,* a pour but d'évaluer en chiffres les conditions fondamentales du travail humain.

Cela veut dire qu'il devient possible de connaître et d'évaluer en *kilogrammètres* : 1° Le travail produit par un levier humain dans ses déplacements, d évaluer en *kilogrammètres secondes* ; 2° La puissance que les commandes musculaires ont dû développer pour produire le travail, et, enfin, d'évaluer en kilogrammètres ? 3° L'énergie potentielle (transformée en énergie actuelle, à l'occasion du travail produit) qui était contenue dans le groupe musculaire.

Ces recherches et ces évaluations peuvent être faites lorsque l'observateur se contente de données approximatives d'ordre de grandenr), sans appareils ou instruments particuliers. Un mètre et une montre à secondes sont suffisants. C'est dire que cette méthode peut être employée au lit du malade.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un cas de faux cancer de l'estomac au cours d'une anémie pernicieuse

MM. P. Emile-Weil et Benzaquen ont présenté à la Société française d'hématologie (5 février 1935) un malade actuellement guéri d'une maladie de Biermer, qui évoluait depuis un an environ chez un vieux dyspeptique. Les antécédents semblent montrer l'existence antérieure d'un ulcus pylorique. Le traitement (transfusion), hépatothérapie, gastrothérapie) fit en deux mois passer le malade de 1 million à 5 millions de globules rouges et reprendre 15 kilogr. Mais l'examen radiologique montrait une amputation du pylore, un aspect lacunaire avec liquide de stase ; les signes radiologiques un peu variables mais toujours anormaux faisaient conclure à l'existence probable d'un néoplasme que l'évolution de l'affection démentit.

Il existe donc des cas de faux cancer stomacal au cours de la maladie de Biermer. Cette notion est aussi importante du point de vue théorique que du point de vue pratique.

Un nouveau cas de forme articulaire de fièvre typhoïde

MM. J. Sarradon, R. Poinso et P. Sarradon (*Comité Méd. des B.-du-R.,* janvier 1935) ont observé un enfant de 6 ans dont l'histoire clinique se résumait en une fièvre continue qui dura près de deux mois et un rhumatisme infectieux de la hanche gauche. Les signes classiques de dothiénentérie étaient absents. La guérison survint, mais incomplète, en raison de la persistance d'une ankylose fibreuse à la convalescence. Le diagnostic ne fut fait qu'après un mois à l'occasion d'un sérodiagnostic. Les auteurs montrent la rareté de cette forme.

La vaccinothérapie, pratiquée tardivement, a eu un heureux effet sur les douleurs, mais n'a pas empêché l'ankylose. Dans des cas analogues, il semble que l'on doive toujours faire une extension continue très précoce.

Un cas mortel de tétanos utérin post abortum à évolution suraiguë

MM. P. Sépet et M. Sardou (*Comité Méd. des B.-du-R.*) 1934 rapportent une observation de tétanos à forme splanchnique survenu trois jours après un avortement septique et ayant évolué vers la mort en soixante heures malgré un curettage utérin et une sérothérapie intensive (470 c. c. de sérum en deux jours et demi par les voies sous-occipitale, intra-musculaire, intra-veineuse et épidurale) associée à la chloroformisation et à l'administration d'urotropine intraveineuse. Les auteurs rappellent le pronostic le plus souvent fatal de telles formes, insistent sur la nécessité d'une sérothérapie massive, et discutent l'intervention chirurgicale : le curettage évacuateur avec injection intra-utérine d'eau oxygénée dédoublée ou de solution de permanganate est la meilleure méthode de traitement local.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.
>
> Montaigne

Médecine. Hygiène. Pharmacie en U.R.S.S. *Extrait du livre :* Visions rouges *que viennent de publier MM. A. Sartory et F. Baille.* (Peyronnet, éd., 7, rue de Valois, Paris.)

Avant de partir en Russie soviétique nous avions lu le livre de Roubakine sur la protection de la santé publique. Si l'on en croit cet auteur la mortalité s'est abaissée de 30 en 1906 (pour 1.000 habitants) à 18 en 1928. Roubakine nous fait remarquer que la population en Russie augmente plus que dans toutes les nations réunies ; et si nous en croyons les chiffres qu'on a bien voulu nous donner, la Russie produirait chaque année 3.000.000 d'enfants.

L'art médical est exercé par des médecins instruits d'une part dans le primaire, le secondaire et les facultés, véritables instituts où on enseigne les sciences telles que : l'Anatomie, l'Histologie, l'Embryologie, la Chimie et la Physique médicales, la Botanique, la Bactériologie. Mais les Facultés de médecine proprement dites sont divisées en trois sections :

1° Thérapeutique et prophylaxie ;
2° Hygiène ;
3° Maternité et première enfance.

Le futur médecin passe des examens semestriels pour chacune des matières enseignées dans un semestre. A la fin de ses études qui durent au moins six années, il doit faire un stage d'un an avant de pouvoir exercer. Il doit étudier également la philosophie marxiste. Mais néanmoins, comme le dit M. E. Herriot dans son livre : *Orient,* « nous ne consentirions pas à imposer à nos praticiens une telle subordination intellectuelle. Il semble, d'ailleurs, que sur le rôle de la théorie et de la pratique, sur la nature des examens il subsiste encore des hésitations. M. Roubakine donne de la médecine en Occident une description caricaturale.

Le médecin est, en réalité un fonctionnaire qui reçoit environ 400 roubles par mois, il est chargé d'un service spécial comprenant tel quartier, telle agglomération ou telle clinique ou hôpital. Il est assez surchargé parce que les praticiens sont encore peu nombreux. Les habitants, citoyens soviétiques, ou les étrangers munis d'un diplôme de leur État peuvent exercer dans le pays à la condition de faire un stage et de passer un examen complémentaire. Cette façon de faire existe d'ailleurs en Bulgarie et Pologne. Le médecin n'a pas le secret professionnel. Roubakine nous apprend dans son ouvrage : *La protection de la santé publique en U. R. S. S.,* qu'environ 95 % des médecins ne sont pas communistes. Nous avons pu visiter plusieurs hôpitaux, cliniques, cliniques d'accouchements, formations sanitaires de toutes sortes. Dans l'ensemble, ces établissements sont bien tenus, mais nous n'avons rien à envier à la Russie.

Les maladies épidémiques sont combattues avec vigueur, fièvre typhoïde, variole, typhus exanthématique, dysenterie, choléra, etc... La vaccination obligatoire date de 1921 et 1924 ; les laboratoires d'hygiène et de bactériologie surveillent les foyers classiques de peste. Roubakine dans ses nombreuses publications, énumérées par M. E. Herriot (*Orient,* page 313), nous décrit un certain nombre d'organisations chargées de lutter contre le charbon, la rage, le trachome et le paludisme. On vaccine les enfants contre la diphtérie et les adultes contre la fièvre typhoïde. Il y a encore beaucoup de variole et de typhus exanthématique en Russie. La lutte contre les rats et rongeurs est également organisée.

La tuberculose est assez fréquente, beaucoup de sanatoriums sont installés sur la Riviera russe en Crimée. La méthode de Calmette est employée pour les jeunes enfants. Les maladies vénériennes sont combattues avec vigueur par chaque République (1).

(1) Docteur Lepinay. — La lutte antivénérienne en U. R. S. S. *Guerir,* 1er mars 1935.

Ainsi que nous l'avons vu, la prostitution existe mais elle a, paraît-il, beaucoup diminué. Il existe un certain nombre d'instituts chargés de relever par le travail les anciennes prostituées.

Le médecin est aussi un inspecteur médical du travail, il surveille la durée du travail de l'ouvrier (sept heures) et s'assure également si son congé payé de quinze jours après six mois de travail lui a été accordé (voir Assurances sociales, page 101).

Une question nous intéressait tout particulièrement, c'est l'exercice de la pharmacie.

En Russie soviétique, la pharmacie n'est pas un commerce. Toutes les officines sont la propriété de l'État, c'est vous dire que le pharmacien diplômé est un fonctionnaire salarié.

Mais quelles sont les études exigées pour être pharmacien ? Tout d'abord une éducation secondaire, elle comprend sept années d'enseignement primaire et trois années d'enseignement secondaire, ce qui porte à dix ans, ces premières études (école de dix ans). Ces années d'études sont sanctionnées par un examen assez difficile, nous a-t-on dit, qui correspondrait à notre baccalauréat.

L'enfant reçu à cet examen et qui désire être pharmacien doit entrer au technicum (institut pharmacologique). Il doit avoir dix-huit ans révolus. L'entrée au technicum nécessite un concours et les places sont limitées. Certains élèves qui se sont fait remarquer dans le primaire et qui, par suite de leur âge sont en retard dans leurs études peuvent après sept années de primaire passer le concours du technicum pharmaceutique.

En supposant que l'élève entre au technicum, il y reste trois ans et demi. Chaque trois mois, il passe des examens et à la fin de l'année un examen général qui lui donne le droit de pénétrer en deuxième année. Les matières enseignées sont : la chimie minérale, la chimie organique, la botanique, la cryptogamie, la physique, les mathématiques, la pharmacie galénique, la pharmacie chimique, la toxicologie, la matière médicale, la chimie analytique, l'hydrologie, la chimie pharmaceutique, la technologie de la production pharmaceutique, la bactériologie et enfin la déontologie.

Après trois ans et demi d'études, l'élève subit plusieurs examens définitifs, sur ces différentes matières et, après succès, il est reçu pharmacien. A noter que l'étudiant apprend la pratique de son métier et les matières scientifiques dans le technicum. Un pharmacien de la ville fort instruit et que nous avons eu plaisir à connaître est un maître très averti pour la pratique. Il nous a donné d'utiles renseignements sur l'exercice de la pharmacie et montré comment l'élève apprend à confectionner pilules, capsules, potions, mélanges divers, ampoules, etc... Ce technicum est pourvu d'un laboratoire industriel fort bien conçu.

Le pharmacien reçu obtient un diplôme de maître pharmacien qui lui donne le droit de travailler moyennant salaire dans toutes les pharmacies. Pour les jeunes gens plus ambitieux, il y a l'éducation supérieure pharmaceutique. On compte trois Universités en Russie : Moscou, Léningrad et Perm qui ont un Institut d'éducation supérieure pharmaceutique. A Moscou ne peuvent y rentrer que les jeunes gens ayant terminé leurs examens au technicum de pharmacie. A Léningrad et à Perm ont le droit d'y entrer tous ceux qui veulent s'instruire davantage. La durée des études est de quatre années d'Université.

En Ukraine, il existe aussi un Institut semblable, mais le niveau est moins élevé.

Les étudiants qui ont passé quatre ans à l'Université et qui ont subi avec succès les examens sortent comme ingénieurs chimistes pharmaciens. Ils peuvent être :

1° Ingénieurs en chimie analytique et pharmaceutique ;
2° Chimistes judiciaires, c'est-à-dire experts près des Tribunaux ;
3° Ingénieurs chimistes alimentaires ;
4° Ingénieurs chimistes pour la répression des fraudes ;
5° Ingénieurs chimistes toxicologues.

Le service militaire des étudiants se fait à vingt-deux ans.

Les pharmaciens employés dans les officines ne font que très peu d'ordonnances ; ils sont surtout chargés de la vérification des matières premières, de la pureté des médicaments, de la répression des fraudes, des analyses, etc., etc...

A Moscou, dans une pharmacie, il y a généralement un pharmacien directeur et deux autres pharmaciens. La durée du travail est de six heures par jour, un jour de repos tous les cinq jours. Le travail en pharmacie est considéré comme nuisible à la santé, voilà pourquoi la journée n'est que de six heures alors que les employés ordinaires travaillent sept heures.

Le pharmacien directeur gagne environ 400 roubles. Les autres débutent environ à 175 roubles et peuvent arriver à 375-400 roubles par mois.

Nous disions, il y a un instant que les pharmaciens n'exécutaient pas beaucoup d'ordonnances de médecins. Ceci est tout à fait exact, et si nous prenons Moscou comme exemple, nous verrons que, dans la capitale existent trois pharmacies centrales sous le contrôle de l'organisation du commissariat du peuple pour la santé (section pharmaceutique). Nous avons visité une de ces pharmacies qui, avant la guerre et la Révolution était la plus grande entreprise de ce genre, car elle occupait à ce moment plus de 2.000 employés. Cette officine est actuellement organisée de la façon suivante : au rez-de-chaussée un magasin de vente avec devanture peu soignée. Les articles vendus sont pour la plupart des médicaments anodins tout préparés, des articles d'orthopédie, des pansements, coton hydrophile, bas à varices, articles de droguerie, bref toutes les substances non toxiques pouvant être délivrées librement.

Généralement, ce service est fait par des femmes, des Caisses enregistreuses assurent le contrôle. Cette vente de produits pharmaceutiques est tout à fait indépendante du préparatoire qui se trouve au premier étage, dans une salle spacieuse, d'environ 20 à 25 mètres de long. C'est là que se préparent les ordonnances pour les pharmaciens de la ville. Le personnel chargé d'effectuer les prescriptions est composé de femmes et d'hommes ; ici où nous sommes observateurs : vingt-deux préparatrices vêtues de blouses blanches, un pharmacien diplômé, chargé de délivrer les toxiques pouvant entrer dans les préparations à exécuter, deux pharmaciens ordinaires et un pharmacien-directeur.

Les préparatrices font un apprentissage de quatre ans et subissent un examen final. Un diplôme leur confère le droit d'être employées à l'exécution des prescriptions médicales. Ces jeunes filles ou aides reçoivent un traitement de 75 à 100 roubles qui peut aller jusqu'à 150. Dans ce vaste préparatoire chaque préparatrice a un emplacement spécial lui permettant d'effectuer les différentes manipulations exigées.

L'eau distillée est préparée dans un laboratoire tout proche du préparatoire et une distribution automatique en assure le ravitaillement pour chaque comptoir de préparations.

Chaque préparateur ou préparatrice a également devant lui une armoire tournante où sont placés les médicaments d'un usage courant. Les autres produits moins souvent utilisés sont délivrés par un pharmacien. Si le préparateur est embarrassé pour effectuer l'ordonnance du médecin le pharmacien-directeur ou ses collaborateurs diplômés indiquent la façon de procéder pour obtenir le résultat demandé. Une surveillance permanente est assurée par les maîtres en pharmacie.

Les flacons, bouteilles, boîtes, etc., sont distribués à la demande du préparateur, le médicament terminé porte une étiquette ou numéro indiquant la pharmacie envoyeuse, un chiffre de contrôle est placé sur la préparation, le nom du médecin y figure également et une fiche définitive accompagne le tout. Ces médicaments une fois terminés sont disposés sur un petit trottoir roulant et arrivent enfin à un comptoir centralisateur qui est chargé de la distribution définitive. Lorsque le médicament est urgent un signe distinctif apposé sur l'ordonnance du médecin prévient le manipulateur qu'il doit effectuer le médicament au plus vite.

Les intéressés savent qu'ils pourront entrer en possession des médicaments ordonnés de telle à telle heure.

Chaque pharmacie centralise les ordonnances de son quartier et d'heure en heure les fait parvenir par motocyclette ou bicyclette à la pharmacie préparatrice centrale et distributrice.

Le pharmacien français n'aimerait pas ce système, nous en sommes sûrs, et il serait choqué de la façon dont on conditionne le médicament. Le conditionnement, et nous ne parlons que de cela (car les manipulations sont très bien faites) est grossier, la bouteille contenant une potion est à moitié remplie, une pommade est contenue dans un pot de 125 grammes alors qu'un pot de 60 suffirait, le coiffage des bouteilles est sans goût, le papier employé est de mauvaise qualité. Plusieurs locaux constituent des salles d'approvisionnements, d'autres servent à la confection des ampoules, des suppositoires, des granules, etc... Ces différentes fabrications sont étroitement surveillées.

Nous sommes arrivés dans cette pharmacie principale sans être annoncés, notre ami M. Platky s'était chargé de téléphoner cinq minutes avant notre venue. Nous avons été reçus immédiatement par le pharmacien chef et ses collaborateurs de la façon la plus cordiale, nous avons signé le livre d'or de cet établissement et en prenant congé de ces confrères, les camarades nous remettaient trois superbes photographies de la grande officine avec une dédicace des plus aimable. Nous oubliions de dire que l'Administration centrale se trouve au deuxième et troisième étage ; elle centralise tout ce qui s'effectue quotidiennement.

Les Assurances sociales couvrent les frais des médicaments

qui sont gratuits pour les travailleurs : les paysans non assurés ont droit aux soins médicaux gratuits et aux médicaments.

Il n'existe aucun remède secret et les brevets sont abolis.

Après cette visite, nous avons pu pénétrer dans un service spécial chargé de la vente et de la distribution des articles de droguerie médicale. Cette organisation est placée sous le contrôle du Commissaire du peuple à la Santé publique. Nous y avons été reçus d'une façon très courtoise et nous nous sommes intéressés aux produits spécialement fabriqués ou récoltés en Russie (huile de paraffine, santonine, iode, gaïacol, semencontra, tilleul, etc.). Nous avons pu constater également que les Russes étaient fort bien outillés pour la fabrication des thermomètres.

Fatigués par notre visite, notre voiture nous conduisit au grand stade de Moscou. Ce stade est presque terminé, il pourra contenir près de 80.000 personnes. Un emplacement est réservé aux joueurs de tennis, un autre aux cyclistes, aux lanceurs de javelot, d'autres aux boxeurs, lutteurs, etc... Nous avons été frappés, à l'entrée du stade par cette inscription géante : « Nous sommes prêts au travail et à la défense ». L'éducation physique est en honneur dans le pays des soviets. Les jeunes gens passent des examens de sports, la dernière de ces épreuves en cas de succès leur confère une médaille qui est très recherchée et très appréciée. Elle porte une inscription dont la traduction serait : « Les enfants russes sont forts ». Le Russe fait une propagande énorme au point de vue sanitaire, au moyen d'expositions, de livres, brochures, conférences, radio-diffusion et cinématographe. On lira avec intérêt les rapports de M. Roubakine qui n'est pas tendre pour les états capitalistes, il exagère d'ailleurs beaucoup dans ses écrits et ses pensées, mais soyons justes, l'Union a fait beaucoup pour la protection de la santé publique.

Certains instituts spécialisés pour telle ou telle recherches sont intéressants à visiter. L'Académie des sciences qui siégeait jusqu'à cette année à Léningrad est aujourd'hui sise à Moscou ; elle compte dans son sein des savants très connus, Karpinski, Pavlov, Nadson, etc... Léningrad est devenue la cité universitaire, on peut y compter 50 écoles supérieures, 150 institutions scientifiques diverses, une centaine de sociétés savantes, le plus important centre de recherches médicales, un institut physico-technique. Les laboratoires sont très bien équipées et munis d'appareils modernes.

Mais comme le dit M. Percheron : « Le régionalisme répartit les centres d'études. L'Institut des recherches scientifiques, l'Institut thermique, l'Institut de pétrographie, l'Institut chimico-technologique, l'Académie des sciences de la Russie blanche avec ses douze Instituts, l'Académie des sciences de Kiev avec ses deux sections (sciences naturelles et techniques, sciences économiques et sociales) et ses trois musées sont quelques-uns des Instituts les plus productifs ».

Un certain nombre de découvertes en électro-technique, en ethnographie, en aérodynamique, en physique, en optique font honneur aux chercheurs russes.

L'Institut physico-technique de l'équipement électrique a une grosse réputation (photométrie et incandescence).

L'Académie Joukowski s'occupe spécialement de recherches sur les fluides.

La médecine, la physiologie humaine, la thérapeutique, les traitements curatifs, l'étude des maladies en général ont pris une place très importante dans les hôpitaux.

Un institut très intéressant à visiter à Moscou est l'Institut Sklifassovski, hôpital de premier secours. Cette institution permet d'aller très vite dans les soins.

Citons aussi l'Institut du cerveau qui a pour objet de procéder à des recherches anatomo-pathologiques et histologiques. Quinze collaborateurs travaillent sous la direction de l'Allemand Oscar Vogt.

Citons encore parmi les savants russes Zbarski, directeur de l'Institut d'alimentation, Averbach, l'ophtalmologiste bien connu, le syphiligraphe Bronner, Martsinovski, spécialiste des maladies tropicales, Lazarev, directeur de l'Institut de physique biologique.

Le 22 mai 1931 a été célébré le cinquième anniversaire de l'Institut de recherches physiologiques de Moscou qui correspondait avec les trente ans d'activité scientifique du Professeur Lina Stern qui le dirige. A cette occasion, le titre de « Savant emérite » lui a été décerné par le Comité central exécutif de l'U. R. S. S. Mme Lina Stern est la première femme ayant obtenu cette distinction honorifique. Elle occupe aussi la chaire de physiologie à la seconde Université de Moscou et dirige le service de physiologie à l'Institut pour la protection de la mère et de l'enfant.

C'est à Genève que Mme Stern a gravi les premiers échelons de la hiérarchie universitaire en qualité d'assistante du physiologiste Prévost dont elle est l'élève. Ses premiers travaux portent sur la respiration des tissus. Appelée à Moscou en 1925, elle y a trouvé un champ d'activité autrement plus vaste ; un nombre croissant de collaborateurs viennent se perfectionner auprès d'elle dans sa spécialité.

L'Institut de recherches physiologiques est connu dans le monde entier par ses recherches sur la « barrière hémato-encéphalique » (régulation du passage des substances du courant sanguin dans le cerveau) et les « barrières histo-hématiques » en général (régulation du passage des substances : sels, couleurs, médicaments et poisons du sang dans les différents tissus du corps).

De nombreux autres problèmes sont traités dans cet institut : les ferments, en premier lieu, les ferments respiratoires, l'action des courants industriels sur l'organisme, les questions d'électro-physiologie, le problème du sommeil ainsi que les rapports entre les différentes fonctions des organes et des cellules. L'Institut comprend en outre, des sections biochimiques et biophysiques, une section morphologique, c'est-à-dire un laboratoire où les questions physiologiques sont envisagées du point de vue anatomo-histologique, un laboratoire d'histo-physiologie. Les données acquises par les recherches physiologiques de l'Institut sont rendues visibles au microscope. Grâce à une nouvelle méthode (méthode vitale de Vonwiller), il a été possible de pratiquer la microscopie sur tous les organes et sur tous les tissus animaux vivants.

Un livre auquel auront contribué plus de 80 savants étrangers et russes en l'honneur du jubilé de Mme Stern doit paraître très prochainement.

Il existe aussi un Institut central de transfusion du sang et le 1er novembre 1931 eut lieu à Moscou, une expérience destinée par une méthode spéciale à ranimer les cadavres, méthode inventée par un savant russe. Ces expériences sont pratiquées sur les animaux à l'aide « d'un cœur artificiel », c'est-à-dire d'un appareil qui injecte un liquide spécial dans un corps inerte. Et cette fois, c'est sur un cadavre humain que fut expérimentée la méthode du Professeur Broukhanenko. Le corps d'un homme qui s'était suicidé par pendaison avait été transporté à l'Institut, trois heures après la mort du désespéré. Le « cœur artificiel » avait été immédiatement relié aux artères ; il fonctionna pendant plusieurs minutes. Malheureusement, sa seconde vie ne dura pas longtemps.

Récemment un chien soumis à l'action de l'appareil donna des signes de vie vingt secondes après le début de l'expérience et finalement le cœur se mit à fonctionner normalement. »

Le personnel médical pendant la guerre 1914-1918.

Extrait du livre de M. le médecin général inspecteur Toubert : LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE AU GRAND QUARTIER GÉNÉRAL FRANÇAIS (1918-1919) (*Charles Lavauzelles, édit.*)

A la mobilisation, sur 22.000 médecins environ exerçant en France, 18.000 furent mobilisés, soit 80 p. 100, soit 4 sur 5, chiffre imposant que n'atteignirent pas la plupart des professions.

Au début de janvier 1918, il y avait à peu près autant de médecins servant à l'intérieur (49 p. 100) que de médecins servant sur le front (51 p. 100) et parmi ces derniers, au nombre de 9.073, 45 p. 100 étaient employés dans les formations sanitaires et 55 p. 100 dans les corps de troupes.

Au moment de l'armistice, le Service de santé comptait 21.181 médecins, 3.828 pharmaciens, 5.238 officiers d'administration, plus 120.552 infirmiers militaires et 10.000 infirmières servant aux hôpitaux. Sur le total de 21.181 médecins, 1.707 appartenaient à l'active et 19.474 à la réserve, soit environ 11 fois plus. On se tromperait si on en déduisait que les médecins de complément étaient, dans tous les genres de postes, 11 fois plus nombreux que ceux de l'active. En vérité, sur le front, le 11 novembre 1918, il se trouvait 1.531 médecins de l'active pour 9.358 de complément, c'est-à-dire seulement à peu près 6 fois plus de médecins de complément au lieu de 11 fois plus. Par contre, à l'intérieur du territoire, il y avait en service 176 médecins de l'active pour 10.116 de complément, c'est-à-dire non pas 11 fois plus, mais bien 57 fois plus. En résumé, les médecins de l'active étaient au front dans la proportion de 89 p. 100 de leur effectif et à l'intérieur dans la proportion de 11 p. 100, tandis que les médecins de complément étaient pour 17 p. 100 au front et 53 p. 100 à l'intérieur.

Même constatation pour les pharmaciens : 65 p. 100 de l'active au front et 35 p. 100 à l'intérieur ; 46 p. 100 de complément au front et 54 p. 100 à l'intérieur.

Même constatation pour les officiers d'administration : 75 p.

100 de l'active au front et 25 p. 100 à l'intérieur ; 40 p. 100 de complément au front et 60 p. 100 à l'intérieur.

..... Les médecins militaires ont eu 15 p. 100 de leur effectif blessé, les pharmaciens 4 p. 100, les officiers d'administration 1,3 p. 100. Les disparus, les tués, les morts de suites de blessure, comptent pour 3,34 p. 100 de l'effectif des médecins de l'active, et pour 0,99 p. 100 de l'effectif des médecins de réserve ; pour 0,85 p. 100 des pharmaciens de l'active et 0,33 p. 100 des pharmaciens de réserve ; pour 0,82 p. 100 des officiers d'administration de l'active et 0,38 p. 100 des officiers d'administration de réserve ; enfin pour 7,02 p. 100 des médecins auxiliaires de l'active et pour 4,86 p. 100 des médecins auxiliaires de réserve.

Les morts à la suite de maladies contractées aux armées, s'élèvent à 4,80 p. 100 de l'effectif des médecins de l'active et 3,71 p. 100 de celui des médecins de réserve ; à 4,27 p. 100 des pharmaciens de l'active et 2,15 p. 100 des pharmaciens de réserve ; à 3,63 p. 100 des officiers d'administration de l'active et 3,50 p. 100 des officiers d'administration de réserve.

Elections académiques. — *Sous ce titre, un article de M. Henry Bidou dans* LA REVUE DE PARIS (15 avril 1935). *En voici un extrait*

... Il faut bien se représenter la sorte d'événement qu'est une élection académique. Il y a sous la coupole une dizaine de très beaux esprits et d'hommes vraiment illustres. Et il y a les autres : une plèbe d'oubliés qui ont eu leur heure, de gens entrés par surprise, de survivants démodés, de fantômes inconnus, mais qui votent. Ces ombres reprennent quelque apparence de vie, deux ou trois fois par an, quand il se fait une élection. Leur voix a pour un jour a la meme autorité que celle de M. Valéry. On les flatte, on les sollicitent. Ils ont l'illusion d'être encore réels. On compend qu'ils tiennent à ces minutes que rien ne remplace. Une candidature qui se lève, c'est un bain de Jouvence qui se prépare.

. . . .

Un immortel rend son âme à Dieu. Les candidats se ruent chez les survivants. Ils leur apprennent la fin de leur collègue. « Votez pour moi », gémissent-ils. Et la campagne s'organise. Nul n'ignore qu'il y a une tactique pour ces batailles. La Compagnie se divise en escouades, dont chacune à son favori.

. . . .

Les ruses des candidats sont infinies. L'un d'eux se jette tout à coup à travers une élection toute faite, déconcerte les voix, brouille les chances, irrite tous les partis. On se décide à négocier avec ce gêneur. « Si vous renoncez à vous présenter cette fois, on vous élira à la prochaine vacance. » Il conclut le traité, se retire et six mois plus tard, il est immortel.

La manœuvre décisive, c'est d'empêcher les rivaux de se présenter. Il ne reste plus qu'à élire celui devant qui le vide s'est fait. Il est vrai qu'il reste pour l'éliminer les ressources des bulletins blancs. Mais le bulletin blanc est une arme dangereuse. Et le candidat le plus indésirable est lui-même dangereux. Comme il est entendu qu'on n'en veut pas, chacun se dit : « Je peux bien lui donner ma voix au premier tour ; il n'aura qu'elle. » Et il passe. A l'Académie comme à la guerre, les victoires se remportent par surprise. Il le faut, car les électeurs savent se défendre. Il existe pour leur sauvegarde une cérémonie suprême, qui précède le vote. On leur fait jurer qu'ils n'ont pas engagé leur voix. Barthou, avec sa verve béarnaise, imitait plaisamment les divers modes de faux serments que prêtaient ses collègues.

L'un, les deux mains ouvertes, respirait la franchise. L'autre octroyait de la tête une négation pleine de dignité. Ayant juré qu'ils étaient libres, les académiciens auraient tort de ne pas se considérer comme délivrés en effet de tous leurs engagements et promesses. Ils les oublient et un éternel silence cache leurs manques de foi. Dix académiciens jurent à un candidat qu'ils ont voté pour lui : il n'a eu que trois voix...

Etudiants et médecins étrangers en France. — *Tel est le titre d'un article de M. le Professeur Sergent dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 avril 1935). *En voici quelques extraits :*

... Je ne me dissimule pas que cetains de mes collègues et de mes confrères, aussi bien de France que de l'étranger, ne manqueront pas d'exagérer ou d'interpréter, avec plus ou moins d'exactitude le sens des idées que je vais m'efforcer d'exposer en toute sincérité.

En effet, des discussions passionnées sont ouvertes sur ce sujet et les partis extrêmes s'accusent réciproquement d'erreurs plus ou moins... volontaires.

. . . .

Il est incontestable que le nombre des étudiants étrangers est considérable, non seulement dans nos Facultés, mais aussi et surtout dans nos écoles de médecine. Il est aussi incontestable que le nombre des médecins étrangers qui exercent la médecine en France, est également considérable. Voici des statistiques, qui ne peuvent laisser le moindre doute.

Dans l'ensemble des Facultés et des Ecoles de médecine de France, le nombre des étrangers représente au minimum 25 pour 100 du nombre total des étudiants.

A l'Ecole de médecine de Tours, sont inscrits 80 étudiants régionaux et 170 étudiants étrangers, soit 75 pour 100 d'étudiants étrangers. A l'Ecole de médecine de Rouen, on relève 77 pour 100 d'étudiants étrangers en première année.

Dans un service de médecine des hôpitaux de Paris, au cours du dernier semestre, étaient inscrits 54 étudiants étrangers de deuxième et troisième année, contre dix français.

Pour ce qui est du nombre total des médecins, il est manifeste que l'augmentation a considérablement progressé durant ces trente dernières années, le total passant de 16.000 à 28.000. Ainsi s'est constituée la redoutable pléthore médicale.

Voici deux statistiques bien suggestives : en 1928, 901 diplômes de doctorat furent délivrés, et, en 1933, 1.464.

Quant au nombre des *diplômes enregistrés par des étrangers* pratiquant la médecine en France, il passe de 13,8 pour 100 en 1925 à 28,2 pour 100 en 1931.

A Paris, d'après la statistique donnée par le Professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M. (Association des relations médicales avec l'étranger), au cours de l'assemblée annuelle de cette association, tenue en février dernier, sur 210 diplômes d'Etat délivrés au cours de l'année scolaire 1933-1934, 125 le furent à des étrangers. Cette pléthore de diplômes d'Etat donnés à des étrangers est due essentiellement à l'augmentation du nombre de diplômes donnés à des étudiants roumains, nombre qui, de 24 en 1930, s'élève progressivement à 9 en 1931, alors que le nombre reste oscillant autour de 25 pour tous les autres étrangers. Je reviendrai plus loin sur cette question des étudiants roumains. Je me bornerai ici, à donner une statistique bien démonstrative à cet égard : à la Faculté de médecine de Paris actuellement, on relève 133 étudiants roumains en cinquième année et 137 étudiants roumains inscrits pour les divers examens cliniques, c'est-à-dire en fin d'études ; tous ces étudiants postulent le diplôme d'Etat.

Il n'est pas sans intérêt de souligner le nombre des médecins qui exercent dans le département de la Seine. En 1929, sur 24.300 médecins exerçant en France, dont 750 étrangers, 4.993 exerçaient dans le département de la Seine, dont 530 étrangers.

. . . .

Les difficultés matérielles dans lesquelles se débat actuellement la profession médicale, d'une part, le nombre des étrangers qui, dans ces dernières années, ont obtenu le droit d'exercer la médecine en France, d'autre part, telles sont les deux principales considérations qui s'affrontent et motivent la campagne des étudiants et des Syndicats de médecins praticiens.

Comment pourrait-on reprocher, dans de telles conditions à des Français de se grouper et de réunir leurs efforts pour assainir avec honnêteté et équité, une situation trouble, qui ne peut se prolonger sans danger ?

Quand nos étudiants, écrit M. le sénateur Besnard, réclament l'application totale de la loi Ambruster, un stage de dix ans à dater de la naturalisation, pour pouvoir exercer la médecine en France et d'autres mesures accessoires, qui pourrait leur donner tort en l'état actuel de détresse où se trouvent tant de jeunes gens ayant embrassé les professions libérales ? »

Ce n'est pas agir en xénophobe, suivant une accusation injustifiée, que défendre cette idée, parfaitement raisonnable et franche. Ne nous arrêtons pas devant cette accusation et examinons loyalement la situation, en faisant la part des intérêts réciproques.

. . . .

Je voudrais simplement insister sur les inconvénients qui résultent de la distinction établie entre deux diplômes, qui, en fait, *du point de vue strict des études médicales*, ne sanctionnent aucune différence ; la distinction porte sur le fait que le candidat est muni du diplôme du baccalauréat ou d'un brevet reconnu équivalent. Les études médicales, les examens passés devant la Faculté de médecine sont identiques. Aussi bien, ne puis-je que me rallier à l'opinion personnelle qu'a soutenue, devant les récentes assemblées générales de l'A. D. R. M., M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur. Avec lui, je pense qu'il y aurait intérêt à ne laisser subsister qu'un seul diplôme, attestant que le titulaire de ce diplôme a fait ses études médicales complètes et qu'il a satisfait à tous les examens. Ainsi, nous ferions cesser l'interprétation inexacte, donnée dans certains pays étrangers à la valeur du diplôme universitaire, considéré comme inférieur au diplôme d'Etat, à tel point que les détenteurs de ce diplôme universitaire lorsqu'ils retournent dans leur pays, sont considérés comme ne possédant aucune attestation valable des études médicales qu'ils ont faites en France. Supprimons le diplôme universitaire et ne laissons subsister qu'un seul diplôme, celui de *docteur en médecine*, délivré par une Faculté française ; mais exigeons que ce diplôme ne donne pas le droit d'exercer la médecine, droit qui ne pourrait être accordé qu'aux docteurs en médecine remplissant les conditions qu'il appartient à une loi nouvelle de fixer, à savoir la naturalisation et l'ancienneté suffisante et nécessaire de cette naturalisation.

Cette décision ne supprimerait pas seulement l'interprétation péjorative donnée dans certains pays à la valeur du diplôme universitaire. Elle serait, d'autre part, conforme aux statuts établis par certaines législations étrangères. Au Canada, par exemple, un étudiant en médecine qui a obtenu le diplôme de docteur décerné par la Faculté dans laquelle il a fait ses études, ne peut exercer la profession que lorsqu'il a obtenu la licence d'exercice de la médecine, licence délivrée par le *collège des médecins*, sorte de Comité constitué par des représentants des Facultés de la province, du corps des praticiens et des pouvoirs publics ; cette licence n'est valable que pour la province qui la délivre ; la licence d'exercice dans tout le Dominion, c'est-à-dire dans le groupement fédéral de toutes les provinces du Canada ne peut être délivrée que par une assemblée de délégués des collèges de médecins des diverses provinces, assemblées constituant le collège fédéral des médecins. Ces collèges de médecins — des provinces ou du Fédéral, — ont le droit de faire subir aux candidats les examens qu'ils jugent nécessaires ; ils font en outre, une enquête sur leur valeur morale.

J'ai la conviction que nous devons nous orienter en France dans le sens que je viens d'indiquer. Je pense que nous parviendrons ainsi à rétablir un équilibre désirable et tutélaire de la profession médicale.

BIBLIOGRAPHIE

Carlos J. Finlay. Son centenaire (1933). Sa découverte (1881), par le Professeur Fransco DOMINGUEZ. Un volume in-8°, 302 pages, 1 pl. Arnette, éditeur, Paris.

Cet ouvrage est destinée a fixer une fois pour toutes les faits historiques et indiscutables qui entourent la découverte de Finlay.

Les voici brièvement résumés :

Le 18 février 1881, à la Conférence sanitaire internationale de Washington, Finlay, comme délégué de Cuba, et à propos des principes sanitaires employés alors contre la fièvre jaune, prend la parole et déclare : que les méthodes employées jusqu'à ce moment au point de vue sanitaire n'étaient pas d'accord avec les études et travaux qu'il venait de réaliser et desquels il découlait que pour la propagation de cette maladie il fallait :

1° Un cas de fièvre jaune ; 2° La présence d'un sujet apte à la contracter ; 3° La présence d'un agent dont l'existence était complètement indépendante de la maladie et du malade, mais qui était indispensable pour le transport de la maladie du sujet malade au sujet sain.

Dans ces conditions les principes sanitaires employés visaient le premier et le second de ces points mais abandonnaient complètement le troisième qui était justement celui auquel il fallait s'attaquer.

De retour à la Havane et ayant terminé ses expériences, il présenta à l'Académie de médecine de la Havane le travail qui devait l'immortaliser et qu'il avait intitulé « Le moustique hypothétiquement considéré comme l'agent de transmission de la fièvre jaune » et il fixait le « Culex Mosquito » comme étant le seul capable de transmettre la maladie. Aujourd'hui, cinquante-quatre ans après, aucun homme de science n'a pu découvrir un autre moustique capable de transmettre la fièvre jaune.

Finlay accompagnait son mémoire de cinq cas expérimentaux de transmission de la fièvre jaune par le moustique, desquels : un cas indiscutable, deux de forme légère et deux non contrôlés.

Finlay lutta pendant vingt ans pour perfectionner et faire connaître sa théorie ; il publia plus de soixante cinq travaux. Le monde n'était pas préparé pour comprendre sa théorie malgré son extraordinaire simplicité et malgré les terribles épidémies de fièvre jaune qui le ravageaient alors qu'il aurait pu profiter des simples principes sanitaires établis par Finlay.

Nous arrivons ainsi à la fin de 1898, au moment ou se termine la guerre d'indépendance de Cuba, et les Etats-Unis, avec son Corps de santé militaire prend possession du pays et commence l'organisation sanitaire, donnant la préférence aux deux ports importants de Santiago de Cuba et de la Havane où le Docteur Finlay se trouvait.

D'une façon méthodique, se servant de médecins américains et de médecins cubains, le Docteur Gorgas, commandant en chef du département de Santé, commença la campagne contre la fièvre jaune, mais malgré l'insistance quotidienne du Docteur Finlay pour qu'il essayât de mettre en pratique sa méthode culicidienne, le Docteur Gorgas s'obstinait, comme tout le monde, à ne pas croire à la théorie de Finlay. C'est un point très important dans l'histoire de cette grande découverte, car si le Docteur Gorgas avait à ce moment ordonné l'isolement des malades atteints de fièvre jaune et qu'il eût entrepris une campagne contre le moustique, la révélation de la véracité de la théorie de Finlay aurait éclaté et sa gloire n'aurait pas été mise en doute.

Pendant deux ans les préceptes sanitaires ne furent pas changés et plus la Havane devenait propre, plus l'épidémie de fièvre jaune existante augmentait.

Les principes exposés par Finlay à Washington en 1881 trouvaient là une preuve éclatante car le troisième point, l'agent de transmission, le moustique, n'était pas inquiété.

La Commission américaine de fièvre jaune présidée par le commandant Docteur Reed arrive à la Havane et commence ses travaux de contrôle qu'elle devait réaliser sur les maladies infectieuses et principalement sur la fièvre jaune. Elle se réunit pour la première fois le 25 juin 1900 au Campement Colombia et elle se décida de faire porter ses premières expériences sur le bacille ictéroïde de Sanarelli, en ce moment très en vogue, expériences dont les résultats furent complètement négatifs.

Comme on le voit, la Commission américaine ne se préoccupa nullement de Finlay qui était à la Havane et qui était une autorité en fièvre jaune.

Finalement devant les insuccès du contrôle du bacille de Sanarelli et des moyens sanitaires employés, et affolée par l'épidémie de fièvre jaune qui s'aggravait, le Commission daigna avoir un entretien avec le Docteur Finlay qui lui expliqua toute sa théorie ; lui remit tous ses travaux et même les œufs du moustique qu'il considérait comme le seul agent de transmission de la fièvre jaune.

On peut assurer que l'état d'esprit de tous ces professionnels était la complète incrédulité sur la découverte de Finlay.

Après avoir fait examiner les œufs par M. Howard du Département de l'Agriculture de Washington, la Commission commence ses expériences le 11 août 1900, employant les moustiques issus des œufs donnés par le Docteur Finlay et qui servirent pour la première inoculation de onze cas dont la dernière en date du 31 de ce même mois. De ces onze cas, deux furent déclarés positifs.

Il résulte donc que la Commission américaine prend les œufs remis



par Finlay et une fois les moustiques éclos, elle procède au contrôle suivant les conseils de Finlay, elle infecte alors les moustiques et avec eux inocule onze cas dont deux sont déclarés positifs.

La nouvelle répandue, le général Léonard Wood, gouverneur général des Etats-Unis à la Havane et médecin lui-même très compétent, se rendit compte de l'importance extraordinaire de ce contrôle et décida de faire une manifestation publique en l'honneur du grand savant cubain Carlos J. Finlay. Il lui offrit un banquet, on lui remit un bronze et tous les discours lui furent adressés.

Dans son rapport annuel, le général Wood informa son Gouvernement de la façon suivante :

« La confirmation de la doctrine du Docteur Carlos Finlay est le pas le plus grand qui ait été fait en sciences médicales depuis la découverte du vaccin de Jenner.

Le général Wood l'avait dit :

« La découverte de Finlay était un pas extraordinaire dans la science tropicale, elle établissait les principes de la transmission des maladies infectieuses de l'homme malade à l'homme sain par l'intermédiaire des insectes suceurs de sang.

Les conséquences immédiates devaient en découler, et les dispositions furent prises immédiatement pour l'application de la méthode culicidienne dont le résultat fut que sept mois après le commencement de sa mise en pratique la fièvre jaune avait disparu de Cuba et le Monde se sentait soulagé de voir disparaître cette terrible maladie.

Cette transcendentale découverte ne pouvait manquer de réveiller des ambitions, et justement l'œuvre du Professeur Dominguez s'applique à mettre au point tous les faits historiques que nous venons d'énumérer, qui ne peuvent être contestés et qui représentent la revendication définitive du Docteur Carlos J. Finlay dont le premier centenaire vient de s'écouler. Nous avons eu l'honneur de contribuer à Paris d'une façon brillante à cet acte de justice scientifique.

A la fin de son livre, le Professeur Dominguez dédie un chapitre à « l'apothéose de Finlay » avec le compte rendu de toutes les fêtes réalisées à Paris en l'honneur de Finlay, ainsi que l'opinion que sur lui et son œuvre ont été émises par des savants français.

Cet ouvrage sera bien accueilli partout car il est la représentation de l'effort d'un savant et d'un grand patriote qui fait honneur à sa patrie et à la France où il a été écrit et édité, et qui contribuera aux grands échanges entre les Centres scientifiques latin du Monde entier.

Visions rouges, par A. SARTORY et E. BAILLY. Un volume in-16 jésus, orné de nombreuses illustrations in texte et hors texte. Prix : 15 francs Peyronnet, éditeur, 7, rue de Valois, Paris.

Ce livre est le récit d'un voyage accompli par la voie des airs en Russie soviétique, dans les provinces Baltiques et en Pologne.

En écrivant ces lignes, les auteurs n'ont pas eu la prétention de donner à leurs lecteurs une revue d'ensemble sur l'U. R. S. S. mais ils ont tenu seulement à décrire objectivement et en toute impartialité ce que leurs yeux ont vu.

On sent que la visite de cet immense pays de communisme intégral a donné à « ces voyageurs de l'air » de profondes sensations mêlées de grosses impressions qu'ils communiquent au lecteur sur le fonctionnement politique de l'U. R. S. S. ; la gestion communiste, le plan quinquennal, le rôle de l'armée rouge, l'essor du commerce, des transports, de l'aviation, de l'agriculture.

Les auteurs s'étendent longuement sur la question de l'éducation et de l'instruction publique, la protection du travail, les assurances sociales, le problème si angoissant du logement, des syndicats, du salaire, de la monnaie. Certes, ils ne dissimulent pas qu'il existe des mécontents et que le régime a des contractions graves.

La description de Moscou, du Kremlin, du Mausolée de Lénine, du Musée de la Révolution, des Musées et Galeries artistiques ainsi que toutes les beautés de Leningrad, Peterhof, Tsarkoïé Sélo sont parmi les mieux venues de ce livre écrit avec impartialité qui constitue sur le pays russe une des études les plus objectives que nous avons.

L'Examen du Malade. *Guide clinique de l'étudiant et du médecin : médecine, chirurgie, obstétrique, neurologie et spécialités*, par MM. P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, E. LEENHARDT, J. MARGAROT, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL, H. VILLARD. Un vol. de 318 pages, 30 francs, Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre ne constitue pas un ouvrage de séméiologie ni de diagnostic. Ses auteurs ont voulu simplement donner des cadres faciles à retenir, d'abord pour interroger et examiner un malade, ensuite pour rédiger son observation, enfin pour exposer son cas dans une épreuve de scolarité ou de concours.

Ces canevas sont assez souples pour être utilisés dans n'importe quel domaine clinique. Et rien ne sera profitable au futur praticien, comme de rédiger, sur les données réunies dans ce petit guide, l'examen d'un cardiaque, d'un hépatique, d'un néphrétique, d'un anémique, d'un fracturé, d'un pottique, d'un hématurique, etc.

Pour éviter au lecteur de perdre du temps en recherches, un chapitre qui termine ce volume réunit les précautions à prendre dans les prélèvements à envoyer au laboratoire, les indications des différentes analyses et les principales constantes chimiques et biologiques.

Fondé en 1873 N° 19 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 MAI 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 7 mai. M. AUBIN. Panaris de la face dorsale et phlegmons de dos de la main. — M. COLLIEZ. Le drainage perdu du cholédoque. M. VASILIN. Etude du cancer double du sein. — M. MARTIN. Etude de l'anatomie de l'amygdale palatine et des suppurations.

9 mai. — M. BÉCHET. Etude des torsions des franges épiploïques du côlon. — M. GAUDOIN. Traitement des orchiépididymites et prostatites. — M. COUSSINET. Etude de l'albinisme. — M. SALZAC. Antigène méthylique dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose oculaire.

10 mai. — M. PRAT. Suppurations bronchiques curables de l'enfant. — M. GRAUZAIN. Etude physiopathologique et thérapeutique des atrophies vaginales consécutives à la disparition de la fonction ovarienne.

11 mai. — M. MONTOYA. Etude de quelques symptômes de défense de l'organisme. — M. HAÏMOVICI. Sur un cas d'intoxication mortelle par le salicylate de soude. — M. FAVRET. La fièvre ondulante dans l'Aisne, les Ardennes et la Marne.

Conférence sur « Mussolini et la latinité ». — A l'occasion des fêtes franco-italiennes et de l'exposition de l'art italien, sous les auspices des Amitiés de France, du Comité France-Italie, de l'Union Médicale Latine, le Docteur Dartigues fera une conférence sur « *Mussolini et la Latinité* ».

Cette conférence aura lieu le mardi 14 mai, à 21 heures précises, au Cercle militaire, place Saint-Augustin.

Cette conférence sera honorée de la présence de son Excellence Comte Pignatti Morano di Custoza, ambassadeur d'Italie, à Paris.

Participation aux frais : 8 francs et 5 francs.

La location est ouverte au Cercle militaire et au siège de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

Médaille du Professeur Couvelaire. — Les amis et les élèves du Docteur Alexandre Couvelaire ont eu la pensée, à l'occasion de sa vingtième année de professorat à la clinique Baudelocque, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Lavrillier.

Toute souscription de 100 francs français donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, 120 boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

A la mémoire de Paul Ravaut. — Les amis et les élèves de Paul Ravaut, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ont l'intention, pour perpétuer sa mémoire de faire exécuter un médaillon qui sera placé dans le service qu'il a dirigé pendant douze ans.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur d'une somme de 100 francs recevra une réplique du médaillon.

Prière d'adresser la souscription au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Un monument de Pasteur à la Havane. — Le gouvernement cubain inaugurera au mois de juin un buste de Pasteur, à l'occasion du cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique. Ce buste sera placé dans un parc situé en face de l'hôpital des Enfants de la Havane. Le parc prendra le nom de Parc Pasteur.

Prix Etienne Taesch. (*Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve*). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèlent.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1935, le Prix Etienne Taesch sera, comme pour les années précédentes, de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1935, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 34, boulevard des Invalides, Paris, (VIIe).

Clinique médicale propédeutique. (Professeur : M. Emile SERGENT, Hôpital Broussais, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales* du mardi 11 juin au samedi 15 juin 1935 inclus par MM. SERGENT, BAUMGARTNER, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, Marc ISELIN, MIGNOT, Robert MONOD, POUMEAU-DELILLE, ROUGET. — Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Mardi 11 juin, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Bases fondamentales de la classification, du diagnostic et du traitement. — 14 h. 1/2,

M. le Docteur DURAND : Anatomie pathologique et bactériologie. — 17 heures, M. le Docteur BORDET : Suppurations bronchiques.

Mercredi 12 juin, 9 heures, M. le Docteur POUMEAU-DELILLE : Le radio-diagnostic par le lipiodol. — 14 h. 1/2, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès simples du poumon. — 17 heures, M. le Docteur MIGNOT : Abcès putrides du poumon et gangrène pulmonaire.

Jeudi 13 juin, 9 heures, M. le Docteur MIGNOT : Suppurations pleurales. — 16 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Suppurations associées (bronchiques, pulmonaires, pleurales). — 17 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Suppurations associées (*suite*). (Suppuration et cancer. Suppuration et tuberculose).

Vendredi 14 juin, 9 heures, M. le Docteur BORDET : Traitement médical. — 14 h. 1/2, M. le Docteur ROUGET : Bronchoscopie et bronchoscothérapie. — 16 h. 1/2, M. le Docteur BAUMGARTNER : Traitement chirurgical.

Samedi 15 juin, 9 heures, M. le Docteur Robert MONOD : La lobectomie. — 14 h. 1/2, M. le Docteur ISELIN : Traitement des pleurésies purulentes. — 17 heures, M. le Professeur SERGENT : Conclusions générales.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins (démonstrations cliniques), et tous les après-midi (techniques de laboratoire).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 11 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

Société française d'orthopédie. — *Journées orthopédiques de Bordeaux* (7 et 8 juin 1935). — Le programme des « Journées orthopédiques » de Bordeaux, organisées les 7 et 8 juin prochain, par M. le Professeur H.-L. ROCHER, vice-président de la Société française d'orthopédie, est définitivement arrêté comme suit :

Vendredi 7 juin, 9 h. 30 : Réunion générale à l'hôpital des Enfants, 68, cours de l'Argonne dans le Service de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (permanence dans le service) ; visite de l'hôpital des Enfants ; présentation de malades et de documents ; séance opératoire (Professeur H. L. Rocher), Professeur agrégé LOUBAT, Docteurs PAPIN, LASSERRE et GUÉRIN. — 14 heures : Amphithéâtre des nouvelles cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-André, 3, rue Jean-Burguet ; séance d'ouverture, sous la présidence effective de M. le Préfet de la Gironde ; Présentation de travaux de malades, de documents concernant l'orthopédie non sanglante. — 17 heures : Visite collective : 1° l'école des mutilés : 2° hôpital-maison de santé de Bagatelle ; 3° sanatorium du Haut-Lévêque ; 1° hôpital suburbain du Bouscat. — 21 heures : Réception offerte par le Professeur et Mme H.-L. Rocher.

Samedi 8 juin, 8 h. 30 : Réunion générale à l'hôpital Saint-André, visite des nouvelles cliniques chirurgicales (Professeurs Bégouin et Guyot) ; Démonstrations opératoires concernant la chirurgie orthopédique de l'adulte et la traumatologie, par MM. les Professeurs H. L. ROCHER, BÉGOUIN, F. PAPIN, JEANNENEY, les Docteurs CHARBONNEL, MASSE, LEFÈVRE, PARCELLIER, CHENUT, CHAVRIER, RABÈRE, MAGENDIE, DUBOURG.
11 h. 30 : Amphithéâtre des cliniques chirurgicales. Séance de travail consacrée à l'orthopédie sanglante et à la traumatologie.

Clôture des journées : 17 heures (conjointement avec les dames), visite de la Ville, du vieux Bordeaux, des musées, des monuments, sous la direction de M. le Professeur COURTEAULT, professeur à la Faculté des lettres.

Des excursions sont prévues pour le dimanche et le lundi de la Pentecôte à Arcachon, dans le Sauternais et le Saint-Emilionnais, à Hossegor. Réduction de prix sur les chemins de fer français (50 %). Demande à effectuer avant le 15 mai. Secrétaire de Journée : Docteur Pouyanne, 103, rue Saint-Genès, Bordeaux.

Ligue française contre le rhumatisme. — La prochaine réunion clinique de la Ligue contre le rhumatisme aura lieu le samedi 11 mai, à 10 heures, dans le service de M. le Docteur Crouzon, à la Salpêtrière. La séance se tiendra dans la grande salle de la consultation du Perron (service de M. le Docteur Crouzon).

Sujet de la séance : Les ostéo-arthropathies vertébrales.

Outre les malades de la Salpêtrière qui seront présentés, tous les cas pouvant se rapporter au sujet de la séance seront particulièrement bien venus. Les membres de la Ligue sont donc invités à amener les malades et à apporter les documents se rapportant au sujet en discussion.

Société médicale de l'Opéra. — La séance solennelle du Centenaire de la Société médicale de l'Opéra (9e arrondissement) aura lieu le 9 mai 1935, à 21 heures précises, dans la grande salle de la Mairie de la rue Drouot.

Au cours de cette séance doit être exposé et adopté un programme complet de défense du Corps médical.

Un banquet suivi de distractions artistiques, avec buffet, aura lieu à la salle Hoche, 9, avenue Hoche, le samedi 11 mai à 20 heures. Le prix en sera d'environ 50 francs. Les dames sont admises. Envoyer les adhésions au Docteur Max Le Clerc, 61, faubourg Montmartre. Téléphone : Trudaine 15-83.

Nécrologie. — Docteur Marie COULANGE, de Marseille. Docteur Charles DUPONT, d'Yzernay (Maine-et-Loire). — Docteur Paul GILLES, de Nîmes. — Docteur HUOT, de Dijon. — Docteur LE ROUX, de Tréguier. — Docteur Joseph MARTY, de Fleury (Aude). — Docteur WETTERWALD, de Paris. — Docteur J. MARCOVICH, du Caire, directeur de la *Presse Médicale* d'Egypte.

BIBLIOGRAPHIE

LES TEXTES FRANÇAIS (Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé). **Histoire de Gil Blas de Santillane**, par Alain-René LESAGE, avec une introduction, des notes et les variantes. Texte établi et présenté par A. Dupouy, Deux volumes in-8 écu de XXXII-476 pages et 479 pages. Les deux volumes : 60 francs. Edition des Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

C'est à ce roman conçu dans un cadre espagnol, mais français par la composition, les idées et le style, que Lesage doit le meilleur de sa gloire.

Cette édition qui restitue le texte de 1747 peut être considérée comme définitive. Indispensable à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution des idées au XVIIIe siècle, elle est précédée d'une introduction où ont été étudiés tous les problèmes soulevés par la publication de cette œuvre et en particulier les polémiques de Voltaire.

COLLECTION « LE MONDE ROMAIN » : **Fréjus**. *Le port militaire du forum julii* (avec 31 planches hors textes), par le Docteur DONNADIEU, conservateur du Musée de Fréjus, 10 francs, Edition des Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Fréjus a été le grand port militaire de Rome en Gaule. Grâce à ses ruines encore debout, elle garde le souvenir vivant de son activité navale dans l'antiquité.

Le Docteur Donnadieu, dont les campagnes de fouilles pratiquées à Fréjus sont célèbres et dont les travaux archéologiques font autorité dans le monde savant, a réussi dans ce volume à ranimer ce passé lointain d'histoire romaine.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 4 fr. 50 ; abonnement : France : un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 avril 1935 : Ch. Lalo : L'Art et l'Action (I) : Croyants et intellectuels. — R. Latouche : L'acte écrit en France au Moyen-Age (I) : Introduction. — M. Gorce : L'activité constructice de l'esprit chez Saint-Thomas. — J. Segond : La signification de la tragédie (II) : L'action dramatique. — H. Hauser : Idées et politiques économiques du Cardinal de Richelieu (VII) : Encore le commerce du Levant. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (VI) : Deux « abbés » découvrent quelques réalités anglaises. — P. Lachièze-Rey : Le Moi, le Monde et Dieu (V) : Le problème de la destinée et le panthéisme.

Les Auberges de France. Le volume 20 francs dans les grandes librairies et au siège du Club, 42, rue de Trévise, Paris (9e).

De nos jours, l'aristocratie du ventre devrait avoir pour blason une roue d'auto traversée d'une fourchette. C'est à cette aristocratie que le Club des Sans-Club semble destiner ses remarquables reportages qui viennent de paraître. Plus que les années précédentes, on y trouve des recoins insoupçonnés et d'agréables surprises : gratuité du garage généralisée, un repas spécial pour le soir allant de 6 à 12 francs dans les étapes de 40 départements proches de Paris.

Ces gracieusetés consenties par les hôteliers et qui s'ajoutent à une documentation étonnante prouvent la force de la discipline au service d'un but social. On sait, en effet, que ce Club, qui contribue au perfectionnement hôtelier, fait collaborer à son œuvre tous ceux qui roulent avec *Les Auberges de France*. Le prix du livre, tient lieu de cotisation et, sa couverture, de carte d'adhérent. Donc, nulle humiliation. Les Reportages une fois déposés sur la nappe, l'on cesse d'être un touriste anonyme.

Politique ingénieuse qui permet au Club (42, rue de Trévise, Paris) de surveiller d'une façon permanente la marche de ses étapes et de réserver ainsi, sur la route, des heures joyeuses à ses membres.



TRAVAUX ORIGINAUX

L'angine de poitrine et ses relations avec les syndromes angiospastiques

Par Ch. ROSENRAUCH

Ancien interne de l'Hôpital Paul Brousse

« La ressemblance anatomique et clinique est considérable entre les crises douloureuses d'effort, les crises douloureuses nocturnes et les douleurs liées à la nécrose par ischémie, tant dans l'angor cardio-artériel que dans la claudication intermittente par artérite des membres inférieurs. »

Telles sont les conclusions de M. Lian, à propos de la conception générale sur l'angine de poitrine.

En dehors de cette ressemblance frappante, l'on observe, très fréquemment, la coexistence réelle de ces deux syndromes spasmodiques et la littérature médicale en présente de nombreuses observations.

L'angine de poitrine peut, en outre, s'accompagner d'autre syndromes spasmodiques qui se passent au niveau d'un territoire vasculaire périphérique, soit dans l'intervalle, soit au cours des crises angineuses.

Ces associations sont :

1° Angor et artérite ;
2° Angor et maladie de Raynaud ;
3° Angor dit vasomoteur ;
4° Angor et paralysie transitoire ;
5° Angor et amaurose ;
6° Angor et épilepsie.

Tous ces faits démontrent nettement le rôle important, sinon prépondérant, du spasme au cours de l'angor et l'on doit admettre que c'est le spasme coronarien qui commande à l'angor, comme il commande aux autres manifestations concomitantes observées.

Le spasme coronarien transitoire a pour conséquence une insuffisance de l'apport sanguin au niveau du muscle cardiaque et cette ischémie est responsable de la crampe douloureuse. Les expériences de Dietrich et Schwiegk ont démontré d'une façon incontestable que la douleur angineuse provient d'une ischémie du cœur.

L'intervention de l'élément vasomoteur explique maintes curiosités des crises angineuses : capriciosité des crises, crises pouvant être causées par l'émotion, inconstance des causes, inconstance et variabilité des lésions, irrégularité des réactions chez les individus, etc...

L'angor ergotaminique (Labbé et collaborateurs) vient également à l'appui de la théorie spasmogène de l'angine de poitrine. L'emploi de l'adrénaline déclenche régulièrement des accès d'angor chez des malades angineux (Levine, Ernstena et Jacobson), ce qui prouve que les crises sont dues à un spasme coronarien.

Un des arguments les plus intéressants qu'on invoque en faveur du spasme des coronaires est la cessation de la crise angineuse sous l'influence des agents vasodilatateurs (en particulier le nitrite d'amyle).

On peut, en dernier lieu, invoquer les crises angineuses survenues à la suite d'un traumatisme électrique. Hullstrung, après en avoir décrit trois cas, admet que le courant électrique peut être la cause d'irritation du système vasculaire du cœur et déterminer ainsi un spasme des coronaires.

D'après Lian, la coronarite sténosante se rencontre avec une fréquence considérable dans les angor cardio-artériels. Mais le rôle de la coronarite n'est pas exclusif dans la production de l'angor, étant donné que le syndrome peut se produire sans que l'on constate de lésions au niveau des artères nourricières du cœur. C'est dans ces cas qu'on doit évoquer le spasme seul, provoquant les crises douloureuses (Galli, etc...)

N'observe-t-on pas, dans la maladie de Raynaud, des réactions vasoconstrictrices dans les cas où l'exploration du système artériel ne révèle que des altérations nulles ou discutables ? (Gallavardin). Des troubles analogues peuvent parfaitement se produire au niveau du département coronaire ; il y a, dans ce cas, angiospasme coronaire sans aucune lésion artérielle.

Chez les malades atteints de coronarite c'est encore le spasme qui est nécessaire pour produire la crise douloureuse.

L'origine des vaso-moteurs coronariens est très discutée en physiologie cardiovasculaire. Certains physiologistes soutiennent que ces vaso-constricteurs proviennent du pneumogastrique et non pas du sympathique, comme cela se passe dans les autres domaines vasculaires. D'autres physiologistes, avec François Franck, Leriche, Fontaine, Kunlin ne pensent pas qu'il s'agisse d'une dérogation aux lois de l'innervation vasomotrice. Les récentes expériences de Leriche et ses collaborateurs prouvent nettement que les vasomoteurs coronariens sont bien d'origine sympathique. L'association des syndromes d'artériospasme concomitants vient également à l'appui de cette thèse et l'on peut conclure que l'angine de poitrine est régie par un spasme des artères coronaires, provoqué par les vasoconstricteurs d'origine sympathique, spasme qui, dans certaines conditions, peut s'étendre à d'autres territoires vasculaires.

Nous allons étudier successivement chacun des syndromes associés à l'angor.

Angor et claudication intermittente

Les cas d'angor, au cours desquels on a pu relever une claudication des membres concomitante, sont très nombreux dans la littérature. Le premier cas, cité dans la littérature récente est celui de P. Weber (1917). Mais nous avons pu nous rendre compte que de nombreux auteurs ont signalé la coïncidence des deux syndromes bien avant 1917.

C'est ainsi qu'en 1893, Barbier écrit dans « le Manuel de Médecine » : « Au niveau du cœur il se produit une sorte de crampe douloureuse, comparable à la claudication des membres qui, d'ailleurs, peut se rencontrer associée à l'angine de poitrine chez certains malades. »

Marinesco étudiant les angiomyopathies en 1896, décrit le cas d'un homme de 59 ans qui, après avoir présenté quelques crises d'angine de poitrine, fut atteint de claudication intermittente à droite. Et l'auteur conclut : « la claudication intermittente n'est qu'une suite de la claudication du cœur. »

Erb qui a fait un travail remarquable sur « la dysbasie angiosclérotique (claudication intermittente), décrit quatre cas du syndrome en question, mais ne voit, dans cette association, qu'une simple coïncidence.

En 1906, Renon observe un malade, grand fumeur et atteint de claudication qui présente, au bout de trois ans, une crise angineuse mortelle.

Deux ans plus tard, Curschmann publie un autre cas d'association d'angor et de claudication intermittente. C'est dans la même année que Pal discute l'apparition simultanée des troubles dans les vaisseaux du cœur et ceux de la périphérie. Sans citer d'observation il écrit : « J'ai observé plusieurs cas de ce genre chez des individus qui avaient, en même temps, des crises vasculaires des extrémités et des crises thoraciques ».

Dans un traité sur les maladies du cœur, Schlesinger écrit en 1914 que l'angor et la claudication sont fréquemment associés. Il a constaté cette association cinq fois sur 17 cas.

Le malade de P. Weber, atteint de claudication depuis 1904

succombe, 13 ans après, à une grave atteinte d'angine de poitrine.

Heitz signale cette coïncidence chez six malades.

Cawadias, décrivant trois cas de cette association, s'étonne de ne pas en avoir trouvé dans la littérature.

Barré et Duverger publient en 1923 un cas d'angor, compliqué d'amaurose et de claudication qui, d'ailleurs, n'apparait pas toujours après un effort.

En 1924, Heitz consacre une étude très complète à cette forme clinique, à propos de 12 cas personnels.

L'observation de Shinkle est particulièrement intéressante : il s'agit d'un syndrome polyartéritique constitué par de l'angor, de l'artérite des membres inférieurs et de la maladie de Raynaud. Abrami, Brulé et Heitz décrivent un autre cas d'angor et d'artérite associés chez une myxœdémateuse (1925). Au Congrès de médecine de Nancy (1927) Gallavardin pense que la coïncidence des deux syndromes n'est pas exceptionnelle et mentionne trois cas observés.

Nous avons ensuite les publications de Heitz (1928) et de Dumas (1931).

Giroux et Gomez publient une étude très intéressante sur la perméabilité artérielle, à propos de six cas et décrivent quelques formes cliniques.

La même année, Lauda publie une observation d'angor chez un claudicant, angor survenu après une injection d'insuline.

Lian a constaté cette association chez 15 malades et il décrit à ce propos : « Il est bon d'ajouter que l'exploration des artères des membres inférieurs n'a été faite de parti pris, et n'a été pratiquée que chez des malades se plaignant de troubles douloureux des membres pendant la marche. »

Citons encore les observations de Barrieu (4 cas), Deschamps (2 cas), de Ledoux et Jacquet, de Rosenrauch et de Lian et ses collaborateurs (2 cas), Pickering et Wayne.

Etiologie

L'association de deux syndromes est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Dans les 12 observations de Heitz, 11 malades sont du sexe masculin. Giroux et Gomez ont observé cinq hommes sur six malades. Chez les autres auteurs il s'agit d'hommes dans la plupart des cas. Nos observations comprennent quatre hommes et deux femmes.

L'âge est celui de l'artérite en général, c'est-à-dire la cinquantaine.

On ne peut que rarement invoquer la syphilis ; il en est de même pour le tabagisme.

La race ne joue aucun rôle, de même le diabète.

Quant à l'hérédité, il faut retenir que Heitz, ainsi que Giroux et Gomez ont observé des associations chez des malades appartenant à des familles d'angineux ou d'artériels.

Le mode d'apparition de ce syndrome est variable. Tantôt c'est l'angor qui ouvre la scène, tantôt c'est la claudication qui précède les crises angineuses.

Angor primitif et claudication secondaire

Cinq de nos cas rentrent dans cette catégorie.

Les crises angineuses ne diffèrent en rien des crises ordinaires et présentent les mêmes caractères de douleur rétrosternale, d'irradiation et d'angoisse après l'effort.

La claudication peut faire son apparition soit peu de temps, soit longtemps après le début de l'angor. Le délai peut varier entre plusieurs mois et plusieurs années (12 ans, Heitz ; 10 ans, cas personnel).

Les deux phénomènes se présentent soit d'une façon alternative, soit isolés pendant quelque temps, soit d'une manière simultanée.

Souvent les crises angineuses s'espacent, s'atténuent, voire disparaissent pour faire place à la claudication.

Artérite primitive et angor secondaire

L'artérite des membres peut être le syndrome apparu en premier lieu. Les malades ressentent des douleurs intolérables à la marche qui les obligent de s'arrêter. Une amélioration se produit aussitôt.

L'angor peut apparaître quelques mois à quelques semaines après la claudication. Le délai en est variable : P. Weber a vu apparaître l'angor 13 ans après l'artérite.

Les deux syndromes peuvent coexister, soit alterner.

Latence d'un des deux syndromes

Il n'est pas rare d'observer l'un des deux syndromes exister à l'état latent. Il est inutile d'insister sur l'importance du diagnostic précoce.

Angor manifeste et artérite latente

Il y a beaucoup d'angineux, chez qui on peut constater, au cours d'un examen oscillométrique, un abaissement considérable des oscillations, sans qu'il y ait claudication qui, à la rigueur, pourra s'installer plus tard.

Giroux et Gomez citent deux cas particulièrement édifiants: Des malades angineux, ayant les oscillations abolies, présentent, quelques mois après l'examen, une claudication intermittente typique.

Nous avons pu découvrir deux cas d'abolition oscillométrique chez des angineux.

On voit donc l'intérêt qu'il y a d'examiner tous les malades atteints d'angine de poitrine au point de vue de leur perméabilité artérielle, avant que la claudication intermittente ne se constitue cliniquement.

Artérite manifeste et angor latent

Giroux et Gomez ont décrit une autre forme clinique. Dans certains cas de claudication intermittente, l'on peut déceler des modifications de l'aorte qui doivent éveiller l'idée « si non d'angor, tout au moins d'aortite évoluant de pair avec les troubles périphériques ». L'augmentation de l'opacité aortique acquiert, dans ces cas, une importance capitale. Gomez et Rodrigue ont rapporté les cas d'un malade artéritique qui présentait, à la radio, une augmentation marquée de la densité aortique. Quatre ans après, le malade eut des crises angineuses.

« Ainsi donc, l'examen clinique et radioscopique de l'aorte pratiqué d'une façon précoce chez les sujets présentant de la claudication, s'il n'indique pas, à coup sûr, l'existence dans l'avenir, de crises d'angor, peut révéler une aortite en évolution, constatation importante au point de vue thérapeutique. »

Observations

M. Sc., 52 ans. Le malade a présenté, il y a cinq ans, des crises d'angor typiques. Elles ont duré pendant deux ans, puis ont complètement disparu. Un an après, le malade a ressenti des douleurs au niveau des jambes après la marche et présente depuis ce temps des crises de claudication intermittente. La claudication a toujours été plus forte du côté droit. Hypotension marquée (10-6).

Les oscillations (au Pachon) sont complètement inexistantes à la jambe droite, jusqu'à mi-hauteur. A gauche, la jambe est moins atteinte. Oscillation 1,4.

M. Au..., 58 ans. Depuis plusieurs années, le malade est atteint d'aortite et d'hypertension (jusqu'à 22 Mx). Des douleurs à type d'angor ont apparu il y a un an. C'est après une marche prolongée que le malade ressent des douleurs violentes avec de l'angoisse qui l'obligent de s'arrêter immédiatement. Il y a, en outre, des ébauches de crises après les repas et parfois même après un effort minime. Le malade présente, en plus, une légère atteinte artérielle à gauche, sans beaucoup de signes fonctionnels. Il n'y a jamais eu de vraie claudication. Les oscillations au niveau des membres sont de 2 et de 0,7 au Pachon.

M. Ch..., 51 ans. Le malade a présenté, en 1923, une première crise d'angine de poitrine. Depuis quelques années, il souffre très fréquemment, surtout après un effort.

En dehors de ce syndrome, il présente de la claudication intermittente depuis 1931. Oscillation : 0,9 à droite et 1,5 à gauche.

Au cœur : souffle systolique au niveau du foyer aortique. Les réflexes oculaires sont paresseux. Légère inégalité pupillaire.

M. Du..., 55 ans. Il s'agit d'un gros malade éthylique et syphiliti-

que (B. W. fortement positif) qui présente, depuis quatre ou cinq ans, des crises fréquentes d'angor d'effort et une claudication intermittente très accusée. En 1929 les oscillations des deux jambes, ainsi que du bras droit, étaient complètement abolies. Les crises angineuses se reproduisent très souvent et la claudication s'installe à la suite d'une marche de 300 mètres environ.

Cœur : gros souffle systolique au foyer aortique. T. A. 16-10. Les réflexes sont normaux. Les oscillations sont très faibles au niveau des jambes : 0,5 des deux côtés.

Mme Sp..., 56 ans. La malade, hypertendue depuis sept ans environ, a présenté de la claudication il y a un an et demi. Cette claudication s'installait au bout de quelques mètres de marche. Depuis six mois, la claudication s'est améliorée, mais il y a eu apparition de douleurs à type angineux. La malade ressentait, après une fatigue ou bien après une émotion, des douleurs et une sorte d'étranglement au niveau du cœur, s'irradiant dans le bras gauche.

Actuellement la claudication est assez atténuée. Il n'y a qu'une petite douleur après une marche assez longue en terrain montant. Les douleurs angineuses persistent telles qu'elles étaient au début de leur apparition. T. A. 23-12.

Oscillations des jambes 1,5 à droite et 2 à gauche.

Mme Go..., 56 ans. Griffe sternale et angoisse invincible, survenant à tous moments à l'occasion d'un effort ou d'une contrariété.

En 1922 la malade a présenté ses premières crises angineuses, crises tellement violentes qu'elles aboutissaient parfois à des syncopes. Après les repas, elle ressentait souvent des tiraillements thoraciques pénibles. La radio montre une dilatation stomacale considérable avec une très volumineuse poche d'air. De 1926 jusqu'en 1933 elle présente un nombre assez élevé de crises.

La malade ressent, en outre, depuis quelque temps, une légère douleur dans la jambe gauche pendant la marche. Les oscillations des deux jambes donnent le résultat suivant : oscillations normales à droite, très diminuées à gauche (0,5 au Pachon) T. A. 18.11. L'auscultation du cœur est normale.

Angor et Maladie de Raynaud

L'association entre l'angine de poitrine et la maladie de Raynaud a également été signalée très souvent dans la littérature médicale.

Duroziez (1884) soutient que l'angor touche souvent de près à l'asphyxie des extrémités et ajoute : « Une sœur de M. Raynaud est morte de gangrène des extrémités et M. Raynaud succomba à la suite d'une attaque d'angor. N'y a-t-il pas là une singulière coïncidence ? » Duroziez pense que les troubles artériels de l'angor et de la maladie de Raynaud sont similaires et relèvent de l'exagération du pouvoir excito-moteur des parties grises de la moëlle qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vasomotrice de l'organisme. L'auteur renouvelle son affirmation en 1891 dans son « Traité des maladies du cœur », mais n'en observe aucun cas clinique.

La première observation que nous ayons pu trouver est celle de Mourson qui décrit, en 1880, un cas d'asphyxie des extrémités chez un homme sujet à des attaques d'angor.

Baraban et Etienne (1889) observent une gangrène symétrique des extrémités, compliquée d'un angor mortel. A l'autopsie ils constatent une endartérite des coronaires. Dans l'observation de Cleeman (1892), il s'agit d'un homme, atteint de maladie de Raynaud depuis 6 ans, qui présente une crise très forte d'angine de poitrine, avec irradiation dans les deux bras. On le trouve mort dans son lit huit jours après.

Worton (1892) observe une femme de 54 ans qui présente vingt minutes après les attaques d'angor, une pâleur cireuse avec anesthésie au niveau du médius gauche. Il s'agit d'une maladie de Raynaud compliquant régulièrement les crises angineuses.

Monro (1899), dans son traité sur la maladie de Raynaud, mentionne un cas d'association avec l'angor. Salvini publie, en 1907, le cas d'un homme de 70 ans qui, après avoir présenté quelques crises angineuses d'effort, fut atteint, deux ans après, d'une gangrène symétrique des extrémités, à la suite d'une crise angineuse particulièrement forte. Une amélioration notable se produisit au bout de trois mois, à la suite d'un traitement local. Pendant ces trois mois, le malade a eu plusieurs crises angineuses légères. Les lendemains, les altérations trophiques au niveau des mains étaient plus accentuées.

Bret et Chalier, étudiant les cardiopathies au cours de la maladie de Raynaud, décrivent le cas d'un malade qui, à l'autopsie présenta une oblitération de la coronaire antérieure et un infarctus du myocarde en dehors de la gangrène symétrique.

Charmaison décrit dans sa thèse (1914) un malade qui présente de l'angor d'effort vingt-huit ans après le début d'une gangrène symétrique.

Dans l'observation de Schott (1915) il s'agit d'une association des deux syndromes, à la suite d'une intoxication au nitrotoluène.

Bard (1920), à propos d'un cas personnel, consacre un article à ce sujet et en discute la pathogénie. Il y a, dans son cas, des spasmes de l'artère rétinienne surajoutés.

Shinkle (1924), a également observé un syndrome polyartéritique complexe, constitué par de l'angor, la maladie de Raynaud et des spasmes des artères rétiniennes et des artères des membres inférieurs.

Gallavardin s'occupe de la question lors du Congrès de médecine de Nancy (1925). Il en relève trois cas et insiste sur la parenté étroite qui existe entre les deux syndromes. « L'examen attentif des malades montre les relations étroites saisissantes entre la maladie de Raynaud et l'angor d'effort. Seulement, dans l'angor, c'est dans le cœur que les malades réalisent leur syndrome de Raynaud ».

Dans l'observation n° 5 de la thèse remarquable d'Isaac-Georges, il s'agit d'un angor compliqué d'un syndrome de Raynaud au niveau du membre supérieur droit.

L'association des deux syndromes est donc fréquente. En analysant les cas publiés, l'on peut constater qu'il s'agit presque exclusivement de malades du sexe masculin. La maladie de Raynaud est le plus souvent, la première manifestation. Dans le cas de Charmaison elle a paru vingt-huit ans avant l'angor.

Les deux syndromes peuvent coexister simultanément. C'est le cas de Salvini où l'angor a une influence manifeste sur l'évolution de la gangrène symétrique.

Dans le cas de Worton, le syndrome de Raynaud survient régulièrement quelque temps après la crise angineuse.

Deux théories s'affrontent en matière de pathogénie de la maladie de Raynaud : 1° la théorie nerveuse, qui soutient l'intégrité anatomique du système artériel et attribue les troubles observés à des phénomènes fonctionnels résultant d'une perturbation sympathique ; 2° la théorie vasculaire qui est plutôt sympathico-vasculaire. Elle invoque l'existence de perturbations sympatiques qui seule sont capables d'expliquer l'allure paroxystique du syndrome. Elle adjoint, à titre de causes déterminantes et localisatrices, des lésions vasculaires.

Quelle que soit l'opinion que l'on accepte sur la pathogénie du syndrome de Raynaud, il n'est pas douteux que la crise relève du réseau sympathique périvasculaire. Le spasme résulte donc d'une perturbation du système sympathique. Leriche et Fontaine ont soutenu que, dans beaucoup de cas, le syndrome de Raynaud ne révélait ni d'une artériolite, ni d'une artérite et qu'un simple spasme pouvait être la cause des troubles, allant même jusqu'à la gangrène.

Ce qui a frappé les auteurs, c'était l'absence de toutes lésions coronariennes dans un cinquième des cas d'angine de poitrine.

C'est dans ces cas que l'on pourrait invoquer l'artério-spasme pur comme il en existe dans la maladie de Raynaud.

L'Angor vaso-moteur

L'angor vaso-moteur ou syndrome de Nothnagel est une entité clinique qui se caractérise par un accès angineux, s'accompagnant de troubles vaso-moteurs très intenses au niveau des extrémités.

C'est l'auteur autrichien Nothnagel qui, en 1867, a décrit ce syndrome, à propos de quatre cas observés. Les malades ont des accès typiques d'angine de poitrine qui s'accompagnent de sensations de froid au niveau des extrémités, de pâleur de la peau, de fourmillement, etc....

Eulenburg (1868) observe le même syndrome qui se ter-

mine par de la rougeur et de la chaleur des extrémités. Eulenberg et Guttmann en reprennent l'étude en 1865. Cordes (1874) en voit un autre cas chez une femme de 31 ans. Le cas de Thurn (1875) est compliqué de syncopes et d'épilepsie. Les observations se multiplient ensuite : Rosenthal (1878), Mendelsohn (1882), Grasset (1882). Dans le cas de Bamberger (1888), il s'agit d'un syndrome spasmodique étendu : angor vaso-moteur et perte subite de la vision qui revient au bout de quelques heures. L'auteur invoque, avec juste raison, un spasme vasculaire généralisé. Huchard a également signalé des formes d'angor avec prédominance insolite des manifestations vasomotrices.

Citons ensuite les publications de Neusser, de Schrötter, de Herz (1902), de Curschmann (1906). Ce dernier auteur a observé cinq cas, dont quelques-uns compliqués d'amaurose.

Gilbert et Descomps (1912) attirent l'attention sur une forme d'angor vasomoteur, s'accompagnant d'érythèmes étendus vers la fin de l'accès. Ils l'appellent « érythème critique de l'angine de poitrine ». C'est une rougeur diffuse qui envahit brusquement et simultanément la face, les régions cervicales, les épaules et les parties hautes du thorax, tant en avant qu'en arrière. Sur cette rougeur initiale discrète apparaissent bientôt de petites taches rubéoliformes, d'un rouge vif. L'apparition de l'érythème est le signal précis de la fin de l'accès angineux. Le début peut être marqué par une pâleur extrême et des sueurs froides.

Les auteurs remarquent la similitude qui existe entre l'érythème critique et celui que déterminent les inhalations de nitrite d'amyle.

Vaquez cite, dans son traité (1921), le cas d'un jeune malade angineux, dont les accès s'accompagnent de rougeurs diverses de la face et de la poitrine.

Le syndrome décrit par Guillaume, à propos de 19 cas, et publié *in extenso* dans la thèse de son élève Candeli (1926), semble également entrer dans ce chapitre. Il s'agit de malades présentant des douleurs angineuses accompagnées d'angoisse, de troubles circulatoires des extrémités (spasmes des artères des membres, extrémités froides, pouls difficile à percevoir, oscillogramme réduit, circulation capillaire réduite), et des troubles endocriniens (menstruels).

Mackenzie mentionne également la possibilité de troubles vasomoteurs intenses chez certains malades angineux.

Les angors vasomoteurs ont été étudiés récemment par Frisch (1928), Curschmann (1931), Edens 7 cas (1932), ainsi que Portocalis et Flora. Ces deux derniers auteurs décrivent le cas d'un homme de 40 ans qui présente pendant la crise d'angor, un érythème intense de la partie supérieure du corps. En même temps le pouls monte à 110 et la tension artérielle s'élève à 19-11,5 (tension normale 15,9).

L'angor vaso-moteur est donc un syndrome fréquemment rencontré en clinique. Avant la crise angineuse il y a prédominance insolite de manifestations vaso-motrices, avec sensation de refroidissement général, avec pieds et mains glacées ; parfois fourmillement des extrémités digitales et impression de doigts morts ; plus rarement, pâleur ou congestion de la face. Cet orage vaso-moteur s'amplifie après l'apparition de la douleur angineuse. A la fin de la crise il y a congestion de la face et de la partie antérieure du cou et du thorax.

L'angor vasomoteur est la manifestation clinique d'un artériospasme coronarien qui s'étend au niveau des vaisseaux de la partie supérieure du corps. La vasoconstriction initiale est bientôt suivie d'une vasodilatation réflexe, ce qui explique la congestion intense vers la fin de la crise angineuse.

Observation

M. V..., 52 ans. Le malade présente des crises d'angor survenant après les repas. Il y a cinq environ, le malade, jusque-là bien portant a été pris brusquement, au sortir d'un concert, d'une crise violente d'angor. Cette crise a duré assez longtemps et ne s'est calmée que petit à petit. Depuis cette époque, les crises augmentèrent de fréquence. Un quart d'heure après le repas, le malade ressent une sorte de gêne rétrosternale, une légère angoisse et au bout de quelques instants, une douleur ténébrante précordiale qui s'irradie dans le bras gauche. La durée de la crise est de vingt minutes environ. Vers la fin de la crise, le malade présente une vaso-dilatation intense de la partie supérieure du corps. On voit apparaître sur la figure, le cou et la partie antérieure du thorax, une rougeur diffuse et d'abord discrète. Sur cette rougeur initiale se dessinent petit à petit des taches plus accentuées d'un rouge éclatant. Ces phénomènes sont moins apparents à la figure, mais surtout visibles au niveau de la face antérieure du cou et de la poitrine. Le contour des taches écarlates est très régulier. La pression du doigt n'a aucune influence sur la rougeur qui se reforme, à peine le doigt levé. Cette rougeur persiste quelque temps après la cessation de la crise.

Examen : Cœur normal, pouls régulier, tension artérielle 14,5-8. Pendant la crise on entend des bruits précipités du cœur.

Angor, paralysie transitoire et aphasie

Nombreuses sont les observations d'angors au cours desquels on a pu constater des paralysies transitoires ou de l'aphasie.

Le spasme coronarien, s'étendant au niveau des artères du cerveau, donne lieu à des éclipses cérébrales (Donzelot).

Bendel publie en 1870, une observation où il s'agit d'un angor compliqué d'aphasie brusque, suivie de guérison au bout d'un temps très court.

Huchard signale des cas d'angor précédés d'hémiplégie et d'aphasie.

En 1882, Workmann observe un homme présentant des crises d'angor compliquées d'aphasie transitoire. A l'autopsie l'on constate un léger athérome des artères coronaires et une atteinte athéromateuse accentuée des artères de la base du cerveau. Dans le cas de Bamberger (1888) il s'agit d'un angor vaso-moteur, compliqué de paralysie du bras droit, de troubles de la parole et de perte de la vision, durant quelques heures.

Zannini (1905) observe des phénomènes parético-ataxiques consécutifs à une crise angineuse. Un autre cas est celui de Sharp 1915, où il s'agit d'un homme, ayant plusieurs accès d'aphasie et d'hémiplégie transitoires alternant avec des crises d'angine de poitrine.

Labbé, Boulin, J. Besançon et Gouyen, injectant à un sujet du tartrate d'ergotamine, provoquent des spasmes des coronaires et de la sylvienne superficielle qui se traduisent cliniquement par une crise d'angor et une hémiplégie.

L'association de paralysie et d'angor chez un même sujet est encore observée par Gravier qui, en la discutant, pense qu'il est séduisant d'admettre qu'il s'agit d'un seul et même trouble, dont la localisation tantôt cérébrale, tantôt cardiaque expliquerait les deux ordres de manifestation. La nature spasmodique des troubles ne paraît pas contestable.

Dans un cas de Dumas (1933) il s'agit d'un angineux, ayant présenté antérieurement une hémiplégie droite, survenue brusquement et ayant disparu en quelques jours, sans laisser aucun stigmate décelable. Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 55 ans qui présente des crises d'angor avec hémiparésie transitoire après chaque crise. Un troisième malade présente une impotence temporaire du bras gauche au cours de la crise angineuse.

Ledoux et Jacquet, étudiant les hémiplégies et aphasies transitoires chez les cardiaques, décrivent le cas d'un homme présentant des crises d'angor, une aphasie et une monoplégie du membre supérieur gauche. Deux ans après le malade est atteint d'artérite oblitérante des membres.

Lian, enfin, mentionne douze malades qui lui ont signalé avoir eu, au cours de l'angor, des hémiplégies. « Le nombre eût été certainement plus grand et tous ces malades avaient été observés jusqu'à la mort. »

Est-il nécessaire de discuter la pathogénie de ces accidents transitoires au cours de l'angor ? Tous les auteurs (Vaquez, Donzelot, Lian, Finot) parlant des paralysies transitoires au cours de l'hypertension s'accordent pour rapporter ces accidents cérébraux à un spasme des artères cérébrales. Au cours de l'angine de poitrine ces accidents réalisent l'expression la plus évidente de l'angiospasme associé au niveau des artères de l'encéphale.

DRAGÉES **DESENSIBILISATION** GRANULÉS

AUX CHOCS

PEPTALMINE

MIGRAINES
TROUBLES DIGESTIFS
PAR ASSIMILATION DÉFECTUEUSE

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, Paris IXe

URTICAIRE
STROPHULUS
PRURITS - ECZEMAS



BIOGADOL

Concentré d'HUILE DE FOIE DE MORUE

Contient à haute concentration tous les principes vitaminiques naturels de l'Huile de Foie de Morue médicinale, notamment par cc. 12.000 U. I. Vitamine A et 2.000 U. I. Vitamine D

NOURRISSONS : 2 gouttes dans chaque biberon — ADULTES : 15 gouttes deux fois par jour
ENFANTS : 10 gouttes deux fois par jour — ÉTATS INFECTIEUX : 20 gouttes toutes les heures

J. BOILLOT & Cie, 22, Rue Morère, PARIS. Echantillons sur demande.

GYNERGÈNE "SANDOZ"

Adopté par les Hôpitaux de Paris

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée, principe actif spécifique de l'Ergot.

Le plus puissant des hémostatiques utérins -:- Inhibiteur du Sympathique

AMPOULES : 1/2 cc. à 1 ampoule. COMPRIMÉS : 2 à 4 par jour. GOUTTES : XV, 2 à 4 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) — B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe.

Angor et Amaurose

Dans le même ordre d'idées nous étudierons la coexistence de l'angor et de l'amaurose.

Bamberger (1888) observe un angor vaso-moteur compliqué de pertes de la vision passagère. En 1906, Curschmann signale trois cas d'angor compliqués d'angiospasmes au niveau des mains et de la figure, ainsi que d'amaurose brusque. Pagniez publie un autre cas en 1920 ; il s'agit d'une amaurose d'origine tabagique avec angine de poitrine.

Dans le cas de Barrès et Duverger il s'agit d'un angor, d'amaurose et d'une claudication intermittente mal déterminée. Le cas de Bard est extrêmement intéressant, étant donné qu'il est polyartéritique (angor, amaurose et maladie de Raynaud.) Nous avons signalé le cas de Shinkle où il s'agit également d'un syndrome polyartéritique. Polliot (1921 signale des spasmes oculaires chez un angineux de longue date Dejean a publié récemment le cas d'un homme de 45 ans atteint de crise d'angor qui présenta, dans la nuit, une disparition complète, mais passagère, de la vision de l'œil droit. Les crises se renouvellant ensuite, amenèrent la disparition définitive de la vision.

Ces observations démontrent également des angiospasmes en deux endroits différents : artères coronaires et oculaires.

Guillot a récemment désigné du nom d'angor ocularis, un syndrome clinique qui accompagne la majorité des spasmes des artères du globe oculaire, de la rétine et du nerf optique. Il est surtout caractérisé par l'angoisse qu'éprouve le sujet d'une cécité imminente tout à fait analogue à l'angoisse de la mort imminente de l'angor pectoris. Objectivement, on observe des artères spasmées nettement visibles et des zones rétiniennes ischémiées, prenant un aspect laiteux.

Ces lésions ont comme caractère d'être passagères et fugaces, au point qu'on ne peut les voir qu'à un moment opportun. La répétition des crises du spasme peut déterminer des lésions définitives. Le traitement consiste dans l'emploi de nitrite d'amyle dans les crises aiguës.

Cet angor ocularis ne présente-t-il pas d'analogies frappantes avec l'angor coronarien ? S'il est évident qu'on ne peut observer les spasmes coronariens pendant la crise, on peut, par analogie, supposer qu'il se produit un spasme plus ou moins accentué au cours de l'angine de poitrine, surtout que l'on peut, dans certains cas, observer une association des deux syndromes qui, loin d'être une coïncidence, dépendent bel et bien du même angiospasme.

Angor et épilepsie

La pathogénie de l'épilepsie est encore, à l'heure actuelle, très obscure. De nombreux auteurs ont admis l'anémie par spasme artériel comme cause du syndrome épileptique (Astley-Cooper, Marshall-Hall, Brown-Séquard, Jonnesco, Le Bel, Kussmaul, Jaboulay, Tinel).

Des troubles circulatoires et vaso-moteurs sont encore invoqués par Klippel, Lian, Peritz, Leriche.

Pagniez (Réunion neurologique, 1932) reconnaît deux facteurs à la pathogénie du syndrome ; l'un d'ordre nerveux, dont il n'est pas possible d'incriminer une localisation précise ; l'autre d'ordre humoral, car il est vraisemblable que la crise est accompagnée ou précédée par des troubles circulatoires intenses qui sont, en général, des phénomènes de vaso-constriction.

Foerster a pu observer sur la table d'opération plus de cent épileptiques, dont le crâne était ouvert ; il a toujours vu une anémie cérébrale intense qui précédait la crise.

L'association d'épilepsie et d'angor a été signalée par plusieurs auteurs : Trousseau ; Thurn, 1875 ; Le Bel, 1888 ; Peter (cité par Oddo et Mattei) ; Newton, 1893 ; Biby, 1898 ; Darey, 1904.

Gowers rapproche l'épilepsie de l'angor vaso-moteur en 1908.

Gruber et Lanz décrivent, en 1920, le cas d'un épileptique de 29 ans qui a présenté, quelques jours avant sa mort, des symptômes de douleurs précordiales typiques de l'angor. A l'autopsie on constate une nécrose anémique du muscle cardiaque et des coronaires.

Peritz, décrivant un spasme cardiaque chez un épileptique « spasmophile », soutient que l'on observe souvent des crampes spasmodiques du cœur chez les épileptiques, crampes que l'on étiquette « d'aura ». Il s'agit bien de spasmes coronaires, car l'injection de vaso-dilatateurs peut écarter ces sensations pénibles.

Frisch a observé, en 1928, un angor vaso-moteur chez un épileptique.

Neuburger a étudié, récemment, les relations entre l'angor et l'épilepsie. Sur 34 cas d'épileptiques autopsiés, 14 ont présenté des lésions caractéristiques des coronaires et du cœur. L'auteur émet l'hypothèse d'une coexistence presque constante des crises épileptiques et angineuses. Mais on ne peut s'apercevoir de ces dernières puisqu'elles se font en même temps que les crises épileptiques et que le malade ne ressent rien pendant sa crise. Lorsqu'il n'y a pas de parallélisme entre les troubles circulatoires du cœur et du cerveau, on observe la crise angineuse en dehors de la crise épileptique.

Hiller et Stemmer ont constaté des angors plus ou moins graves chez des épileptiques (30 % sur 60 cas observés).

L'ensemble des faits observés fournit une base à la théorie vasculaire et spasmodique de l'angine de poitrine.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE, BRULÉ et HEITZ. — Soc. M. H. P., 712, 1925.
BAMBERGER. — *W. Klin. Woch.*, n° 31, 1888.
BARABAN et ETIENNE. — *Rev. de Méd. de l'Est*, 1889.
BARBIER. — *Manuel de Méd.*, 330, 1893.
BARD. — *Pr. Méd.*, 26 janvier 1921.
BARRÉ et DUVERGER. — *Rev. O. Neur. Opht.*, 556, 1923.
BARRIEU. — *Ann. Soc. d'Hydr.*, 1932.
BENDEL. — *Allg. Wien. Med. Ztg.*, 582, 1870.
BRET et CHALIER. — *Rev. de Méd.*, 1911.
CANDELI. — Th. P., 1926.
CAWADIAS. — *C. R. S. Biol.*, 19 mars 1922.
CAWADIAS et CASATRAS. — *Lancet*, 949, 1923.
CHARMAISON. — Th. Toulouse, 1914.
CLEEMAN. — *Tr. Coll. Phys.*, 163, 1892.
CLERC. — *Pr. Méd.*, 11 mai 1927.
CORDES. — *D. Arch. Klin. Med.*, 141, 1874.
CURSCHMANN. — *D. Med. Woch.*, n° 38, 1906 ; *Med. Klin.*, juill. 1931 ; *Münch. med. Woch.*, 31 mai 1918.
DEJEAN. — *Arch. Soc. Sci. Méd. et Biol. Montpellier*, 505, 1932.
DESCHAMPS. — *Ann. Soc. Hydr.*, 6 nov. 1933.
DAREY. — *Montréal M. J.*, 1904.
DIETRICH et SCHWIEGK. — *Klin. Woch.*, 28 janv. 1933.
DUMAS. — *Lyon Médical*, 27 decembre 1931
DUROZIEZ. — S. M. H. P., 113, 1885.
EDENS. — *Munch. Méd. Woch.*, 1874, 1932.
ERB. — *Munch. Méd. Woch.*, n° 24, 1904 ; *Verh. Kongr. inn. Med.*, 1904 ; *D. Zschr. f. Nervenheilk.*, 1898.
EULENBURG. — *W. Klin. Woch.*, n° 65, 1868
EULENBERG et GUTTMANN. — *Path. des Sympatikus*, 102, 1873.
FRISCH. — *Das veg. System des Epilept.*, Berl. 1928.
FOERSTER. — *D. Zschr. f. Nervenheilk.*, 1926.
GALLAVARDIN. — Les angines de poitrine, 1925.
GALLI. — *Gazz. degli Hosp.*, 1908.
GILBERT et DESCOMPS. — *Paris Médic.*, 404, 1912.
GIROUX et GOMEZ. — *Bull. Méd.*, 28 février 1931.
GOMEZ et RODRIGUE. — Etudes sur l'op. aortique, 1931.
GOWERS. — *Grenzgeb. der Epilepsie*, 1908.
GRASSET. — *Tr. mal. syst. nerv.*, 712, 1886.
GRAVIER. — *Arch. Mal. Cœur*, juin 1931.
GUILLAUME. — S. M. H. P., 26 février 1926.
GRUBER et LANZ. — *Arch. f. Psych.*, 1920.
HEITZ. — *Arch. mal. Cœur*, 1924 ; *Ann. S. Hydr.* 1928 ; Coll. Sergent 1921.
HERZ. — Neurosen d. periph. Kreislaufes, 1902 ;
HÜLLSTRUNG. — *Klin. Woch.*, 1934.
ISAAC-GEORGES. — Thèse Paris. 1927.
LABBÉ, ROULIN, BEZANÇON et GOLYEN. — *Presse Méd.*, 1929.
LAUDA. — *W. Klin. Woch.*, n° 6, 1931.
LEDOUX et JACQUET. — *Presse Méd.*, 16 août 1933.
LE BEL. — Thèse de Paris, 1888.
LERICHE, FONTAINE et KUNLIN. — *Lyon Méd.*, 1932.
LEVINE, ERNSTENA et JACOBSON. — *Arch. of Int. Méd.*, 1930.
LIAN. — Angine de poitrine 1932 ; *Ann. Soc. Hydr.*, 1934.

◆◆

MACKENZIE. — Angine de poitrine, 1929.
MARIE. — *Rec. de Neur.*, 1882.
MONRO. — Raynauds diseases, 1899.
NEUBURGER. — *Klin. Woch.*, 1933 ; *Frankf. Zschrft. f. Path.*, 1934.
NEWTON. — *Méd. Rec. N. Y.*, 1893.
NOTHNAGEL. — *D. Arch. Klin. Méd.*, 1867.
PAGNIEZ. — S. M. H. P., 1920.
PAL. — Les crises vasc., 1908.
PERITZ. — *Zschr. Neur.*, 1926.
PETER. — Cité par GROSSO et MATTEI, *Gaz. Hôp.*, 1919.
PICKERING et WAYNE. — *Clin. Sc.* 1934.
POLLIOT. — *C. R. Congr. Opht.*, 1924.
PORTOKALIS et FLORA. — S. M. H. P., 1931.
RIBY. — *West Med. Rec.*, 1898.
RENON. — Conf. prat. mal. cœur, 1906.
ROSENRAUCH. — Thèse Paris, 1934.
ROSENTHAL. — Maladies syst. nerv., 1878.
SALVINI. — *Rif. Medica*, 1907.
SCHOTT. — *D. M. Woch.*, 1915.
SCHRÖTTER. — Erkr. der Gefässe, Nothnagels Hdb.
SHARP. — *Lancet*, 1915.
SHINKLE. — *J. A. M. A.*, 1924.
STEMMER et HILLER. — Klin Woch., 1934.
THURN. — *D. Mil.-äztl. Zschr.*, 289, 1875.
WEBER. — Roy. Soc. méd., 11 mai 1917.
WORKMANN. — *Bost. M. and S. J.*, 313, 1882.
WORTON. — *Lancet*, 1053, 1989.
ZANNINI. — *Annali di Ippocrato*, 29, 1919.

La fonction électro-statique de l'appareil respiratoire [1]

Par le Professeur-Docteur **A.-L. TCHIJEVSKY**

Il est peu probable qu'on puisse douter, à l'heure qu'il est, du rôle énorme que joue l'électricité dynamique et statique dans les fonctions vitales de l'organisme. L'activité du système nerveux, du cerveau et du cœur, se rattache à l'excitation et à la génération des courants électriques, des champs électriques et des oscillations électromagnétiques. La cellule vivante représente un système colloïdal complexe. Les particules colloïdales (mycelles) portent à leur surface des charges électriques et c'est de la quantité et du signe de ces charges que dépendent principalement les fonctions vitales essentielles de la cellule. Le sang, enfin, se trouve être un colloïde complexe, portant, en somme, un potentiel électrique énorme.

Les recherches, conduites par moi et mes collaborateurs, au Laboratoire Central d'Ionification à Moscou, ont démontré avec certitude, que des charges électriques élémentaires, introduites dans l'organisme par telle ou telle voie (inspiration des aéroions, injection des colloïdes) exercent une influence de puissance exclusive, sur l'organisme, le sang et les tissus (2).

Cependant, j'ai toujours été fort anxieux de résoudre les problèmes suivants : quelles sont les sources et les moyens dont l'organisme se sert pour suppléer à ses ressources électriques ?

D'où puise-t-il, continuellement, les charges électriques nécessaires au maintien du développement physico-chimique normal dans le sang, au maintien de la stabilité des systèmes colloïdaux du sang et des tissus ?

A l'étude de la fonction de l'appareil respiratoire, celui-ci étant le lieu de l'application des charges électriques de l'air, de même que celui où ces charges se rencontrent avec le sang (en relation avec la théorie de l'électro-échange organique (1) développée par moi et le Professeur L.-L. Vassiliev) j'eus la chance de découvrir un fait inattendu.

Il se trouve que des poumons isolés et fraîchement préparés, d'après la méthode de Donders, acquièrent, sur leur surface externe, un potentiel électrique de signe négatif, alors que l'air se trouvant dans la cloche (de verre) en est rapidement expulsé. La charge disparaît quand les poumons se resserrent pour reparaître à leur expansion sous la cloche. Ces phénomènes se dévoilent moyennant un électromètre sensible ou un galvanomètre, en observant certaines conditions.

Or, nous arrivons d'ici à une conclusion d'importance toute particulière pour la physiologie : notamment les poumons sont la source de l'énergie électrique, qu'ils introduisent dans l'organisme sous forme de charges électriques de signe négatif.

Il se trouve possible de donner à ce phénomène une explication théorique toute simple : l'air, en passant à travers les conduits bronchiques, entraîne les vapeurs, dont l'air des voies aérifères est saturé, et grâce au frottement, devient ionisé de l'un des signes, tout en chargeant les conduits bronchiques, les bronchioles et les alvéoles de l'autre signe de l'électricité. Il nous faut admettre, par conséquent, que l'appareil pulmonaire est une machine électrostatique, rappelant la machine électrostatique du système d'Armstrong. C'est encore dans le siècle passé qu'Armstrong avait construit une machine électrique, fondée sur ce que la vapeur humide, s'échappant, sous pression, par les conduits étroits et coudés, est ionisée positivement, dû au frottement des gouttes contre les parois du conduit, tandis que le générateur, source de la vapeur — est chargé d'électricité négative (2).

Il est indubitable que l'appareil pulmonaire est d'une analogie très proche de la machine, que nous venons de citer, d'Armstrong. Il est, pour nous, de la plus grande évidence, que : 1° l'arbre bronchique ramifié avec la membrane muqueuse humidifiée ; 2° une saturation par les vapeurs suffisante ; 3° la rapidité du mouvement de l'air le long des conduits bronchiques, de sa pression, constituent les moments nécessaires pour qu'une charge de noms contraires apparaisse sur les particules de la vapeur et sur la surface des bronches, des bronchioles et des alvéoles. Celà est pleinement confirmé par des données numériques.

Tenant compte de ce qu'à chaque inspiration d'air la surface entière des alvéoles, égale chez l'homme à 100 m² (d'après Aely), se charge négativement, il est facile de s'imaginer le rôle énorme et méconnu jusqu'ici, que joue ce phénomène dans les fonctions électriques du sang, venant en contact avec la surface alvéolaire. Et ce n'est pas seulement en un point que se produit ce processus de l'enrichissement du sang, mais sur une surface énorme, surpassant de cinquante fois la surface du corps humain. Un tel phénomène peut-il être de peu d'importance pour l'organisme ?

Les recherches, faites par moi et mes collaborateurs, ont démontré que l'inspiration d'air ionisé artificiellement, du signe *minus*, hausse la charge du *sang*, et ce dernier hausse, à son tour, la charge des *colloïdes, des tissus qu'il baigne*, c'est-à-dire de tout l'organisme en son entier. On explique ce phénomène, en relation avec tout le sus-dit, par le fait que l'air ionisé négativement, contribue aux processus naturels, prenant place dans les poumons. L'effet de l'air ionisé positivement leur est

(1) Laboratoire Central d'Ionification à Moscou. (Directeur-professeur Docteur A.-L. Tchijevsky).

(2) Voir les vol. I, II et III des travaux du Laboratoire Central d'Ionification. Voronej, 1933-1934.

(1) Professeur A.-L. TCHIJEVSKY et L.-L. VASSILIEV. — La théorie de l'électro-échange organique. *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*. T. I, nos 454 et 455. Paris 1931.

(2) Professeur O. KHVOLSON. — Lectures sur l'électricité et le magnétisme, p. 36. Saint-Pétersbourg, 1884.


SÉDOSINE
SÉDATIF DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique médicale. *VIII. Système nerveux.* Un volume de 380 pages avec figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

I. *Les médications générales.* (M. Loeper). Les sédatifs du système nerveux. Les sédatifs de l'appareil végétatif. L'anesthésie générale. Les hynoptiques. Les médications générales de la douleur. Les méthodes d'analgésie directe. Les toniques du système nerveux.

II. *Les médications spéciales.* Les indications thérapeutiques au cours ictus (Th. Alajouanine). Traitement des maladies à virus neurotrope (R. Garcin). La pyrétothérapie dans les maladies du système nerveux (P. Mollaret). Les indications du traitement spécifique au cours de la syphilis nerveuse (J. Decourt). Le traitement de l'épilepsie (Ph. Pagniez). Le traitement de l'hypertension intracranienne (A. Lemaire). Traitement de la méningite cérébro-spinale (R.-A. Marquézy). Les grandes indications chirurgicales dans le traitement des tumeurs cérébrales (Th. de Martel). Le traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales (J. Haguenau). Traitemet des migraines (Pasteur Vallery-Radot). Le traitement des algies par les agents électriques (L. Delherm). La psychothérapie (H. Codet). Créno-climatothérapie sédatives et affections neurologiques (M. Villaret).

Thérapeutique médicale. — I. Maladies du tube digestif (2e édition), *en préparation* ; II. Aliments médicaments (1930), 45 francs ; III. Maladie du foie, des glandes endocrines et de la nutrition (1931), 50 francs ; IV. Poumons et tuberculose (1932), 50 francs ; V. Peau, syphilis, cancer (1932), 50 francs ; VI. Cœur et vaisseaux (1933), 45 francs ; VII. Vaisseaux et reins (1934), 50 francs ; VIII. Système nerveux (1935), 50 francs.

Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac, par François Moutier. Un vol. de 348 pages avec 89 figures et 24 planches hors texte en couleurs, 120 francs. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Si dans les maladies de l'estomac comme dans toute pathologie, la clinique reste la base inébranlable de nos recherches il faut reconnaître que les méthodes actuelles d'examen de l'estomac ont apporté aux hésitations inévitables de la clinique une singulière précision.

De toutes ces méthodes, la vue directe des lésions apparaît *a priori* comme la plus sûre ; encore faut-il qu'elle soit devenue pratique. Ce livre, écrit par un spécialiste connu de la gastro-entérologie qui est en même temps un anatomo-pathologiste, nous l'apprend : la gastroscopie s'inscrit aujourd'hui comme un procédé régulier d'examen clinique de l'estomac.

Elle se place sur le même rang que la radiologie : elle en est le complément indispensable. La réalisation des modèles nouveaux de gastroscopes flexibles la rend pratiquement sans danger.

Certes, il est des spectacles gastrocospiques impressionnants : voir sur la petite courbure de l'estomac un ulcère cavitaire et qui saigne goutte à goutte est une vision que l'on aurait qualifiée hier de chimérique. De telles découvertes ne sont pourtant pas les plus utiles, car la diagnostic d'un ulcère hémorragique en général est chose facile. Mais là où la gastroscopie se montre une méthode révélatrice, dans les lésions soupçonnables, mais non certifiables par d'autres procédés d'examen, c'est dans le chapitre immense des gastrites.

Seule la gastroscopie permet dans les gastrites d'établir la forme, l'étendue, le degré, l'évolution de la maladie, toute choses que la clinique est impuissante à préciser. Elle seule ouvre le chapitre des lésions de l'estomac associées aux désordres les plus divers : anémies, glossites, prurits, réactions cutanées, accidents généralement dépourvus de toute expression gastrique.

Ce traité de gastroscopie, le premier qui ait été publié en France, va donc devenir le guide indispensable de tous les spécialistes de l'appareil digestif qui de plus en plus auront à recourir à cette méthode d'examen.

On y trouvera non seulement la technique la plus détaillée d'introduction et d'orientation des appareils gastriques, mais encore une étude endoscopique très poussée des lésions, de leur diagnostic et tout spécialement de leur évolution.

Alcibiade (450-404 av. J.-C.), par Jean Babelon, conservateur adjoint du Cabinet des médailles. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 23 figures et 2 cartes dans le texte, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque historique vient de paraître une biographie extrêmement vivante d'Alcibiade par Jean Babelon, conservateur adjoint du Cabinet des médailles.

Alcibiade, en même temps qu'il est un des personnages les plus représentatifs de l'antiquité grecque, en tout « le meilleur et le pire », comme disait Cornelius Nepos, est un type humain d'une valeur universelle. Nulle époque qui ne puisse se mirer dans le récit de son existence désordonnée, tumultueuse et si passionnée. Devant tant de génie, on se prend à penser qu'il ne lui manque qu'un peu de bonheur, ou peut-être un peu de suite dans les idées, pour être l'égal des plus grands. Tel que l'histoire nous le livre, il n'a rien perdu de cet étrange et tout puissant attrait qui fit de lui, fils plusieurs fois prodigue et jamais repentant, l'idole d'Athènes. Cette Athènes d'Alcibiade, c'est la Ville incomparable, au lendemain de l'apogée et proche de son déclin, et voilà qui prête un charme de plus aux étonnantes aventures où l'élève de Socrate joue tour à tour son destin et celui de sa patrie. Au bout de ses fantaisies d'équilibriste, on pressent la chute retentissante du monde dont il incarne les plus belles qualités et les plus grands vices. Le présent livre se borne à narrer les faits, groupés en une suite de tableaux dont le protagoniste fait l'unité. C'est l'image d'un homme exceptionnel que l'auteur a voulu offrir au public.

défavorable. Il importe que les mécanismes de ces processus soient encore étudiés.

Il me semble que la découverte d'une nouvelle fonction des poumons, de leur travail électrostatique, ne cessant pas durant tout le cours de la vie, devrait entraîner une revue des problèmes essentiels de l'électrophysique et de l'électrochimie du sang et des tissus.

Il ne serait peut-être pas inutile d'avancer, en dernier lieu, la supposition que le sang, se mouvant le long des vaisseaux, doit infailliblement provoquer une différence considérable des potentiels à la limite des deux phases. Nous espérons démontrer, par nos recherches ultérieures, le rôle que joue ce phénomène dans la physico-chimie du sang et des tissus (1).

(1) A.-L. Tchijevsky. — Sur la méthode de mesurage de la charge électrique du sang *in vivo*. Travaux du Laboratoire Central d'Ionisation. « Problèmes d'Ionification ». Vol. III, p. 504. Voronej, 1934.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1935

Essais contrôlés de vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. (1927-1934). — ***MM. Aronson*** et ***Dannenberg*** à décembre 1927, octobre 1934, ont, à l'Institut Phipps, de Philadelphie, vacciné au B.C.G., par voie buccale, 70 enfants nouveau-nés, et ont conservé comme témoins 163 enfants de même âge, non vaccinés.

De ces enfants, 41 vaccinés et 84 non vaccinés sont nés et ont été maintenus dans leurs familles, où l'on connaissait des cas de tuberculose ouverte. Des 84 enfants non vaccinés, 10, soit 11,9 p. 100, sont morts de tuberculose à des âges compris entre quatre et trente mois. Le diagnostic a été confirmé par l'autopsie dans cinq cas, par l'examen du liquide céphalorachidien dans un cas, par les examens radiographiques répétés dans quatre cas.

Ces 41 enfants vaccinés au B. C. G., un seul, soit 2,4 p. 100, est mort de tuberculose. Cet enfant, de race noire, âgé de seize mois, a fait une rougeole suivie de broncho-pneumonie tuberculeuse. Diagnostic bactériologique positif.

Quinze autres enfants vaccinés et 41 non vaccinés ont vécu dans des familles où l'on avait constaté des cas de tuberculose fermée ou prétendue telle du point de vue contagion.

Des 41 enfants non vaccinés, deux sont morts de tuberculose aux âges de sept et onze mois. Le diagnostic a été assuré par l'autopsie dans un cas, par l'examen d'un ganglion cervical dans l'autre cas. Des quinze enfants vaccinés au B. C. G., aucun n'a succombé à la maladie.

Aucun des quatorze enfants vaccinés et des 38 non vaccinés, qui étaient nés et ont été élevés dans des familles sûrement indemnes de tuberculose, n'a succombé.

Sur les preuves bactériologiques de l'innocuité du B. C. G. chez des enfants, vaccinés par ingestion de ce germe à leur naissance, qui ont présenté des accidents pathologiques. — ***MM. L. Nègre*** et ***J. Valtis*** montrent que sur 57 enfants observés de 1928 à 1935, le B. C. G. n'était en rien responsable des accidents signalés chez ces enfants.

Valeur diagnostique de la séro-réaction de Widal chez les sujets soumis à la vaccination T. A. B. simple ou associée. — ***Pilod*** et ***Jude*** (du Val-de-Grâce), reprennent la question de la valeur diagnostique de la séro-réaction de Widal à l'occasion d'une épidémie de 68 cas de fièvre parathyroïde B survenue récemment et ayant sévi sur de jeunes soldats vaccinés depuis deux mois soit au T. A. B. associé à l'anatoxine diphtérique.

Ils concluent que la séro-réaction demeure un moyen précieux de diagnostic à la condition de déterminer préalablement le taux limite d'agglutination à l'égard des bacilles typhiques et paratyphiques chez un nombre suffisant de témoins sains vaccinés à la même époque que les malades. On ne doit tenir pour valables que les séro-réactions dont le taux limite dépasse largement celui que l'on aura noté chez les vaccinés-témoins.

Les auteurs ont accepté, dans l'épidémie qu'ils ont observée, le taux limite d'agglutination de 1 p. 1.600 pour le diagnostic de fièvre parathyroïde B (les vaccinés-témoins ne dépassant pas celui de 1 p. 800), après avoir contrôlé le résultat des séro-réactions avec celui de l'hémoculture chez plusieurs malades et vérifié, dans tous les cas d'agglutinations multiples, la nature non-spécifique des coagglutinines par l'épreuve de la saturation des agglutinines.

La décentralisation de la vaccination antirabique. — ***MM. P. Remlinger*** et ***J. Bailly*** montrent l'intérêt qu'il y aurait de supprimer la dépense et la perte de temps que nécessite la cure pasteurienne au siège d'un Institut... et aussi de couper court aux abus déterminés parfois par la perpective — qui n'est pas toujours désagréable — de deux ou trois semaines à passer dans une grande ville aux frais de l'Etat, d'une municipalité ou d'un propriétaire de chiens.

D'ailleurs la vaccination à domicile n'a rien d'inédit. Il y a, près de dix ans que, dans un grand nombre de pays étrangers, les vaccins phéniqués — d'un emploi plus commode ici que les vaccins éthérisés — ont commencé d'être appliqués à ce qu'on a appelé la décentralisation de la vaccination antirabique, c'est-à-dire à la vaccination dans les hôpitaux ou les dispensaires de médecine générale, voire au domicile même du médecin ou du mordu.

Lyautey et le médecin. — ***M. Colombani*** montre tout le parti que Lyautey a su tirer du médecin en l'associant étroitement à sa méthode de conquête coloniale.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 4 mai 1935

Jehan Taxil, auteur du premier traité sur l'épilepsie, écrit en langue française. — ***M. de Saussure.*** — Taxil est né dans la seconde moitié du XVIe siècle aux Saintes-Maries. Après avoir fait ses études de philosophie et de médecine, il fit en 1531 un doctorat à Montpellier. Il vint ensuite s'installer à Arles où il écrivit en tout cas trois ouvrages : un sur l'épilepsie, un sur les comètes, et un sur l'astrologie et la physiognomonie

Son traité sur l'épilepsie, s'inspire des meilleurs auteurs de l'antiquité et du XVIe siècle. Il contient peu d'observations personnelles, mais il a de grandes qualités didactiques. Sa seule idée originale est malheureusement fausse, à savoir que le climat joue un rôle important dans l'étiologie de la maladie. Ce traité est une bonne compilation de l'époque ; son manque d'originalité l'a fait rapidement tomber dans l'oubli.

A propos du centenaire de Dupuytren : présentation d'autographes. — ***Le Docteur Olivier*** présente un dossier provenant de la vente Lucas de Montigny et concernant le baron Guillaume Dupuytren dont il fait circuler quatre autographes : un contrat daté de 1816, une ordonnance datée de 1822, une lettre à Odilon Barrot de 1826 et surtout une longue lettre autographe datée du 20 décembre 1832, adressée à M. Lucas de Montigny dans laquelle Dupuytren se plaint amèrement d'avoir été condamné à 27 francs d'amende pour une contravention encourue en matière de voirie par un de ses serviteurs, déclare à Lucas de Montigny que le jugement du Tribunal est mal fondé et qu'il est absolument inique de condamner un citoyen sans qu'il ait été entendu et ait pu fournir des explications à l'autorité compétente. Du reste, après avoir payé l'amende, il s'est adressé au Préfet de police pour une réclamation énergique, ne comprenant pas qu'une Administration qui accepte ses services gratuits, tout à fait gratuits, ose le poursuivre devant les Tribunaux.

M. Terson présente des autographes de Dupuytren, de son frère (pharmacien en chef de l'hôpital Saint Antoine), de sa mère et de la baronne Dupuytren. Il en fait le commentaire historique et graphologique. Il montre les caractères qui prouvent

la lucidité et la puissance écrasante du grand chirurgien, mais aussi une ténacité allant jusqu'à la violence, avec quelque duplicité. Cette écriture extrêmement descendante, prouve, en outre, l'existence d'une mélancolie profonde.

Du point de vue ophtalmologique, M. Terson remarque combien a été fâcheuse la réaction de Dupuytren contre l'extraction de la cataracte. Pendant que les successeurs de Daviel (A.Demours, de Wenzel, etc.) et même certains chirurgiens (Tenon, Roux) pratiquaient de préférence l'extraction, Dupuytren repris l'abaissement, sans danger immédiat, avec succès visuel instantané, théâtral, mais perte fréquente de l'œil, où reste la cataracte mobile comme un corps étranger. De même, il reprit la canule lacrymale, vieux procédé dont il fit une application systématique et brutale avec nombreux accidents ultérieurs, tandis que les ophtalmologistes contemporains préféraient le cathétérisme et les autres traitements rationnels et variés des dacryocystites.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1935

A propos du procès-verbal. — *M. Proust* pense que la résorption sanguine dans les hémorragies intrapéritonéales se fait surtout par le tissu cellulaire sous-péritonéal, en particulier au niveau des gaines vasculaires périveineuses et même périartérielles.

Appareillage des fractures compliquées du cotyle. — *M. Guillermo.* — Rapport de M. Boppe.— Modification de la technique de Leveuf : on remplace la culotte plâtrée par l'attelle de Thomas sur laquelle prend appui la vis de traction.

Abcès du poumon compliqué d'obstruction trachéo-bronchique puis de septicémie. — *MM. Robert Monod* et *Raoul Kourilsky* montrent les avantages de la broncho-aspiration d'urgence dans le traitement d'une obstruction trachéo-bronchique consécutive à un abcès du poumon opéré. L'immuno-transfusion répétée leur a donné un succès dans la cure d'une septicémie qui a suivi le deuxième temps du traitement de cet abcès. A ce propos les auteurs discutent le mécanisme de l'obstruction trachéo-bronchique, et la valeur de l'immuno-transfusiou au cours des septicémies.

M. R.-Ch. Monod croit que l'évolution heureuse ou mortelle d'une septicémie ne dépend guère de la thérapeutique employée.

M. L. Bazy assimile l'action de l'immuno-transfusion à un phénomène de réveil focal, d'hypersensibilisation dont on ne peut toujours prévoir les effets.

MM. Mathieu et *Leveuf* pensent que les septicémies guérissent en général avec apparition d'abcès périphériques. Ils ne croient pas à l'action de l'immuno-transfusion sur les pyogènes chirurgicaux.

M. Sorrel a vu une septicémie à staphylocoque mourir à la suite d'une immuno-transfusion.

Traitement des fractures du rachis. — *M. A. Zéno* (Rosario). — L'auteur décrit sa technique de réduction. Il insiste sur la nécessité de réduire le plus tôt possible, et d'obliger le malade plâtré à une gymnastique intensive.

Traitement rationnel des brûlures. — *M. A. Zéno* assimile les brûlures à un traumatisme et propose de les traiter uniquement par des appareils plâtrés directement appliqués.

Infarctus de l'intestin. — *M. Grégoire* rappelle l'hypothèse pathogénique qu'il a formulée récemment sur certains infarctus inexpliqués de l'intestin. Il apporte le résultat d'expériences poursuivies sur l'animal avec Léon Binet : après avoir créé une sensibilisation intestinale localisée par injections espacées de sérum de cheval, ils obtiennent avec une injection déclenchante un tableau d'infarctus typique au point de vue clinique et opératoire. G. en tire des conclusions pathogéniques, cliniques et thérapeutiques.

M. Ameline a obtenu par des injections d'histamine un tableau clinique semblable. Mais opératoirement il s'agissait d'invagination intestinale.

Présentation de radiographie : obstruction bilatérale de l'a. poplitée. — *M. René Bloch.*

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mai 1935

L'épreuve du péritoine de la souris pour le diagnostic rapide des cas. — *MM. Jean Troisier, M. Bariéty* et *G. Brouet* rapportent les résultats qu'ils ont obtenu par l'étude de quarante souches de pneumocoques inoculées à 400 souris.

L'inoculation des produits pneumococciques dans le péritoine de la souris amène *in situ* une pullulation des germes qui atteint son maximum de la troisième à la sixième heure. Les modalités des réactions histo-bactériologiques, l'abondance des phagocytoses, l'évolution de la pullulation pneumococcique présentent un intérêt certain pour apprécier les qualités prolifératives du germe. La souris inoculée dans le péritoine avec un pneumocoque virulent meurt trois fois sur quatre plus rapidement que la souris similaire inoculée sous la peau.

Les auteurs tirent argument de ces avantages pour conseiller désormais l'emploi systématique des inoculations péritonéales en vue du diagnostic rapide des pneumococcies. Pour se placer dans les meilleures conditions expérimentales, ils préconisent d'inoculer trois souris, chacune avec 0 c.c. 2 de produit pathologique : deux dans le péritoine, une sous la peau.

L'une des deux souris inoculée dans le péritoine sera ponctionnée quatre fois de la troisième à la sixième heure. Dans les cas favorables, ces ponctions péritonéales successives permettront de suivre l'évolution du développement microbien et celle de la cytologie. Dans tous les cas douteux ou difficiles à interpréter, on disposera de la deuxième souris inoculée par voie péritonéale que l'on sacrifiera à la sixième heure. Mais on fera toujours à partir de l'exsudat péritonéal une culture en bouillon T, ce qui permettra en quelques heures de vérifier le phénomène de Neufeld, de préciser par l'agglutination spécifique le groupe du pneumocoque.

On laissera mourir spontanément la souris inoculée sous la peau et le plus tôt possible après la mort on recherchera la septicémie pneumococcique selon les règles classiques, sans oublier de faire un frottis du péritoine, car les pneumocoques y sont souvent plus abondants que dans les viscères et le sang du cœur.

Une anémie hémolytique aiguë. Ses rapports avec l'anémie pernicieuse. — *MM. Jean Troisier, M. Bariéty* et *H. Brocard* relatent une observation d'anémie hémolytique aiguë caractérisée par un début brusque avec syndrome fébrile, par une anémie sévère autour de un million, par la fragilité globulaire et par de la réticulocytose.

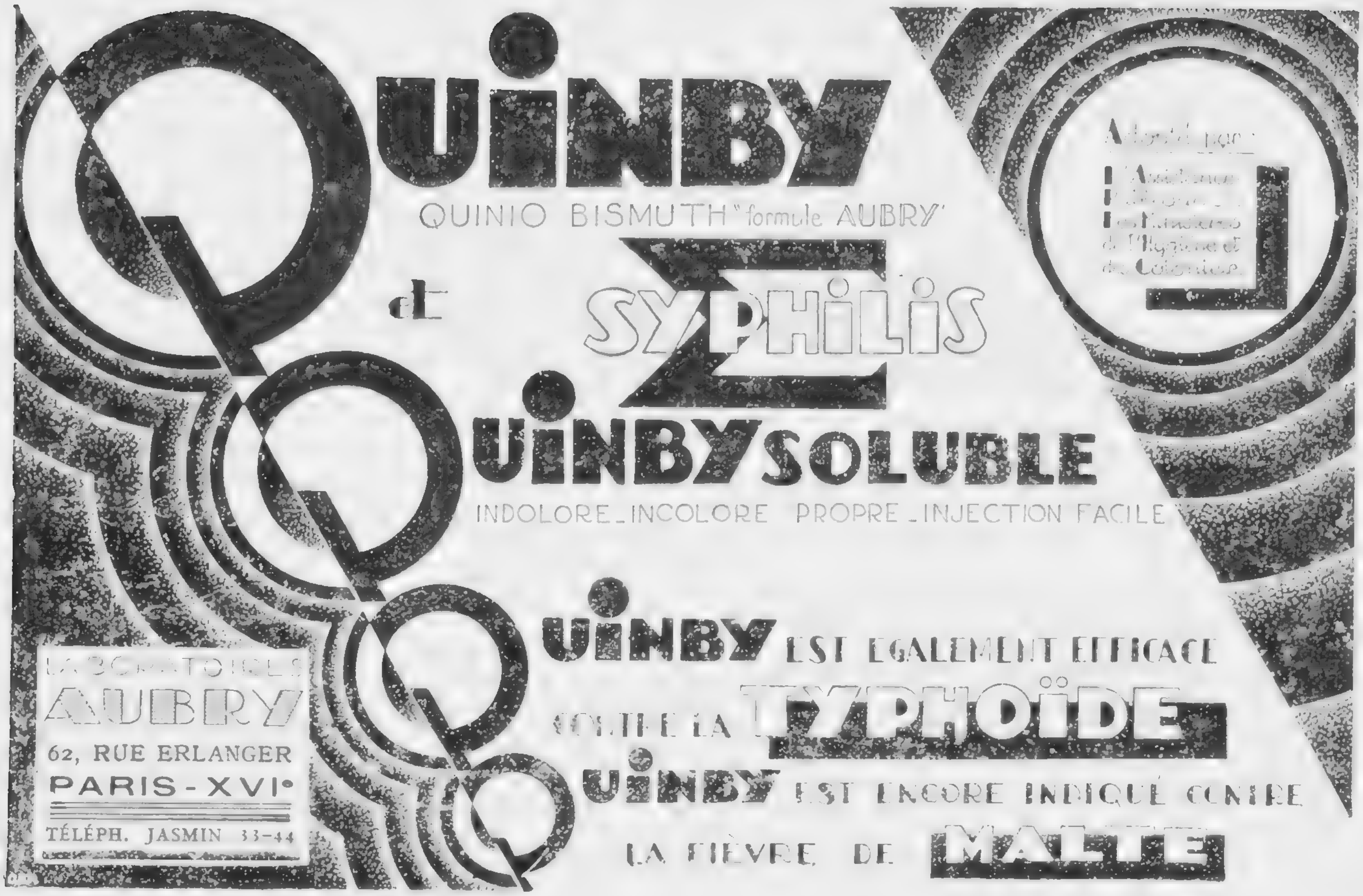
La guérison fut aussi rapide que le début avait été brutal. En un mois la malade quadruplait ses globules rouges : la réticulocytose, d'abord exaltée (20 %) par l'hépatothérapie parentérale, s'évanouissait ainsi que la fragilité globulaire.

Confrontant cette observation avec des faits antérieurement publiés (Lederer, Fiessinger), mais comportant simultanément une leucocytose très élevée et de l'ictère, les auteurs pensent que leur syndrome hémolytique doit en être différencié, du fait d'une leucopénie et d'un indice biliaire plasmatique abaissé au-dessous de la normale. Ils estiment qu'il doit s'intégrer dans le cadre de l'anémie de Biermer en raison d'exulcération linguale temporaire, d'une anachlorhydrie absolue, même après histamine, d'une hyperchromie transitoire et d'une guérison rapide par l'hépathothérapie.

Les ombres triangulaires des bases thoraciques chez l'enfant. — *MM. Robert Debré* et *Maurice Lamy* ont observé à maintes reprises chez l'enfant des ombres de forme triangulaire, localisées à l'une ou l'autre des bases thoraciques.

Dans la majorité des cas, ces images traduisent la présence de bronchiectasies du lobe pulmonaire inférieur. Mais d'autres lésions, et de très diverses, ont une expression radiologique très voisine, en particulier les atélectasies pulmonaires localisées que réalisent les sténoses de la bronche du lobe inférieur. Au cours et au décours de la coqueluche, la constatation d'une opacité triangulaire localisée à la région sous-hilaire est relativement commune. Enfin, les inflammations aiguës et chroniques du lobe cardiaque peuvent se projeter, elles aussi, sous la forme d'une image triangulaire de la base.

La constatation d'une image radiologique déterminée n'autorise pas à porter d'emblée un diagnostic anatomique et lésionnel : celui-ci exige toujours un examen clinique complet, souvent une injection intratrachéale de lipiodol et parfois même une exploration bronchoscopique.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE _ INCOLORE PROPRE _ INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVIe
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

Le déterminisme de l'ulcère duodénal d'après les données de l'expérimentation. — *MM. Noël Fiessinger* et *Raoul-Garling Palmer* montrent que, bien loin d'être contradictoires comme on l'a prétendu, les expériences de dérivation qui aboutissent à la production d'ulcères de sortie sont celles où les sécrétions duodéno bilio-pancréatiques et la bile en particulier, n'ont pas pu tapisser la muqueuse intestinale à la sortie de l'estomac avant les passages de suc gastrique acide, ou entre ces passages. Ils démontrent qu'on obtient l'ulcère de sortie aussi précocement en dérivant le contenu duodénal dans le début du grêle que dans sa terminaison (ce qui exclut l'idée de carence) du moment que le contenu ne reflue pas à la sortie gastrique. Ils opposent le rôle certain de la bile au rôle plus problématique des sucs duodénal et pancréatique, des ulcères de sortie se produisant sur le duodenum sus-vatérien après ligature du cholédoque, chaque fois que la survie dépasse trente à quarante jours. Ils montrent ensuite qu'il ne peut s'agir de neutralisation volumétrique du suc gastrique acide mais plutôt de protection par un double mécanisme :

1° Enduit protecteur réalisé par le mucus et les sels biliaires, tampons de contact ;

2° Réalisation d'une somme alcaline quotidienne, la muqueuse intestinale pouvant supporter des passages acides par les sucs alcalins un nombre d'heures suffisant chaque jour. Ces notions ne sont applicables à l'ulcère duodénal humain qu'à la condition de tenir compte des différences considérables qui séparent l'équilibre physico-chimique du duodénum chez le chien et chez l'homme.

Survie de deux mois après injection intracardiaque d'ouabaïne. — *MM. Faure-Beaulieu* et *M. Cord* relatent, à l'appui des faits apportés à une précédente seance par *MM. Clerc* et *Abaza*, l'histoire d'une cardiaque ancienne rhumatisante, atteinte de lesions aortiques et mitrales qui après plusieurs crises d'asystolie fébrile etait arrivée à un degré avancé de cachexie cardiaque.

Une après-midi, la malade présenta subitement un collapsus rapide et en apparence mortel : perte de connaissance, pouls inexistant, arrêt de la respiration, masque livide, succédant à la cyanose antérieure. L'on se rendit compte rapidement qu'une injection intraveineuse d'ouabaïne serait inoperante, et la seringue toute prête contenant un quart de milligramme d'ouabaïne fut injecté dans le cœur qui ne donna du sang que par aspiration. La réanimation fut presque immédiate et la survie fut de deux mois.

Bien que ce fait soit resté isolé et qu'il lui manque le contrôle de l'electro-cardiogramme, il a paru opportun aux auteurs de le verser aux debats, à la suite de la discussion qu'avait soulevée la communication de MM. Lian et Abaza.

L'emploi du procédé au Lipiodol de Pruvost et Darbois pour l'étude des distensions des culs-de-sac pleuraux au cours du pneumothorax artificiel chez le jeune enfant. — *MM. Armand-Delille, Desobre* et *Fernandez* insistent sur la fréquence des distensions gazeuses des culs-de-sac pleuraux chez le jeune sujet, dues à la laxité particulière du tissu conjonctif à cette période de la vie. Pour déterminer l'étendue des hernies gazeuses ainsi produites, souvent difficiles à constater radiologiquement, ils ont employé avec résultats excellents la méthode des injections intrapleurales d'une petite quantité de lipiodol déjà preconisée en 1933 par Pruvost et Darbois.

A propos des images triangulaires bronchectasiques. — *M. Lamy* insiste sur les difficultés d'interprétation des triangles radiologiques sous hilaires qui ne sont pas toujours caractéristiques des bronchectasies. Bien que celles-ci soient leur cause la plus fréquente, elles peuvent relever d'une lobite cardiaque ou ne représenter qu'une séquelle de coqueluche ainsi qu'on peut l'observer parfois chez l'enfant. Le diagnostic étiologique est d'ailleurs souvent impossible à poser en dehors de toute constatation anatomique.

Xanthochromie cutanée par hypercarotinémie. — *MM. C. Lian, Abaza Sassier* rapportent un cas de xanthochromie cutanée par hypercarotinémie, survenue chez une femme soumise à un régime surtout végétarien, comportant toutefois l'ingestion de viande deux fois par semaine.

De cette observation découlent les remarques suivantes :

a) Du point de vue clinique, l'opposition entre la teinte jaune du visage et la couleur blanche normale des conjonctives, montrant que la xanthochromie cutanée n'est pas due à des pigments biliaires.

b) Du point de vue étiologique, l'apparition d'une xanthochromie cutanée par hypercarotinémie en l'absence d'un régime carencé et de l'ingestion en quantité considérable d'un régime riche en carotène.

c) Du point de vue pathogénique, le rôle favorisant d'un trouble du métabolisme lipidique pour l'apparition d'une xanthochromie cutané par hypercarotinémie.

d) Du point de vue thérapeutique, l'utilité de diriger le régime alimentaire à la fois contre l'hypercarotinémie et l'hyperlipidémie.

Allonalomanie ; essai de traitement par l'alcool intraveineux. — *M. C.-I. Urechia* (Cluj) relate l'observation d'une malade qui depuis dix mois prenait de neuf à seize tablettes d'allonal par jour ; on notait de l'amaigrissement, de l'anorexie, une ou deux crises convulsives, une prononciation un peu empâtée, labilité émotive, loquacité, euphorie. Le sevrage un peu brusque avait provoqué des lipothimies. On fit une désintoxication progressive ; des injections intraveineuses d'alcool ne semblent pas avoir manifestement facilité la cure de désintoxication.

Abcès de la moelle épinière et de la région para-vertébrale correspondante. — *M. C.-I. Urechia* (Cluj) relate un cas où un abcès de la loge psoas-iliaque se propagea dans la cavité médullaire avoisinante. L'abcès du psoas était une métastase au cours d'un furoncle du nez avec erysipèle de la face.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 avril 1935

A propos de l'anesthésie locale pour la gastrectomie. — *M. Jean Lanos*, depuis dix ans, a toujours employé l'anesthésie locale, sans anesthésie régionale pour la gastrectomie. Il juge cette anesthésie régionale inutile et pense qu'il n'est pas sans inconvénient d'injecter 300 à 400 c. c. de solution anesthésique comme il est de mode de le préconiser actuellement.

A propos des fistules vésico-sigmoïdiennes d'origine néoplasique. — *M. Papillon* en communique deux observations. L'émission de gaz par l'urètre au cours de la miction est un des principaux éléments du diagnostic que l'examen radiologique de l'intestin confirme. Dans un des cas, le cancer méconnu a été découvert à la suite des troubles urinaires. L'anus iliaque paraît préférable à la cystostomie quand celle-ci ne s'impose pas absolument.

Observation d'un cas de luxation palmaire des os de la deuxième rangée du carpe datant de quinze jours. Réduction manuelle. — *M. Bretégnier* communique cette observation accompagnée de radiographies. La luxation a été réduite assez facilement sous anesthésie générale, sans intervention sanglante, avec un excellent résultat fonctionnel. L'auteur insiste sur la grande rareté de cette variété de luxation médio-carpienne dont il n'existe que très peu d'observations.

Corps étranger de l'utérus. — *M. Séjournet* en communique deux observations : l'une d'elle est un exemple de tolérance prolongé pendant cinq ans d'un fil de laiton introduit à l'occasion d'un début de grossesse. La seconde se rapporte à une tige osseuse extraite au cours d'un curetage pour rétention placentaire accompagnée d'hémorragie et de début de septicémie. L'auteur dit la relative fréquence des corps étrangers de l'uterus, montre qu'il faut les envisager à l'occasion et en dehors de l'état gravide, insiste sur les accidents qui en découlent, les migrations étranges et lointaines qui peuvent se produire et cite quelques rares exemples ou la presence d'un corps étranger même volumineux, oublié dans l'utérus, n'a pas été incompatible avec une nouvelle fécondation et l'évolution d'une grossesse à terme.

Un cas de résection diaphysaire totale de l'humérus chez un malade atteint d'ostéomyélite chronique. — *M. Alvaro de Moscoso*, de Rio-de-Janeiro (Brésil) communique l'observation d'un malade qui, à l'âge de 15 ans avait été

pris brusquement d'ostéomyélite aiguë de l'humerus. Opération d'urgence par une incision atteignant l'os et évacuation du pus. Puis vingt et un jours après, nouvelle intervention. Il resta trois fistules suppurantes avec un mauvais état général. Le malade entra dans le service d'hôpital de l'auteur, environ deux ans après la première intervention. L'opération montra que l'humérus était creusé de trois grandes géodes. L'auteur dut enlever la presque totalité de l'humérus gardant seulement une mince coque périphérique d'os sain. Il fit une deuxième opération cinq mois après la première. Le malade guérit et peut se servir utilement de son bras.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 avril 1935

L'étude graphologique des états intersexuels. — *M. Pierre Ménard* nous montre les difficultés qui se présentent dans la détermination du sexe dans l'écriture et les erreurs commises (20 %) par les experts, ont leur intérêt car elles nous aident à comprendre et à expliquer les conceptions récentes sur l'évolution de la sexualité et les états intersexuels. Le rythme de l'écriture est la résultante de rapports entre les phénomènes de vitesse et de durée (rapports de vitesse), d'intensité (énergie et forme) et de cohésion. L'auteur indique en quoi diffèrent les rythmes masculin et féminin, et l'intérêt de la constatation d'éléments masculins dans une écriture de femme et d'éléments féminins dans une écriture d'homme.

Classification pratique des arythmies — *M. A. Pruche* expose en une classification simple les troubles du rythme du cœur ; il montre avec projections à l'appui, comment faire le diagnostic des diverses formes d'arythmie et insiste sur la nécessité de l'électrocardiogramme sans lequel tout diagnostic cardiologique est incomplet toujours, et souvent erroné.

Glaucome et abaissement de la tension artérielle. — *M. G. Gallois*, dans le glaucome, montre que les troubles fonctionnels de la rétine viennent du déséquilibre entre une tension oculaire trop élevée et une tension artérielle rétinienne insuffisante. Dans les trois cas relatés, la compensation était normale jusqu'au jour où l'abaissement de la tension artérielle, d'origine thérapeutique, provoqua des troubles graves ; il faut surveiller très particulièrement l'état circulatoire général et oculaire des glaucomateux qui n'ont pas d'hypertension artérielle.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spasmes de gloussement survenus au déclin d'une coqueluche, encéphalite probable Séquelles psychiques graves

MM. R. Pierret et Breton ont rapporté à la Société de médecine du Nord (29 janvier 1935) le cas suivant :

A la huitième semaine d'une coqueluche dont l'évolution avait été jusque-là des plus banales, sans convulsion initiale, apparaissent des spasmes de gloussement durant en moyenne dix minutes et donnant lieu à une vingtaine de crises par vingt-quatre heures chez une enfant âgée de 9 ans.

Ces phénomènes sont clamés, puis disparaissent sous l'influence d'un abcès de fixation, d'injections sous-cutanées d'uroformine et de 15 centigr. de gardénal par jour. La guérison reste apparente pendant huit jours, puis l'affection reprend sous forme de crises de sommeil alternant avec des crises de contractures en extension des pieds et des mains ; il se produit en même temps de la confusion mentale.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Les causes finales et la biologie. — *Tel est le titre d'un exposé de M. Charles Richet à l'Institut physico-chimique Rothschild*, publié par LA NATURE (15 avril 1935). *En voici quelques extraits* :

..... Les physiologistes sont des savants très raisonnables. Voyons ce qu'ils pensent de l'adaptation des organes à la vie. Ce sera, si vous voulez, *la finalité restreinte*. Nous verrons ensuite si l'on peut parler d'une *finalité généralisée*, plus vaste.

D'abord — croyez-en un vieux professeur de physiologie — on ne peut vraiment pas enseigner la physiologie sans parler de cette finalité restreinte c'est-à-dire sans montrer l'utilité à la fois anatomique et physiologique, de toutes les parties d'un être vivant pour le maintien de son existence.

En défendant les causes finales, je suis l'exemple du plus grand des physiologistes, de Galien qui a créé la méthode expérimentale et qui a écrit un livre admirable intitulé « De l'Utilité des Parties » *De Usu Partium*. Bien entendu, comme Galien écrivait il y a dix-sept cents ans, il a introduit maintes explications finalistes terriblement erronées. Mais ne soyons pas trop sévères pour lui, car peut-être nos traités de physiologie actuels contiennent-ils des erreurs énormes, et sans doute ne faudra-t-il pas attendre dix-sept cents ans pour les déceler.

....

En définitive, il n'y a pas moyen de comprendre et d'enseigner la physiologie si l'on n'admet pas quelque volonté, quelque impulsion du Destin pour assurer la sécurité des individus et de l'espèce.

Mais c'est là ce qu'on peut appeler la finalité restreinte, c'est-à-dire l'adaptation des organismes à la vie.

Ainsi donc, nous voyons partout apparaître cette grande loi que tout être vivant veut vivre, et que tout dans l'organisme concourt à assurer non seulement la vie de l'individu, mais encore la vie de l'espèce.

L'évolution des êtres vivants a commencé par la fixation du carbone répandu dans l'atmosphère à l'état d'acide carbonique. Sous l'influence du soleil, cet acide carbonique a été décomposé par les grandes fougères des premiers âges de la terre et aujourd'hui, à mesure que le nombre des animaux s'est accru, ce carbone est brûlé par eux et revient à l'état d'acide carbonique dans l'atmosphère. Osera-t-on prétendre que depuis des millions de siècles les formes vivantes se sont multipliées avec des mécanismes défensifs, prodigieusement compliqués, pour produire ces oscillations de l'acide carbonique atmosphérique ? Quoi ! la vie se serait depuis des millions de siècles intensifiée avec un tel luxe de formes merveilleuses, étonnamment adaptées, pour que le carbone de l'acide carbonique de l'atmosphère ait été fixé sur les fougères d'autrefois, pour être brûlé à la période actuelle. S'il y a eu Périclès, Aristote, Léonard de Vinci, Kant et Goethe, ce serait tout simplement pour qu'un peu plus de carbone (très peu assurément) passât à l'état d'acide carbonique.

Ainsi, le sublime effort de la Nature, et la splendeur de sa complication, ne peuvent pas raisonnablement se ramener à une combustion, plus intense — très peu plus intense — à la surface de notre humble planète. Il y a certainement autre chose. *C'est l'accroissement graduel de l'intelligence*. Et voilà ce que je me permets d'appeler « *finalité généralisée* ».

....

Toutes les sciences naturelles, zoologie, géologie, anthropologie, nous confirment dans cette conception très simple d'un monde animé qui a évolué à travers les péripéties les plus diverses vers un maximum d'intelligence.

Je n'oserais dire qu'il y a un *but*, une finalité. En tout cas, je suis forcé de dire que c'est *un résultat*.

....

Je me résume. Que sur les mille milliards de millions de planètes, il n'y en ait pas une seule, depuis cent milliards de siècles


ANGIOXYL
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2-3 cuil. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C 18 000
Roger Dacosta. Edit.

passes, ou dans les cent milliards de siècle à venir, ou aucune faune plus ou moins analogue à la nôtre n'ait existé, c'est de la plus farouche invraisemblance.

D'ailleurs cette affirmation est purement théorique, car nous n'en saurons et n'en verrons jamais rien.

Touchons-nous aux bornes extrêmes du grandissement de l'intelligence et de la nature cérébrale ?

Je ne le crois pas. Je m'imagine que la somme de l'intelligence va grandir encore en quantité et en qualité, que les sciences feront encore des progrès. Vraiment je ne puis supposer que nous avons atteint la limite suprême de la puissance intellectuelle de l'être vivant.

J'ignore évidemment tout de l'évolution future de la vie, mais quant à l'évolution passée elle n'est pas douteuse vers un maximum d'intelligence.

Autrement dit, si nous ne voulons pas faire d'hypothèse, nous pouvons affirmer que la vie (et l'intelligence) est peut-être un but, mais qu'en tout cas, c'est un résultat.

Et ce résultat me paraît impliquer un prolongé effort.

Une visite de Chateaubriand à Vichy en 1805. — *Passage détaché d'un article de Mme Marie-Louise Pailleron dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 avril 1935) *intitulé* : LES CÉLÉBRITÉS AUX EAUX : VICHY :

Nous savions à peu près le nom des visiteurs les plus célèbres de Vichy, gens de Cour, princes du sang, rois et empereurs, mais il en est un très grand dont on n'a jamais parlé jusqu'ici, pourquoi ? Ce fut Chateaubriand. Il vint à Vichy en 1805 pour chercher sa femme, qui l'y avait précédé accompagnant la marquise de Coislin. Céleste de Chateaubriand n'entreprit ce voyage que pour plaire à son époux. Son époux lui demanda de l'entreprendre afin d'éloigner Céleste de Paris. Il avait alors fort à faire avec la belle Custine qu'il avait aimée passionnément et qu'il aimait... moins, car elle l'obsédait de sa jalousie, de ses questions et de ses exigences. Elle pousse même la conscience jusqu'à se montrer jalouse de Céleste, ce qui est fort, et fait promettre à Chateaubriand qu'il ira seul en Suisse, au lieu d'y aller avec sa femme, comme convenu. Il promet pour avoir la paix, et ensuite il part tranquillement retrouver Céleste qui l'attend à Vichy. Toutes ces histoires de « Madames » sont compliquées à l'extrême, mais lui se joue là-dedans comme l'alouette dans son champ de blé. La pauvre Céleste fit pendant ce temps-là un voyage dépourvu de charmes. La marquise de Coislin (née Mailly), que Louis XV avait aimée, gardait à son âge avancé toute la saveur de sa première jeunesse. Exemple : elle devint éperdûment amoureuse de Frazer Frisell, l'ami de Chateaubriand, et lui proposa même de l'épouser, alors qu'elle aurait pu être sa grand-mère.

Frisell refusa, à la fureur de la marquise.

Cette grande dame spirituelle et cocasse était devenue, à la fin de sa vie, d'une avarice sordide (fort riche, elle habitait place de la Concorde, le bel hôtel de Gabriel qui fait pendant au ministère de la Marine actuel). Voyageant avec sa femme de chambre et ses gens, elle voulait leur persuader que l'on pouvait fort bien ne se nourrir que de cerises. Céleste, bien que petite bourgeoise, demeurait indignée d'une pareille parcimonie, car Mme de Coislin essayait de la convertir à ses idées, quoique Mme de Chateaubriand payât sa part à l'auberge. Enfin l'on arriva à Vichy, les domestiques, on le devine, s'étant « fait servir comme des princes, ils en étaient quittes pour une verte réprimande, qu'ils préférèrent à la diète. Pendant la route, la conversation roulait en général sur les dépenses de l'auberge que nous venions de quitter, ou sur la toilette de Mlle Lambert, la femme de chambre (1) », qui changeait trop souvent de linge, au gré de sa maîtresse.

A Vichy, Mme de Coislin commença de prendre les eaux, et sa compagne... de compter sans doute les jours qui lui ramèneraient René.

Un matin, la marquise fit prier Céleste de passer dans sa chambre. « Je n'ai pu aller prendre mes eaux ce matin, lui déclara-t-elle, voyez comme je suis fatiguée. » Je lui demandai : « Pourquoi ? — Pourquoi ? Savez-vous pourquoi Dieu a fait le diable ?

Ah ! mon Dieu, madame, lui dis-je, c'est bien pour ma plus grande peur. — Tenez, mon cœur, ajoute-t-elle, voilà ce que malgré moi j'ai été obligée d'écrire cette nuit, je vais vous le lire. » Et elle se met à lire à Céleste, éberluée, « un vrai volume, de rêveries, mais si bien écrites, avec des phrases si bien arrondies, que bien que ce fût d'une folie complète, on trouvait un plaisir infini à l'entendre. « Cela est beau, me dit-elle, je puis le dire, car ce n'est pas mon ouvrage, j'ai écrit ceci, comme Saint-Jean écrivait l'Apocalypse »... Enfin, M. de Chateaubriand vint nous rejoindre à Vichy : je dis adieu à Mme de Coislin et nous partîmes pour la Suisse ».

On ignorait jusque-là que les eaux de Vichy donnassent de l'inspiration aux baigneurs entre cent bienfaits.

Le père Lauriot. — *De M. Raoul Desjardins dans* LA REVUE DE PARIS (15 avril 1935). LA CRISE SUR UN COIN DE CAMPAGNE FRANÇAISE :

... L'existence de certains de ces humbles campagnards peut sembler une gageure pour l'homme des villes. Pourtant, ils vivent. Essayons de comprendre comment s'en tire un des moins favorisés, le père Lauriot.

Matinée de janvier... une pluie continue harcelle la forêt. Des cognées retentissent dans une coupe, des formes grises s'affairent sous l'ondée. Pour l'ouvrier des bois, la question beau temps n'existe pas.

Je me dirige vers l'un des bûcherons. C'est le père Lauriot, soixante-quinze ans. Il met des brins de taillis en cordes deux stères et demi. J'admire son geste vif et précis pour scier la charbonnette à sa longueur : ce geste, il y a soixante ans bientôt qu'il le fait. L'homme m'a vu, mais ne s'arrête pour me saluer que lorsque je suis à trois pas.

— Comment ça va, not monsieur et vot dame ?

Jamais un homme d'ici ne faillira aux politesses d'usage.

Il a redressé sa silhouette incroyablement sèche et dure, ses yeux luisent sous une sauvage végétation de poils, sa moustache est une roide javelle ; figure farouchement militaire de vieux grognard, ravinée par trois quarts de siècle d'intempéries.

— Et vous-même, ça va, père Lauriot ?

(1) Les cahiers de Mme de Chateaubriand, publiés par Ladreit de Lacharrière.

Merci, monsieur, il ça ne va pas. J'ai soixante-quinze ans depuis la Saint-Martin et une hernie double. Alors, des fois, ça me taboule dans l'estomac, une douleur du malheur... Je me tortille dans tous les sens pour me remettre les tripes en place et ça passe pour un bout... Et puis, pour venir ici, je fais tous les jours douze kilomètres sur de mauvais chemins où l'eau monte dans les sabots.

- Qu'est-ce que dit le docteur ?

Le père Lauriot sourit largement.

A mon âge, vous entendez, j'ons pas encore vu le médecin. Pourtant....

Le père Lauriot à cette réponse inattendue.

Des fois qu'y me trouverait quelque chose de grave, vaut mieux pas savoir.

Pour que l'Etat fournisse à la recherche désintéressée des moyens de travail suffisants. — *Détaché du discour prononcé par M. Grignard, doyen de la Faculté des Sciences de Lyon à la séance de clôture du Congrès des Sociétés savantes* (Lyon, avril 1935) :

On a dit, je sais bien, que le véritable laboratoire du savant était son cerveau. Cet aphorisme est depuis longtemps périmé. Sans doute, aux siècles passés, lorsque toutes les lois de la Nature étaient encore à découvrir, Archimède comprit la poussée des fluides en prenant son bain. Newton eut l'intuition de l'attraction universelle en voyant tomber une pomme, Galilée s'aperçut de l'isochronisme pendulaire en regardant osciller une lampe suspendue dans la cathédrale de Pise. Sans doute, nous voyons encore de temps à autre, rarement, quelque vaste synthèse jaillir d'un cerveau supérieur. Mais à côté, il y a un énorme travail d'approche pour tous les bons ouvriers de la Science. Ce sont eux qui méritent d'être protégés.

Ils ne réclament rien pour eux personnellement, mais pour leurs laboratoires. Le Français moyen, et il est excusable, suppose que le professeur, chef de laboratoire, dispose de beaucoup de temps pour la recherche scientifique. Il ne se doute pas qu'il est accablé d'une foule de besognes supplémentaires, ingrates inutiles, souvent indignes de lui, et qu'il perd un temps énorme, faute de crédits suffisants, soit pour construire des appareils de fortune, soit pour préparer des matières premières. Et que peut-il y avoir de plus déprimant pour le chercheur que la perspective d'être dépossédé de son idée pendant cette période préparatoire, par un savant étranger venu plus tard, mais mieux outillé.

Il faut libérer le savant de cette épée de Damoclès. Il désire, lui aussi, des loisirs comme les Académiciens dont je vous parlais au début de ce trop long discours, non pour chercher des délassements auxquels pourtant il aurait bien droit, mais pour travailler davantage et mieux. Surtout pour pouvoir dépouiller à fond la volumineuse littérature scientifique actuelle et méditer sur les faits nouveaux.

Ce n'est pas à une décadence de l'intelligence française que nous assistons ; la preuve en est que dans une science comme les mathématiques dont les progrès ne dépendent que des qualités intellectuelles des savants, la France tient toujours brillamment sa place. Mais dans les sciences expérimentales, il faut maintenant des appareils de haute précision, très coûteux et souvent renouvelés pour suivre le progrès.

Si nous n'entrons pas dans cette voie, c'en sera vite fait de la science française. Actuellement, notre production scientifique est à peu près, dans toutes les disciplines expérimentales, tombée entre 5 et 7 % de la production mondiale, sensiblement au-dessous de notre proportion numérique dans l'ensemble de l'Europe et des Etats-Unis. Et la plupart des voies nouvelles sont, faute d'appareillage convenable, et de travailleurs en nombre suffisant à peine explorées chez nous.

Quel nouveau Barrès viendra, une fois encore, jeter le cri d'alarme et alerter l'opinion publique ? Il en est temps, hélas ! et l'enjeu en vaut la peine.

L'ossuaire d'Hallstatt en Autriche. — *De M. C. Y. Gres, dans le* MONDE ILLUSTRÉ, 6 avril 1935) : AU PAYS OÙ L'ON PEINT LES CRANES.

..... Tous les quinze ans, les squelettes sont déterrés dans le cimetière du pays, entendez les squelettes des défunts dont la mort remonte à une quinzaine d'années. Une crypte taillée dans le roc au-dessus duquel on a élevé une petite chapelle reçoit les ossements. Les crânes sont soigneusement mis à part,

exposés sur les planches disposées en gradins, non sans avoir été, au préalable, répertoriés et confiés à un peintre du pays lequel a pris soin d'inscrire sur l'os frontal le nom du défunt, sa date de naissance et celle de sa mort.

Quelquefois une prière s'ajoute *De profundis* ou *Memento* et plus souvent encore un ornement que l'artiste fait savamment tourner autour des orbites creuses : croix, livre de prières s'il s'agit d'un prêtre, couronne de roses ou de feuillage, si le crâne fut celui d'une jeune fille.... L'artiste peintre spécialisé — la charge se transmet de père en fils ou de voisin à voisin — s'emploie donc à cette illustration d'outre-tombe.....

A propos de la mortalité en France. — *Dans la* Revue Politique et Parlementaire (10 avril 1935) *un article de M. le Professeur Hugounenq, intitulé* : Dénatalité et mortalité. *En voici un extrait* :

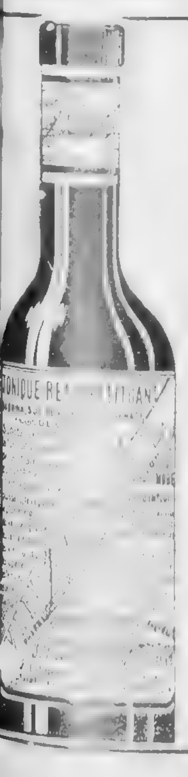
... Les causes de cette mortalité excessive (*en France*) sont nombreuses et bien connues des médecins ; j'y reviendrai tout à l'heure. Il en est une cependant à laquelle j'ai fait allusion plus haut et dont on ne parle que peu ou point, bien qu'elle soit, à mon avis d'une assez grande importance.

Au point de vue physique, la population française diffère des races du Nord de l'Europe où se rencontrent en si grand nombre des hommes et des femmes bien découplées, de haute stature, de musculature puissante. Ce type, habituel aux pays nordiques, est encore assez fréquent dans certaines régions de l'Europe méridionale. Il est plus rare en France, et la raison en est facile à découvrir. On peut dire que, depuis plusieurs centaines d'années, la France est en guerre avec quelques intermèdes de paix. Il n'y a pas eu de conflit armé en Europe, depuis deux ou trois siècles, sans que la France n'y ait été engagée et sans que sa participation, toujours au premier rang, ne lui ait coûté des centaines de milliers — récemment plus d'un million — de vies humaines. Louis XIV, Louis XV, la Révolution, l'Empire, les guerres du XIX siècle, enfin la guerre mondiale, jalonnent l'histoire de notre pays. Or, les victimes de la guerre sont toujours recrutées dans l'élite masculine de la population : jeunesse, force, vigueur, entrain, tout ce qu'on exige d'un homme pour faire un bon soldat, et la France a compté de tout temps beaucoup et d'excellents soldats. La guerre a exercé sur la population française une sélection à rebours : elle lui a soustrait le meilleur de sa substance et ce n'est pas sans dommage pour les générations suivantes où se sont accumulés des générateurs de moindre qualité, offrant, par conséquent, moins de résistance aux agressions morbides.

Ajoutons cependant, pour corriger cette impression, que la jeune génération rompue à la pratique des sports, éprise de vie au grand air, a une toute autre physionomie que celle des Français d'âge mûr : elle est vigoureuse, bien entraînée et physiquement très supérieure à ses devanciers. La race est en voie d'amélioration.

Politique de l'immigration. — *Sous ce titre le* Mercure de France (15 avril 1935) *vient de publier un important article du Docteur René Martial. Après la sélection, intervient ce qu'il appelle la « politique intérieure » de l'immigration. Les arrivants devront être répartis d'après un judicieux panache pour éviter le regroupement.*

Le regroupement est en effet un obstacle très grand à l'assimilation, à la résorption. Il peut même parfois devenir un danger en préparant la grande cause de non-homogénéité comme aux Etats-Unis. Ce pays n'est encore constitué quoi qu'on dise, que par une juxtaposition de races et de nationalités, par une mosaïque qui ne constitue pas même une nation, *a fortiori* pas une ethnie. C'est une faute que nous avons commise, ou plutôt laissé commettre en France, depuis 1920, avec les Polonais et les Italiens. Le panachage s'oppose au regroupement. Il doit être imposé aux futurs citoyens français. La méthode en a été appliquée judicieusement par une de nos grandes compagnies minières qui a créé des villages à population mixte (1/3 Français, 1/3 Polonais, 1/3 Espagnols. Ces villages ont une tenue parfaite, meilleurs que les villages totalement français ou totalement polonais d'une autre compagnie minière. La seule condition morale de cette bonne tenue est l'interdiction d'installation de quelque débit de boisson que ce soit.



Chômage et dénatalité. — *De M. Albert Buisson dans la* REVUE DES DEUX MONDES (1er mai 1935) : LES ASPECTS GÉNÉRAUX DU CHÔMAGE.

Jadis les auteurs qui traitaient de la population en redoutaient l'accroissement trop rapide par rapport aux moyens de subsistance dont l'humanité pouvait disposer. Aujourd'hui, en Europe et surtout en France, c'est la « dénatalité » qui préoccupe les économistes et certains d'entre eux ont prétendu qu'elle serait responsable du chômage. Leur principal argument consiste à remarquer que la diminution des naissances modifie la composition de la population et que, peu à peu, elle fait des nations modernes des collectivités d'adultes producteurs, alors qu'y décroît le nombre de ces consommateurs purs que sont les enfants et les adolescents.

Mais, ici encore, il faudrait examiner les faits de plus près. On doit constater d'abord que, si le chômage était conséquence ou fonction de la dénatalité, il aurait dû aller en croissant en France, depuis le début du XIXe siècle ; or, il n'en a rien été. D'autre part, on ne voit pas comment l'accroissement du nombre des enfants contribue à augmenter le pouvoir d'achat des familles. Sans doute, cet accroissement orienterait la demande des produits dans d'autres voies que celles où elle se dirige.

« Avec A. Thiroux, au cours d'un travail que nous avons communiqué à l'Académie de médecine, nous avons trouvé le record du nombre des bactéries au centimètre carré : c'est à l'appareil téléphonique qu'appartient cette palme : 2.000 bactéries par centimètre carré sur l'écouteur, et près de 550.000 bactéries par centimètre carré sur le microphone, placé devant la bouche ; ce qui ferait une très jolie moyenne de 550.000.000 par mètre carré. » (J. RISLER. Microbes et contagion. 1 vol., 1934, Vigné, édit.)

BIBLIOGRAPHIE

Etude de psychologie sexuelle, par Havelock ELLIS. LES CARACTÈRES SEXUELS PSYCHIQUES SECONDAIRES ET TERTIAIRES ; édition française, revue et augmentée par l'auteur, traduit par A. Van Gennep, 1 vol. Prix : 20 francs. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

Ce volume est le dix-huitième de cette vaste encyclopédie, de ce véritable traité de sexuologie, le seul que nous ayons jusqu'ici.

Recherches anthropométriques sur la Croissance des diverses parties du corps. Etude de la Puberté et de son influence sur les accroissements et sur le pigment. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1935.

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une étude de la croissance de l'adolescent à 13 1/2, 14 1/2, 15 1/2, 16 1/2, 17 1/2 ans, avec les transformations semestrielles auxquelles elle donne lieu. L'âge de ces adolescents est celui de la *Puberté*.

Depuis sa publication, en 1902, le première édition de ces « Recherches sur la croissance » n'a pas cessé de recevoir, dans son détail, comme dans ses conclusions et dans ses lois, une pleine confirmation de la part des chercheurs. Il peut être attribué une absolue confiance aux notions et résultats multiples qu'elles présentent et que les observateurs ne rencontreraient d'ailleurs dans aucun autre travail sur la croissance, la convergence des circonstances avantageuses dont l'auteur a bénéficié étant fort rare : depuis 1891 et pendant des années, sur chaque adolescent d'un groupe de 230 (plus de 300 en comptant ceux d'une première école (aux Andelys), ont été relevées 175 mensurations et notations répétées semestriellement 9 fois. Ainsi s'est constitué un ensemble qui mérite le nom d' « auxologie », avec sa méthode, sa technique et ses lois et qui semble avoir contribué à retenir l'attention sur un sujet dont bien peu se préoccupaient à l'époque.

Le complément, plus de 100 pages, de cette deuxième édition, concerne exclusivement la *puberté*, la détermination précise de l'heure de son éclosion, qui peut et doit être prévue à une année de distance pour la fille comme pour le garçon, les étapes et la durée de son installation, — la distance entre la puberté et la nubilité constitue la phase que j'ai appelée « *internubilo-pubertaire* » — données aujourd'hui classiques, son action dominatrice sur les phases de la vie, son influence continue sur les accroisements du corps, sur ses proportions, sur le rythme du développement des os longs, des segments du corps (rythme alternant) et aussi sur les changements de couleur du pigment.

La précocité et le retard de l'éclosion pubère, ainsi que leurs conséquences à l'égard du processus de croissance de l'adolescent sont étudiés de très près.

Néphrites toxiques aiguës, par M. FAURE-BEAULIEU et Robert CAHEN. Collection des Actualités de médecine pratique. 1 vol. in-16 de 150 pages avec figures dans le texte, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

S'il est une « actualité de médecine pratique », c'est bien la question des néphrites toxiques aiguës : *a*) actualité en raison des formes nouvelles que la chimiothérapie moderne a fait éclore, et des recherches biochimiques qui, de jour en jour, nous font pénétrer plus avant dans le mécanisme des lésions et des symptômes ; *b*) intérêt pratique en raison des progrès réalisés dans le traitement des néphrites aiguës, et des précautions à prendre pour éviter les erreurs thérapeutiques.

Les auteurs ont développé tout particulièrement le chapitre de la néphrite mercurielle ; c'est à son propos que la physiologie pathologique générale des néphrites a été exposée en détail, ce qui a dispensé d'y revenir à propos des autres formes.

Les Lettres ardentes de Napoléon à Joséphine. 1 vol. de la Collection « Documents curieux », papier de luxe, tirage limité et numeroté Prix : 9 francs, H. Beer, éditeur, 11, rue Guénégaud, Paris.

Tandis qu'on publie les lettres de Napoléon à Marie-Louise, on ne relira pas sans intérêt celles qu'il écrivait à Joséphine, lettres ardentes, qui respirent l'enthousiasme du jeune général, l'élan de ses premières victoires, les frénésies de son premier amour.

M. Beer en a donné le texte intégral, accompagné d'un commentaire précieux. Son édition est un petit chef-d'œuvre.

Centres de style de la sculpture nègre africaine, par Carl KJERSMEIR. I. *Afrique Occidentale française*. Un vol. in-4°, Prix : 50 francs. Editions Albert Morancé, 30, rue de Fleurus, Paris.

Dans cette œuvre l'auteur, s'appuyant sur la documentation fournie, tant par les musées que par les traités spéciaux, se propose de donner une présentation de l'art plastique des tribus nègres africaines chez lesquelles, par la qualité ou par la quantité, la vie artistique a atteint un tel développement qu'un style propre s'en dégage.

Au cours d'une expédition en 1931-32 en Afrique occidentale française, l'auteur a visité plusieurs des tribus traitées dans le présent livre, les Bambara, les Malinké, les Ouassoulou, les Habbé, les Baga, les Bobo, les Tourka, les Mossi, les Senofo, les Sémon et les Samo. De ces régions assez peu étudiées jusqu'ici, il a rapporté une série d'œuvres typiques et rigoureusement locales sur la signification et l'emploi desquelles, il a recueilli, dans toute la mesure du possible, les explications des indigènes.

Par son texte et ses illustrations, l'œuvre achevée — qui selon le plan doit compter cinq volumes — constituera un manuel utile pour les études futures de la sculpture nègre africaine.

La bibliographie générale sera donnée dans le dernier volume.

Le livre contient quarante-huit pages de texte et 64 planches, dont 17 reproduisent des œuvres de la collection de l'auteur.

Mœurs et coutumes des Papous. (*Quatre ans chez les Cannibales de la Nouvelle-Guinée*. 1914-1918, par le Capitaine H. DETZNER. Traduit de l'allemand par M. JEANSON. Un vol. in-8 de la Collection d'Etudes, de Documents et de Témoignages pour servir à l'Histoire de notre temps, avec une carte. 20 fr. Payot, 106, bd St-Germain, Paris.

Une mission américaine qui vient d'explorer le massif central de la Nouvelle-Guinée, cette île gigantesque dont la superficie est près de deux fois celle de la France, déclare y avoir « découvert » une peuplade inconnue qu'elle a baptisée les « Papous des Rochers » et dont elle décrit les mœurs extraordinaires. Or, ces Papous des Rochers on les connaissait déjà grâce au capitaine Detzner, un explorateur involontaire, si l'on ose dire, lequel passa plus de quatre ans dans ces régions du massif central guinéen alors presque entièrement inconnu. Ce sont les curieux souvenirs de ce nouveau Robinson qui paraissent aujourd'hui en édition française.

Envoyé en Nouvelle-Guinée allemande au printemps de 1914 pour y délimiter la frontière entre les territoires allemands et anglais, le capitaine Detzner se trouvait dans l'hinterland au moment de la déclaration de guerre. Plutôt que d'être fait prisonnier par les Australiens, il préféra prendre la brousse et vécut de 1914 à 1918, seul blanc chef d'une petite colonne d'indigènes, parmi les Papous cannibales des grandes montagnes. Le récit de ces quatre années d'aventures exceptionnelles forme une œuvre comme on en lit peu souvent. Ce n'est pas du dehors que le capitaine Detzner décrit les singulières façons de vivre de ces Canaques. Il a partagé leur précaire existence quotidienne pendant de longues années, se nourrissant avec eux de mauvais fruits sauvages, de la chair coriace de l'oiseau de paradis, et même de serpents, se terrant avec eux en troglodyte dans les failles des rochers, se laissant même prendre à de rares moments de dépression à leur sinistre magie, assistant aux festins de cannibales qui, dit-il, sont plus responsables de l'extinction de la race indigène dans l'île que toutes autres calamités, épidémies ou catastrophes. (« Si mes observations sont exactes, écrit l'auteur, je crois pouvoir affirmer que le cannibalisme, pendant les quatre années que j'ai passées en Nouvelle-Guinée, a causé la mort de 20 % de la population. »)

L'ouvrage présente, en outre, une valeur scientifique incontestable. Le capitaine Detzner, en parcourant dans toutes les directions la forêt vierge tropicale (« pendant des mois, dit-il, nous étions imbibés d'eau comme des éponges ») et les hauts massifs montagneux de la Nouvelle-Guinée, a noté toutes leurs particularités géographiques, climatiques et géologiques.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 20 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 18 MAI 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. Paris 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assises internationales périodiques triennales de pathologie cardio-vasculaire. — La compagnie fermière des eaux minérales de Royat, La Société médicale et la Commission de publicité de la Station, ont l'avantage de faire connaître qu'elles organisent pour mai-juin 1936 la première des journée des *Assises internationales périodiques triennales de pathologie cardio-vasculaire.*

Le numéro spécial du *Progrès Médical* d'aujourd'hui, consacré aux *Spasmes vasculaires pathologiques*, représente une introduction pour la première de ces Assises.

La réunion du printemps 1936 sera consacrée au *Tonus vasculaire : physiologie, pathologie, thérapeutique.*

Une note ultérieure donnera de plus amples détails.

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — Lundi 13 mai. — M. Lesguillons. Les injections locales de sang et de novocaïne dans le traitement des eczémas. — M. Penez. Rappel de quelques syndromes nerveux dans les affections digestives. M. Brawerman. De la dyspnée de Cheyne-Stokes, remarques cliniques, pathogéniques et thérapeutiques.

14 mai. — M. Chausselat. Etude de la sécrétion lactée et du traitement de son insuffisance. — M. Carrasco. La grosse rate dans la première enfance. — M. Marcus. Les ictères du nouveau-né. — M. Viacter. La prophylaxie de la diphtérie à l'hospice des Enfants-Assistés. Ses résultats. — M. Viderman. A propos d'un cas de pseudo-kyste uni-périosté du fémur par syphilis osseuse du nourrisson. — M. Nouaille. L'antivirusthérapie locale appliquée au traitement des infections buccales du nouveau-né. — M. Njiri. L'anémie chez les myxœdémateux. M. Encausse. Sciences occultes et déséquilibre mental. M. Gallot. Essai de psychologie à la physiologie des obsédés. — M. Truelle. Etude critique de la valeur antalgique du chlorhydrate d'histidine. — M. Wilner. Contribution à l'étude histochimique et pathogénique des artérites chez les diabétiques atteints de gangrène des membres inférieurs.

15 mai. — M. Bückler. Assainissement des eaux potables dans les grandes villes de Hongrie. — M. François. Le paludisme autochtone à Rochefort-sur-Mer. — M. Gireaux. Etude des accidents rénaux au cours du traitement aurique. — M. Marcusohn. Hygiène du paysan roumain dans la plaine. — M. Neuman. L'avortement dans l'histoire.

16 mai. — M. Berbet. Etude des gros reins chez l'enfant. M. Meynard. Etude des tumeurs gastriques bénignes. — M. Boissier. Sur un signe peu connu de l'hérédo-syphilis et son association fréquente à la myopie. — M. David. Les crises nitritoïdes localisées. — M. Raybaut. Le kala-azar autochtone de l'adulte, diagnostic clinique et biologique. — M. Barrault. Utilisation des radiations dans le traitement du cancer de la prostate. — M. Boulard. Opération dite de Steinach dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — Mme Boissier. Essai sur les névralgies laryngées supérieures. — M. Guérin. L'ostéothorionécrose tardive des maxillaires. — M. Martin. Etude de l'anatomie de l'amygdale palatine et des suppurations péri-amygdaliennes.

17 mai. — M. Barrès. Etude sur l'emploi du calomel dans les troubles gastro-intestinaux du nourrisson. — M. Bigey. Diagnostic du sexe du fœtus pendant la gestation. — M. Canizarès. L'anesthésie épidurale en obstétrique. — M. Graur (Jaucou). Considérations sur l'étiologie de la prophylaxie de l'accouchement prématuré. — M. Feffer. Fonctionnement de la consultation de nourrissons annexée à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine en 1934. — M. Hauert. De la résection du ganglion dans les troubles circulatoires du membre inférieur.

18 mai. — M. Brunet. Etude statistique sur les bacillaires d'un dispensaire. — M. Fernandez-Garcia. Etude de la distension gazeuse du cul-de-sac pleural antérieur au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. Huriau. Les cavernes pulmonaires géantes par tuberculose ulcéro-fibreuse stationnaire — M. Schoffer. L'action du gluconate de calcium comme adjuvant de la chrysothérapie. — M. Valet-Bellot. Le lipiodol dans le parenchyme pulmonaire humain. — M. Bakulin Ber. Abcès froid thoracique consécutif à la ponction pleurale et son traitement prophylactique.

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra seize leçons, commencera le lundi 27 mai 1935, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants : les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique :

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences. — 1° Généralités sur l'instrumentation nécessaire : numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2° Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3° Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire. — 4° Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5° Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6° Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7° Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8° Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9° Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. Benda, médecin des hôpitaux. — 10° La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11° La réaction de fixation (B. W.). Les dosages. — 12° et 13° La réaction de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14° Les méthodes de floculation, par M. le Docteur Targowla. — 15° Cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien (Réactions biologiques), par M. le Docteur Targowla, (ancien chef de clinique. — 16° Les propriétés physiques appliquées au sang (pH, cryoscopie, viscosité, etc.), par M. Sannié, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces confé-

rences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Cliniques pratiques.* — Le lundi 27 mai et les lundis suivants, à 11 heures, au Laboratoire central d'électro-radiologie, dans le service de M. P. Aubourg, un ou plusieurs malades seront présentés, avec commentaires : de l'histoire clinique ; du résultat des examens de laboratoire ; du diagnostic différentiel et de la conduite des traitements physiothérapiques à employer ; de la statistique des résultats obtenus dans des cas similaires.

27 mai, P. Aubourg : Diabète datant de vingt-quatre ans. Négativation électrique. Résultats immédiats cliniques et humoraux. — Statistique de quarante cas. — 3 juin, J. Surmont : Luxation traumatique grave de l'épaule. Paralysie du circonflexe. Ostéome. Electro-diagnostic, chronaxie. Traitements employés. — 17 juin, P. Le Co : Arthrite sacro-iliaque. Rétropulsion du sacrum. Traitement ostéopathique. Traitement de consolidation, par les courants exponentiels. — 24 juin, L. du Rey : Cellulite. — 1er juillet, C. Piffault : Cirrhose ascétogène. Traitement par diathermie. — 8 juillet, M. M. Lecoux : Salpingite, résultat du traitement de Luxeuil.

L'assistance à ces conférences et démonstrations de clinique courante, destinée aux étudiants et médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Internat de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à six emplois d'interne titulaire en médecine à la Maison de Saint-Lazare et pour la désignation de six internes provisoires aura lieu le 29 juin 1935 à la Préfecture de police.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (personnel). Il sera clos le 29 mai 1935, à 16 heures.

Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. *Changement de date.* — Le quinzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu samedi 1er juin 1935 (au lieu du 25 mai) à 19 h. 30, au Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. le Docteur Jayle, ancien secrétaire général et ancien président du Syndicat des médecins de la Seine.

Nous rappelons qu'un bal suivra le banquet à partir de 22 h. 30. Les parents et amis des membres du Syndicat des médecins de la Seine y sont cordialement invités ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

Les grandes journées d'Auvergne. — A l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de sa fondation, la Fédération thermale d'Auvergne qui groupe les cinq stations du puissant bassin hydrominéral d'Auvergne, la Bourboule, Châtel-Guyon, le Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire, prépare une série de grandes fêtes.

Un triple cycle thermal, touristique, artistique se déroulera du 30 juin au 7 juillet, tant au sein des cinq stations que dans les admirables sites qui les environnent.

Le cycle thermal comprend une réception officielle et un gala dans chaque station. Il commencera par l'inauguration, à Royat, d'un monument à la mémoire de M. Auguste Rouzaud, apôtre du thermalisme français, suivie d'un banquet. Cette solennité qui réunira toutes les personnalités du thermalisme sera présidée par M. Queille, ministre de la Santé publique.

Le cycle touristique se propose de faire admirer les merveilles de cette pittoresque région qu'on a baptisée « le pays des paysages ».

Le cycle artistique évoquera les traits éternels de l'Auvergne : ses eaux, ses volcans, ses manoirs, ses églises romanes, ses légendes, son folklore, son histoire, véritable résurrection d'une province française.

En voici le programme : 30 juin, fête nautique et légendaire sur le lac Chambon ; 2 juillet, cour d'amour, dans la cour d'honneur du château de Chazeron ; 4 juillet, solennité médiévale sur le parvis de l'église d'Orcival ; 6 juillet, éruption volcanique au Puy-de-Dôme ; juillet, l'épopée d'Auvergne au stade de Clermont-Ferrand.

L'originalité de ces spectacles et leur ampleur font honneur

à la Fédération fondée par le Docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale et climatique française et qui continue, sous la présidence du Docteur Mazeran, ancien président de la Société d'hydrologie, à marcher à l'avant-garde du thermalisme français.

Pour ces fêtes, des conditions avantageuses seront faites au Corps médical.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des fêtes de Clermont-Ferrand.

Monument Rouzaud à Royat. — Un Comité de personnalités thermales s'est constitué pour ériger, par souscription, un monument à la mémoire de M. A. Rouzaud en souvenir des services qu'il a rendus à la cause du thermalisme.

Ce monument, œuvre du sculpteur Mabru sera érigé dans le parc thermal de Royat, et inauguré au cours des fêtes organisées par la Fédération thermale d'Auvergne a, pour célébrer son jubilé, le 30 juin 1935. Pour renseignements s'adresser au Comité, 32, rue Vignon, Paris.

Société amicale des Médecins alsaciens, (9, rue d'Astorg, Paris, VIIIe). — La prochaine réunion de cette Société aura lieu le lundi 27 mai, à 19 h. 30, à l'Hôtel des Deux-Mondes, 22, avenue de l'Opéra.

Ses membres sont invités à assister ensuite au dîner amical qui suivra et au cours duquel sera fêté le cinquantième anniversaire de l'Alsace à table, sous la présidence de M. Mallarmé, ministre de l'Education nationale, ancien président à la Chambre des Députés, de la Commission d'Alsace et de Lorraine.

M. Braun y fera une causerie inédite sur les menus en Alsace. Des artistes de nos théâtres nationaux ont promis leur gracieux concours à cette soirée qui promet d'être des plus brillantes et au cours de laquelle on entendra dans le dialecte quelques airs nationaux.

Les adhésions sont reçues, 9, rue d'Astorg, Paris (VIIIe).

Nécrologie. — Docteur Georges Bourcart, de Cannes, décédé dans sa 60e année. — Docteur Louis Gangolphe, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à l'âge de 87 ans. Il était le frère du Docteur Michel Gangolphe, décédé, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu. — Docteur Louis Lancial, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille décédé à l'âge de 75 ans. — Docteur Joseph Morault, de Nantes, décédé dans la 73e année. — Docteur Miltas, de La Souterraine (Creuse). — Docteur Raoul Rivoal, de Tréboul (Finistère). — Maurice Bonnet, externe des hôpitaux de Toulouse. — Raymond Charbuey, étudiant en médecine, de la Faculté libre de Lille, décédé à l'âge de 22 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la Fièvre ondulante, par le Docteur Cambessédès. Un volume in-8 de 52 pages : 8 francs. (*Collection les Thérapeutiques nouvelles.* Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

L'étude de cette maladie comporte des enseignements théoriques plein d'intérêts, surtout au point de vue de la physiopathologie, et des conséquences thérapeutiques fort importantes qui en découlent. C'est précisément, à tenter de dégager quelque-uns de ces enseignements, que ces travail est consacré.

Revue des cours et conférences. Parait le 15 et le 30 de chaque mois du 11 décembre au 30 juillet. Abonnement : un an, 60 francs ; le numéro, 1 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 avril : Pierre Jourda : L'évolution de Moreas (I) : Des Syrtes aux Cantilènes. — Ch. Lalo : L'art et l'action (II) : Ecrivains et artistes. — Henri Hauser : Les idées et la politique économique du cardinal de Richelieu (VIII) : Le grand dessein de Richelieu. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (VII) : Le long flirt indécis d'un poète et d'un roi. — Robert Pitrou : Lyriques autrichiens d'aujourd'hui (IV) Deux jeunes : Kramer et Zernatto ; un poète arrivé, Werfel. — A. Feugère : Rousseau et son temps (VI) : Vauvenargues réfutation vivante de La Rochefoucauld. — Poquet du Haut-Jussé ; Deux féodaux, Bourgogne et Bretagne (VII) : Ch. le Téméraire et François II. — F. Larré : Soutenance de thèse : La censuire au théâtre et au cinématographe. La réaction idéaliste au théâtre, par Dorothy Knowles.

TRAVAUX ORIGINAUX

Introduction à l'étude des spasmes artériels

Par le Prof. **Maurice LOEPER**

La question des spasmes artériels reste à l'ordre du jour et personne n'en méconnaît aujourd'hui l'importance dans la genèse de certains accidents aigus et graves des membres, des viscères et du cerveau.

Jadis, on invoquait la lésion artérielle et on en affirmait la responsabilité alors même qu'on n'en trouvait pas la preuve anatomique. Actuellement, on ne voit guère dans la lésion du vaisseau qu'une cause favorisante, capable de préparer les troubles, de les aggraver plus encore que de les déterminer.

La brusquerie d'ailleurs avec laquelle ces troubles apparaissent plaide en faveur de leur origine spasmodique autant que leur habituelle brièveté et l'on sait que l'artère est sous la dépendance du système sympathique et que l'excitation de ce système la contracte ou l'obture pour plus ou moins longtemps.

Les médicaments et médications du sympathique se sont multipliés naturellement au fur et à mesure que la physiologie de ce nerf se précisait et que s'accusait sa responsabilité.

Nombreuses et intéressantes sont les expériences des physiologistes qui se sont employés à expliquer à la fois la production du spasme et son mécanisme. Souvent, elles le saisissent sur le fait et sur le vif, ainsi que le montrent les remarquables études de Riser, dans le territoire des artères cérébrales.

Il paraît bien acquis que le spasme peut à lui seul et à coup sûr supprimer pour un temps l'afflux du sang dans un organe, dans un muscle, ou dans un tissu.

Il est certain qu'il peut naître sous l'influence d'une émotion, d'un choc nerveux aussi bien que de l'absorption d'un toxique ou d'un médicament. On a même dit qu'il pouvait être précédé d'un trouble digestif et traduire un bouleversement humoral, une rupture d'équilibre physicochimique, un choc anaphylactique. A vrai dire, il naît surtout sous l'influence de l'hypertension et les constatations de Pal vieilles de trente ans restent d'actualité et leur exactitude apparaît chaque jour plus flagrante.

Le spasme provoque à lui seul la sidération d'un hémisphère, d'un lobe cérébral ou d'une rétine ; il suspend la fonction hépatique, l'irrigation du cœur ou l'élimination rénale.

De cet arrêt momentané résulte pour l'organe une inhibition de ses fonctions immédiate et parfois durable.

Le spasme saisit brusquement l'organe et y fait apparaître une crampe, une douleur, une céphalée, un vertige. Il est comme un état de stupeur. Il peut faire naître la lésion ou du moins le phénomène moléculaire qui la précède ou la réalise. C'est alors comme un souvenir persistant de l'inhibition primitive.

Ainsi l'angor, ou certaines angors, la constipation et la crise intestinale, la crampe du mollet et l'impotence fonctionnelle du membre inférieur traduisent en clinique le spasme des artères correspondantes.

Mais il faut savoir que les spasmes se produisent chez des prédisposés ; que beaucoup atteignent des artères déjà malades. Il ne faut pas abuser d'un diagnostic simpliste ni y voir toujours un élément de tranquillité. La répétition d'un spasme sur une même artère témoigne à coup sûr d'une lésion antérieure. Cette lésion, silencieuse jusque-là, appelle le spasme ou le permet, elle peut le rendre en tout cas plus grave et permettre une oblitération durable ou définitive et une nécrose des tissus. Ainsi se produit plus ou moins tôt, après des crises de spasme répétées, la gangrène d'un orteil, le ramollissement d'un cerveau ou l'infarctus du myocarde.

La pharmacodynamie a mis en évidence toute une série de substances spasmogènes, telles que par exemple l'ergotine, la tyramine, l'adrénaline. Elle a fait voir aussi que des toxines microbiennes possédaient une action analogue. Beaucoup agissent par l'intermédiaire du sympathique et provoquent le spasme en excitant ses filets nerveux. On dit ces substances sympathicotropes ou mieux sympathicomométiques.

Mais il en est qui agissent directement sur le tissu des vaisseaux, sur leurs fibres et que l'on doit nommer léiotoniques.

Dans la première catégorie, on range surtout l'adrénaline. Dans la seconde, on peut placer l'ergotamine, cet alcaloïde de l'ergot, découvert par Stoll, et dont l'action est à la fois léiotonique et sympathicolytique, ce qui peut paraître contradictoire ou paradoxal.

Les meilleurs médicaments antispasmodiques seront le plus souvent des sympathicolytiques : ils paralyseront le sympathique ou affaibliront son tonus comme l'yohimbine, l'acétylcholine, comme l'ail même ; ce seront aussi des hypotoniques musculaires, des léiatoniques comme la trinitrine, le benzoate de benzyle, le nitrite d'amyle, les corps nitrés et peut être la papavérine et la perparine.

L'importance du sympathique reste pourtant prédominante et les spasmes par hypertonie du sympathique sont infiniment fréquents.

Il ne faut donc pas être surpris que les chirurgiens à la suite de Leriche et de ses élèves aient songé à traiter le spasme artériel par la résection plus ou moins étendue du sympathique et se soient passionnés pour cette technique.

La sympathectomie périartérielle est devenue, pour les membres surtout, une opération courante et souvent, sinon toujours, efficace contre la gangrène et contre la douleur.

Elle est le plus souvent locale et limitée à un tronc artériel. Elle peut être sanglante ou médicamenteuse. La méthode sanglante est plus délicate surtout sur des artères altérées et fragiles. La méthode chimique préconisée par Dorn avec le triphényl consiste en un badigeonnage vraiment inoffensif.

La sympathectomie peut monter plus haut et s'attaquer à la chaîne sympathique abdominale ou cervicale à distance du membre, de l'artère ou de la région spasmée.

Ainsi a-t-on préconisé les injections de novocaïne parachidienne pour traiter les spasmes étendus. Sur les conseil de Pende même la chirurgie a sectionné le splanchnique. Elle a ainsi réalisé une opération de l'hypertension spasmodique aux résultats de laquelle concourt peut-être l'inhibition de la surrénale.

Plus discrète, mais de même orientation pathogénique, est l'irradiation de la surrénale ou plutôt du système sympathique qui l'entoure.

Différente, mais déjà riche de résultats simple dans sa technique et ingénieuse dans sa pathogénie, est la thérapeutique de Lemaire, de Louvain. Elle consiste à injecter dans le territoire métamérique qui correspond à la lésion viscérale, une certaine quantité de novocaïne — et peut obtenir ainsi la régression du spasme et de la douleur.

Quelque encourageantes que soient ces tentatives et quelque espoir que peut nous donner une action directe sur l'artère malade ou son système nerveux, il ne faut pas oublier que les troubles humoraux, les variations du liquide intérieur, les variations aussi de la tension superficielle, l'excitabilité anormale de la paroi vasculaire ont leur rôle dans la production du spasme ou dans les éléments qui le préparent ; que l'action thérapeutique ne se doit pas limiter au sympathique ou au muscle artériel : qu'elle doit envisager aussi le milieu intérieur. Les médications antivisqueuses, les médications éliminatrices, les produits qui modifient la tension superficielle ou la viscosité, tels le citrate de soude, les alcalins, l'octanol, sont actuellement les plus vantés.

Il ne faut pas négliger non plus l'altération ou l'induration des parois vasculaires, l'utilisation des médicaments a...

plissants, fibrolytiques, calcolytiques ou stérolytiques qui seuls peuvent prévenir l'oblitération en modifiant le tissu et en agissant si possible sur ses précipitations.

On voit toute l'importance des spasmes vasculaires en pathologie, toute leur valeur pathogénique. On mesure aussi les nombreuses indications thérapeutiques qu'ils commandent.

Les divers éléments de cette intéressante question sont admirablement exposés ici par des auteurs particulièrement compétents dont les études rendront, nous en sommes certains, de grands services aux cliniciens.

Les spasmes vasculaires en Neurologie

(IIe Mémoire) (1)

Par M. RISER

Professeur de clinique neurologique
à la Faculté de médecine de Toulouse

Depuis longtemps, médecins et profanes ont été frappés de l'apparition de phénomènes cliniques, bénins d'emblée ou d'apparence infiniment plus grave, survenant brutalement ou avec un minimum de prodromes, atteignant rapidement leur apogée dramatique : paralysie d'un membre, d'un côté, aphasie, cécité, et disparaissant sinon brusquement, tout au moins rapidement, sans la moindre séquelle.

On connaissait, depuis Raynaud, cette paralysie transitoire, anesthésique, précédée de près, et en tous cas accompagnée par la pâleur blafarde et la froideur des doigts : une origine vasculaire était évidente, due à la contraction intense, au spasme de la tunique musculaire des artérioles, contraction allant jusqu'à l'effacement, déterminant en amont une stase sanguine et en aval une ischémie quasi totale, responsable de tous les troubles.

Le spasme des artères périphériques a été l'objet d'innombrables travaux cliniques et expérimentaux, et leur concordance réalise un admirable chapitre de la Pathologie fonctionnelle, si pleine de difficultés, si riche de réalités et de promesses, précédant la lésion, la créant sans doute, comme l'a si heureusement montré Leriche.

En quelques vingt ans, cette question des spasmes artériels périphériques, attaquée de toutes parts, étaient singulièrement éclaircie grâce à l'anatomie reliant artères et artérioles au réseau sympathique général, à la clinique, aux investigations capillaroscopiques, artériographiques, à la chirurgie thérapeutique et à l'expérimentation, étroitement liées ; ici, le spasme est quasi certain, cliniquement ; il est visible pour le radiographe ; le chirurgie le crée à volonté par l'irritation mécanique du vaisseau, artère ou veine ; il le libère, sous le contrôle de la vue, par l'application chaude, la diathermie, la sympathicotomie péri-artérielle, qui font disparaître les effets redoutables de l'ischémie, conséquence de la sténose du vaisseau. On en peut dire autant des spasmes oculaires : l'artère centrale de la rétine est merveilleusement visible, et ses spasmes rétrécissant à l'extrême, jusqu'au calibre filiforme, jusqu'à la disparition totale, les branches artérielles, (phénomènes objectifs faciles à percevoir), sont étroitement jumelés aux troubles fonctionnels : rétrécissements du champ visuel, cécité transitoire ; à mesure que le spasme desserre son étreinte, spontanément ou sous l'effet de l'acétylcholine, la perception lumineuse revient de plus en plus nette et complète.

A partir de maintenant, les certitudes cessent, et seules vont nous guider les similitudes fonctionnelles : en otologie, en neurologie, nous allons retrouver des phénomènes de déficit localisés, brusques, intenses, peu durables, de localisations variables, disparaissant sans séquelles : surdité, hémiplégie, aphasie, hémianopsie ; ils avaient été soupçonnés, dès 1880 par Charcot, à propos des migraines accompagnées, mais la théorie de l'inhibition s'était dressée contre eux ; elle expliquait à sa manière les déficits brutaux et peu durables, avec *restitutio ad integrum* ; elle conserve encore de chauds partisans.

Mais cette théorie ne peut éclaircir certaines constatations essentielles : ces phénomènes de déficit relèvent de l'atteinte de territoires vasculaires précis. Les confrontations anatomiques ne manquent pas non plus. On connaît bien le mécanisme de ces lésions cérébrales par ramollissement artéritique ; l'artère est plus ou moins obturée, et en aval de la sténose, l'ischémie commande un déficit d'abord minime, transitoire, puis durable, d'un district précis de parenchyme. Or, cette ischémie est mal tolérée.

Elle peut être améliorée ou supprimée par le jeu des anastomoses car les observations de Lhermitte ont montré que seules sont terminales les artères lenticulo striées de la sylvienne.

Mais l'oblitération peut intéresser un gros tronc, les anastomoses ne jouent pas, le foyer de ramollissement se constitue avec son caractère définitif.

Or, ces mêmes syndromes peuvent être absolument temporaires, très brusques, avec une restitution complète qui écarte l'idée de toute vicariance par les anastomoses, de toute lésion. Comment alors invoquer l'inhibition, si vague, devant les signes de déficit si précis et si localisés ? Ne vaut-il pas mieux invoquer encore la même pathogénie vasculaire topographique, mais transitoire, un spasme par conséquent ? D'ailleurs, ces spasmes ont parfois été saisis sur le vif au cours de trépanations.

Voilà donc rapidement esquissé l'aspect général de la question et on devine tout de suite le plan sur lequel elle est essentiellement située, *plan clinique*, puisqu'il s'agit de phénomènes fonctionnels transitoires, invisibles dans l'immense majorité des cas. Ajoutons deux choses : l'intérêt extrême de ces études au point de vue de la physio-pathologie générale se double d'un intérêt clinique évident : Ces spasmes, phénomènes d'alarme, précèdent souvent les phénomènes de déficit par ischémie définitive ; il y a tous les intermédiaires entre ceux-ci et ceux-là ; par ailleurs, la thérapeutique est certainement efficace dans bien des cas.

Leur étude systématique est de date récente et on a compris déjà pourquoi. Dans les quinze dernières années, cliniciens, anatomo-pathologistes, chirurgiens, physiologistes, ont singulièrement pénétré le problème et le IIe Congrès d'oto-neuro-oculistique de Marseille 1928, marque une date importante.

Depuis, de nombreux travaux histologiques et expérimentaux ont vu le jour, ceux du Neurological Unit de Harvard et de Boston en particulier.

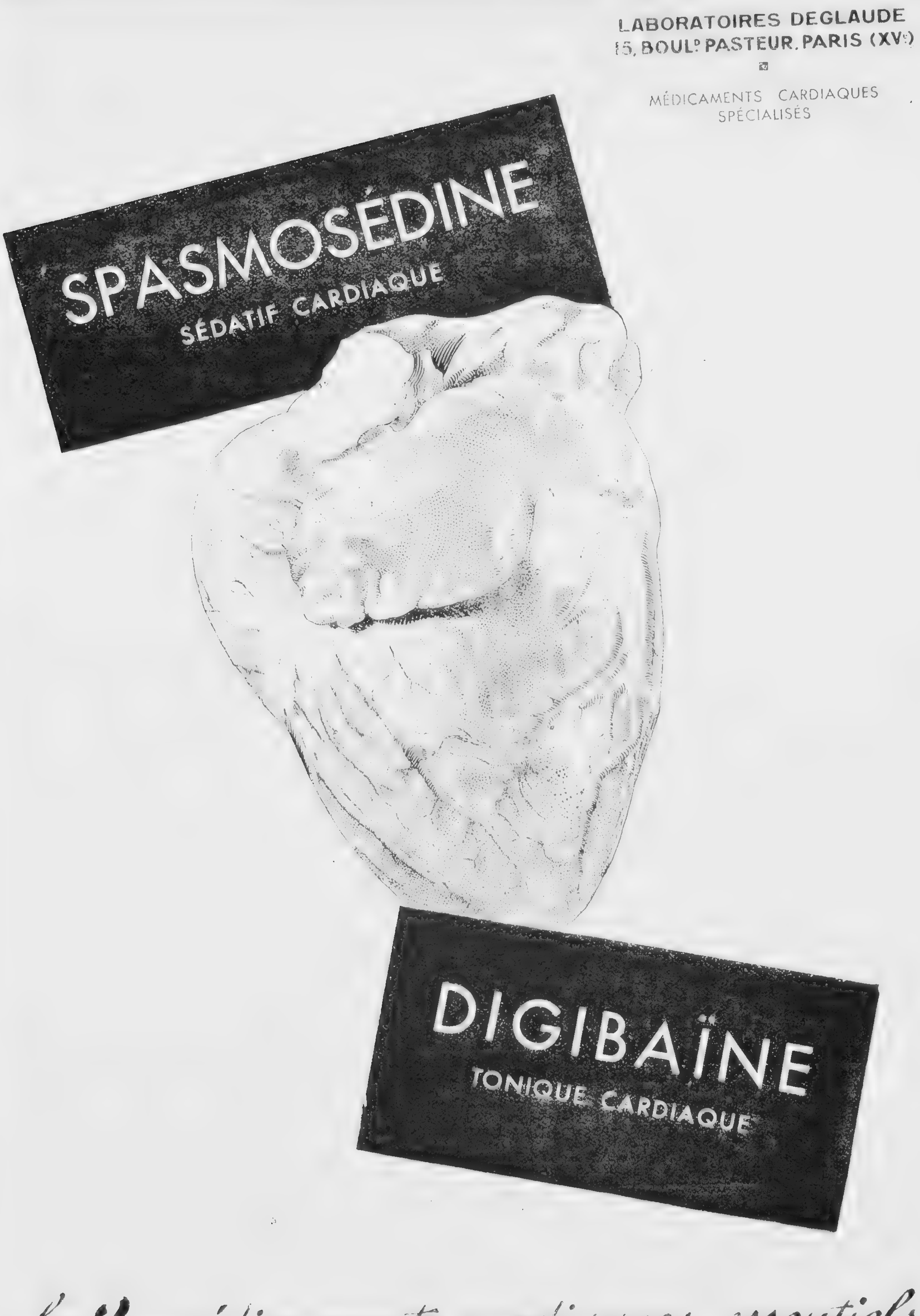
Malgré tous ces efforts, les inconnues abondent.

II. — Le point de vue histologique

Résumons le rapidement ; la présence de fibres nerveuses autour des artères cérébrales et surtout du polygone, des artères piales et choroïdiennes, est à l'heure actuelle hors de conteste, et démontrée par une série de travaux précis et concordants, Findlay, Gulland, Hassin, Junet et Clark, Merland et Sarradon, Shapiro ; à ce propos il faut particulièrement souligner ceux de Stöhr, de Penfield.

De la gaîne périvasculaire se détachent les filets nerveux qui semblent provenir du sympathique cervical. (Ce point n'est pas absolument établi). Ils cheminent le long des artères piales, les pénètrent et s'épanouissent par les terminai-

(1) Notre premier mémoire a paru dans l'*Encéphale*, juillet-août 1931 (en collab. avec Meriel et Planques).


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

sons de forme classique dans l'adventice et la couche musculaire.

L'innervation des artères profondes intraparenchymateuses est moins certaine pour Stohr. Mais Chorobski et Penfield l'affirment dans un récent mémoire qui paraît ne pouvoir plus convaincant : cette innervation n'est vraiment nette que pour les artérioles assez volumineuses et de moyen calibre ; les petites artères terminales en sont dépourvues.

Pour les auteurs précédents l'origine sympathique n'est pas certaine ; la suppression de toutes les fibres sympathiques qui pénètrent par les carotides et les artères vertébrales n'entraînent pas une dégénérescence appréciable des nerfs périvasculaires méningo-cérébraux, ce qui explique les modifications minimes sur la circulation cérébrale des sympathectomies péricarotidiennes.

Est-il besoin de souligner les conséquences physio-pathologiques de ces faits ? *Rien ne s'oppose à la production de spasmes vasculaires cérébro-spinaux puisque les vaisseaux piemériens qui se dirigent vers la profondeur, possèdent une innervation certaine.*

III. — Le point de vue expérimental

La question des spasmes cérébro-spinaux est évidemment liée à celle de la vaso-motilité cérébrale, problème des plus importants et des plus controversés qui soient. D'une part, depuis Hill, en 1890, jusqu'à Baylis, en 1924, de nombreux auteurs parmi les plus compétents, soutiennent la quasi inexcitabilité propre des vaisseaux encéphaliques ; d'autre part, « on ne peut concevoir qu'une si prodigieuse diversité dans l'activité cérébrale fonctionnelle ne soit pas, au moins en partie, conditionnée par une vaso-motricité d'une sensibilité et d'une importance exceptionnelles.... cette vaso-motricité est en réalité plus active, plus sensible, plus remarquablement soumise à l'activité d'admirables appareils correcteurs et régulateurs que celle d'aucun autre viscère » (Tinel).

Voilà les deux thèses opposées, qui le sont bien.

Ces divergences sont explicables parce que les techniques d'étude, très difficiles, très variées, doivent être d'une extrême précision ; et cependant les expériences seront multipliées parce que, *dans le domaine de la vaso-motricité, seule compte la première réponse à l'excitant ou à l'inhibant, car les effets s'épuisent vite et se contredisent.* Il faut ensuite éliminer toutes les actions secondaires exercées sur le système nerveux et les vaisseaux cérébro-méningés par les variations de la circulation générale, pression artérielle et veineuse en particulier qui, en n'importe quel sens, ont une grande importance et doivent être soigneusement estimées. Il faut enfin coordonner et comparer les résultats obtenus par les différentes techniques d'exploration.

Celles-ci sont loin d'avoir la même valeur ; on en trouvera un exposé excellent avec une bibliographie très importante (et exacte) dans le remarquable travail de Forbes et Wolff (*Arch. of Neuro. a. Psych.*, juin 1928) ; modification du pouls et du volume cérébraux sous diverses influences, modifications de l'écoulement du liquide, variations brusques de la pression du liquide qui peuvent servir à mesurer les variations rapides de volume du cerveau, si les variations de volume du sang artériel et veineux de la boîte cranienne sont connues ou supprimées ; examen direct des modifications de calibre des vaisseaux cortico-méningés en milieu clos (suivant la technique du hublot de verre (Donders, Forbes et Wolff) que je crois avoir simplifiée considérablement en rendant la dure-mère transparente par le coagulène en poudre) ; étude du volume cérébral par la méthode des perfusions, portant sur des vaisseaux isolés ou sur l'organe tout entier.

Il y a peu d'auteurs qui aient eu la patience d'approfondir chacune de ces méthodes et de les confronter, discipline pénible, mais ici indispensable plus que partout ailleurs. C'est ce que j'ai tenté de faire, depuis 1920, avec mes élèves, Bec, Couadau, Meriel et Planques, Sorel. Nous avons pris une position précise qui sera très rapidement résumée, puisque je l'exposerai plus complètement dans le rapport au Congrès Neurologique International de Londres, 1935 et dans le Rapport à la Réunion Neurologique Internationale, en 1936, que l'on m'a fait le très grand honneur de me confier.

1) **L'action du sympathique cervical** sur les vaisseaux périphériques de la tête et sur l'œil qui porte, à juste titre, le nom de Claude Bernard, s'exercerait également sur tous les vaisseaux cérébraux : spasme pendant l'excitation, vaso-dilatation après inhibition. Plus de quarante mémoires sont consacrés à la question, rapportant des observations plus ou moins précises, utilisant presque toujours une seule technique.

Parmi les expériences les plus récentes, les plus ingénieuses, les plus nettes, il faut citer celles de Finesinger et Putnam, Pool, Forbes et Nason qui utilisent la technique remarquable de la tête isolée et la mensuration directe des vaisseaux piaux, ou de la perfusion avec le propre sang de l'animal, à débit régularisé. Ces auteurs trouvent une vaso-constriction de 10 à 15 % en moyenne, dans la majorité des cas. Avec Meriel et Couadau, j'ai procédé à une série importante d'excitations variées du ganglion cervical supérieur, parfaitement et rapidement isolé, chez le chien, le chat, le lapin, en même temps qu'étaient enregistrées les pressions artérielle et veineuse, les modifications de calibre des artères périphériques des artères du fond de l'œil et cérébro-méningées, (méthode du hublot ou de l'éclaircissement de la dure-mère). Cent excitations ont été faites chez trente animaux avec des résultats absolument constants, d'une objectivité évidente :

a) L'instillation d'adrénaline dans l'épaisseur du ganglion ou son infiltration périphérique, ne déterminent aucun phénomène nouveau.

b) La première excitation légère du ganglion cervical supérieur par le courant faradique, pendant 15 à 20 secondes, est immédiatement suivie, du côté homologue, de mydriase extrême, d'exophtalmie ;

Les artérioles périphériques (observées au microscope et mesurées en série) du tissu cellulaire, des muqueuses de la gueule, se contractent d'une manière tellement intense que leur calibre est complètement effacé ; elles ne renferment plus de sang ; ce spasme bien connu va durer 50 à 60 secondes après que l'excitation a pris fin, souvent bien davantage.

Les artères du fond de l'œil (1) se contractent avec intensité elles aussi de 50 à 100 %, s'effaçant parfois complètement (la pupille est alors absolument décolorée) immédiatement après le début de l'excitation. En général, celle-ci est maintenue 8 à 20 secondes. Dès qu'elle a pris fin, le spasme de l'artère centrale de la rétine cesse, si elle est maintenue plus longtemps, le spasme cesse après une vingtaine de secondes.

Les vaisseaux cérébro-méningés, de tout calibre, artérioles, capillaires, veineux, ne se contractent jamais plus de 5 à 6 % de leur calibre primitif (cause d'erreur habituelle des mensurations, au moins pour nous ;) ajoutons que chez le chat, le chien, l'excitation du ganglion cervical supérieur détermine toujours simultanément une excitation nette du vague (tronc commun) d'où hypotension artérielle, bradycardie, augmentation concomitante des pressions veineuse et du liquide céphalo-rachidien, celle-ci causée par celle-là.

c) Après ouverture partielle des jugulaires, l'excitation du ganglion cervical supérieur ne détermine ni hypertension veineuse, céphalique ni hypertension cranienne ; on constate également l'immuabilité du volume cérébral. Il n'y a donc pas de spasme de vaisseaux profonds.

d) Lorsque l'excitation du ganglion cervical supérieur est précédée par la section du « pneumogastrique », en réalité vago-spinal, au 1/3 supérieur du cou, l'effet sur la mydriase est la même, sur l'artère centrale de la rétine il est souvent moindre.

e) Les effets vaso-constricteurs des artères du fond de l'œil s'épuisent très vite, après deux ou trois excitations, même si on augmente l'intensité de l'excitation.

(1) Il est indispensable d'examiner le fond d'œil à l'image droite et sans toucher le globe en quoi que ce soit.

Les excitations, moyennes et fortes, déterminent exactement les mêmes effets généraux plus brutaux, avec phénomènes d'épuisement plus rapides et plus durables ; les troubles cardiaques sont naturellement beaucoup plus graves ;

f) Chez l'homme, j'ai eu l'occasion d'examiner avec mes maîtres, Cestan et Frenkel, un blessé par balle, logée à la base cranienne ; dans certaines positions de la tête, le projectile était déplacé et il se produisait immédiatement une exophtalmie avec mydriase, de la pâleur de la papille, sans le moindre trouble cérébral.

En résumé, pour nous, l'action du sympathique est presque immédiate, considérable et durable sur les artères périphériques, presque immédiate, considérable et peu durable sur l'artère centrale de la rétine, à peu près nulle sur les vaisseaux cérébro-méningés superficiels et profonds ;

2) **Action de l'oxygène**. — Tinel a rapporté des faits d'un haut intérêt : l'action constante et remarquable de l'oxygène sur la vaso-mobilité cérébrale. Il y aurait une vaso-constriction immédiate et intense, se traduisant par l'effacement du pouls cérébral, une chute considérable de la pression du liquide céphalo-rachidien, voire même un arrêt de l'écoulement. Je n'ai malheureusement pas pu observer ces faits, ni chez l'animal, ni chez l'homme (10 sujets, 100 inhalations). L'inhalation assez rapide de 20 à 100 litres d'oxygène chez 20 chiens n'a jamais modifié la pression du liquide, tant que la tension artérielle et la tension veineuse demeurent indemnes, ce qui est la règle, sauf si on distend trop le thorax de l'animal ; le volume cérébral n'a jamais été modifié.

Chez quinze sujets normaux, hommes et femmes, coopérants, inhalant 20 à 60 litres d'oxygène au masque, la pression du liquide est restée dix fois au même chiffre. Cinq fois elle a baissé de 2 à 3 cc. dès les premières inhalations d'oxygène ou d'air ordinaire (témoin).

Pour ce qui est du pouls cérébral, chez les trépanés (récents seulement), nos inscriptions tout à fait précises, montrent en effet, dans les deux tiers des cas une diminution de l'amplitude du pouls cérébral, mais la courbe générale ne s'infléchit pas comme cela serait s'il y avait diminution du volume du cerveau (la capsule est appliquée sur la brèche cranienne d'une manière étanche, bien entendu.

Enfin, dans aucun cas, chez vingt sujets normaux, l'oxygène n'a déterminé le moindre spasme de l'artère centrale de la rétine. Les artérioles périphériques de la tête ne subissent aucune modification : *l'oxygène n'est pas un vaso-constricteur cérébral* ;

3º **Le problème de l'adrénaline** (et agents vasomoteurs sympathomimétiques, éphédrine en particulier.

Nul n'ignore les puissants effets vaso-constricteurs des poisons sympathomimétiques sur les artères périphériques, sur celle du mésentère, du rein, de la rate ; par contre, ils n'ont qu'une action infime et contestable sur les coronaires et les artères pulmonaires.

L'action de l'adrénaline sur les vaisseaux cérébraux a été étudiée depuis longtemps et comporte une bibliographie considérable. Il est impossible de ne pas citer, à ce sujet, les monographies de Hirsch, Trendelenburg, les travaux de Forbes et Wolff, Finesinger et Putnam.

L'opinion communément admise est que l'adrénaline contracte nettement les vaisseaux cérébraux, mois cependant que les artères périphériques ; de plus, le spasme est raccourci et diminué par l'hypertension artérielle et veineuse générale qui suit très rapidement l'administration de la drogue (Becht, Loeper, Lemaire et Patel).

a) A la suite de mes premières recherches sur la question, avec Sorel, Meriel et Planques, j'avais conclu, au contraire, à une absence constante, régulière de vaso-constriction cérébrale, aussi bien chez l'homme que chez l'animal. Des travaux de contrôle étaient alors entrepris par Forbes et ses collaborateurs, en utilisant nos méthodes de comparaison de la vaso-mobilité des artères cérébro-spinales et périphériques; dans l'ensemble, M. Forbes a bien voulu adopter nos conclusions premières ; l'adrénaline aministrée par voie veineuse ne contracte jamais les artères cérébrales ; par injection carotidienne, en application locale, la contraction est des plus minimes nullement comparable, et de très loin, à celle des artères périphériques.

Le problème de l'adrénaline paraissait résolu dans ce sens, lorsque les travaux de J. Ley, d'une part, de Tinel et Ungar d'autre part, ont tout remis en question.

Chez le lapin, J. Ley obtenait avec l'adrénaline des spasmes aussi intenses que ceux des artères périphériques en augmentant, au préalable l'alcalose sanguine. Il est facile, dit Tinel, de faire apparaître le très haut pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline sur les vaisseaux cérébraux, chez le cobaye, par l'administration préalable d'yohimbine, de tartrate d'ergotamine, de peptone, à très fortes doses.

Avec Becq et Couadau, j'ai donc de nouveau repris toute la question sur une vaste échelle (150 animaux et 600 examens) en mettant en œuvre toutes les techniques d'examen dont il a été question plus haut ; voici un très rapide exposé de nos travaux :

a) Les effets des adrénalines synthétiques ou extractives, ne sont pas essentiellement différents, quels que soient leurs Ph :

b) La technique de trépanation et d'observation doit être particulièrement délicate et minutieuse parce que la compression, le badigeonnage des artères cérébro-méningées déterminent des spasmes mécaniques (voir plus loin); beaucoup de protocoles pèchent par cette base ;

c) L'alcalinisation des humeurs de l'animal, la préparation préalable par le choc peptonique, l'yohimbine, le tartrate d'ergotamine, ne donnent pas à l'adrénaline un pouvoir vaso-constricteur, ne révèlent pas une propriété cachée ;

d) Les injections intraveineuses habituelles ne déterminent pas chez l'animal un véritable spasme cérébral ; il en est de même si on supprime les effets secondaires de l'hypertension artérielle ou veineuse générales (technique de la tête isolée de ses connexions vasculaires et nourrie par du sang à pression constante) ;

e) Les injections carotidiennes de doses faibles ou moyennes, non mortelles d'adrénaline, déterminent toujours : une mydriase importante et durable,

une vaso-constriction intense de 60 à 100 % des artères périphériques du domaine de la carotide externe, et durable,

une vaso-constriction importante de 30 à 60 % et parfois 100 % de l'artère centrale de la rétine, mais pendant quelques secondes seulement ; elle est suivie de vaso-dilatation durable,

une absence de vaso-constriction ou une constriction des artères cérébrales superficielles et profondes, absolument infime, de l'ordre de 2 à 8 % et contrastant hautement avec les résultats précédents ;

f) L'instillation très délicate d'adrénaline au millième, autour des artères cérébro-méningées, chez l'animal et chez l'homme ne détermine aucune vaso-constriction réelle et constante. On peut injecter, sans aucun effet nocif, 1 à 2 milligr. d'adrénaline dans la fosse cérébello-bulbaire, on n'observera, ni paralysie des membres, ni troubles cardiaques ou respiratoires, chez l'animal comme chez l'homme.

En résumé, *ni l'adrénaline sous quelque forme que ce soit ni l'éphédrine ne sont des vaso-constricteurs cérébraux, alors que leur action sur l'artère centrale de la rétine n'est pas douteuse, tout au moins par la voie carotidienne* ;

4º **Les solutions hypertoniques** introduites dans le sang déterminent la rétraction du parenchyme nerveux et la vaso-constriction artérielle bien connues.

Mais j'ai montré que ces phénomènes ne pouvaient nullement être assimilés à des spasmes ;

5º Il n'en est pas tout à fait de même de l'action des convulsivants à haute dose et en particulier de la *caféine*, étudiée parfaitement par Fiensinger. Je ne nie pas naturellement l'action vaso-constrictive nette de la caféine, à très haute dose mais elle est trop générale, trop immédiatement suivie de dilatation, trop variable, souvent accompagnée de chutes brusques de la tension artérielle.


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

6° Enfin NI LE LOBE POSTÉRIEUR D'HYPOPHYSE, NI LE TARTRATE D'ERGOTAMINE, chez l'homme et chez l'animal, en injections intraveineuses ou intracarotidiennes, ni appliquées localement autour des artères cérébro-méningées, ne déterminent de vaso-constriction tant soit peu nette, constante, précise ;

7° Seule l'histamine, en applications locales est susceptible de déterminer une bizarre vaso-constriction passagère, que J. Ley a très bien représentée.

En résumé, après un longue et minutieuse expérimentation, sans cesse révisée et contrôlée, nous demeurons sur nos positions. Le régime de la vaso-mobilité est entièrement différent, suivant que l'on observe des artères périphériques, l'artère centrale de la rétine, les artères cérébrales, à l'égard du même excitant ou inhibant. Il ne faut pas dire, en particulier : l'artère centrale de la rétine émanant des cérébrales antérieures, a les mêmes propriétés physiologiques que celles-ci ; ou bien les réactions vaso-motrices de l'artère centrale de la rétine nous éclairent sur les réactions vaso-motrices du cerveau ; (la précieuse tonométrie de Bailliart n'est pas en cause, bien entendu).

En réalité, il est particulièrement difficile d'obtenir des spasmes caractéristiques des artères cérébrales par les constricteurs vasculaires habituels, agents pharmacodynamiques, et excitation adrénalinique ou électrique du ganglion cervical supérieur, tandis que la réponse des artères cérébrales aux divers excitants par la vaso-dilatation est de règle.

Les spasmes expérimentaux authentiques

Cependant, chez l'animal, il est très facile de réaliser des spasmes expérimentaux très nets des artères cérébrales, brutaux, localisés ; d'une manière très simple, par le courant induit et l'attouchement mécanique. J'ai pu confirmer, avec Mériel et Planques d'une manière complète, les travaux de Florey et de Howe, chez tous les animaux de laboratoire et chez l'homme ; la trépanation, l'ouverture de la dure-mère, tant soit peu brutale, par attouchements, compression, déterminent des modifications vaso-constrictives certaines. Comme nous, J. Ley les produit constamment et très facilement.

L'attouchement direct des artères avec le bout d'une fine pipette arrondie pendant 15 à 20 secondes, détermine une vaso-constriction de 20 à 40 %, parfois de 60 à 80 % et l'artère n'admet plus de globules qu'en simple file. Ce spasme est tout à fait local, peu durable, pendant quelques minutes. La contraction déterminée par le courant électrique est un peu différente : à la suite d'une excitation minime se déclenche un spasme artériel interne de 70 à 80 % du calibre primitif, parfois total ; il est très localisé et ne se transmet pas, comme il a été dit, si l'excitateur n'est pas déplacé. Ce spasme est plus durable que celui provoqué par attouchement mécanique ; il est renouvelable au bout de quelques minutes de repos (*Fig.* 1 et 2).

Enfin, j'ai commencé un certain nombre d'expériences qui ne manquent pas d'intérêt : chez l'animal trépané, porteur du hublot, ou avec une dure-mère éclaircie, on injecte doucement dans la vertébrale droite, une suspension de graines très fines. Souvent celles-ci s'engagent d'emblée dans les bulbaires et l'animal meurt plus ou moins vite ; si les embolies sont poussées trop rapidement, les phénomènes circulatoires généraux décrits par Villaret et de Sèze se produisent et interrompent l'expérience. Dans les cas heureux d'observation, quelques graines franchissent le polygone, s'engagent dans les branches terminales des sylviennes méningo-corticales et s'arrêtent à ce niveau. J'ai vu parfois apparaître en aval de l'obstacle une contracture du vaisseau, brutale, intense, parfois durable, augmentant encore l'effet ischémique de l'embolus même, bref, un spasme artériel authentique par irritation mécanique.

Conclusion. — *Dans le domaine expérimental, chez les vertébrés, les spasmes d'artères cérébro-spinales sont impossibles à obtenir par l'excitation du sympathique cervical et par les vaso-constricteurs habituels, adrénaline, éphédrine, extrait de lobe postérieur d'hypophyse. A l'égard de ces excitations, les artères périphériques, du fond de l'œil, et cérébrales, se comportent suivant trois modes absolument distincts, propres à chaque catégorie. Par contre il est facile d'obtenir des spasmes expérimentaux par l'irritation mécanique attouchant les parois artérielles ; il est possible d'en obtenir de très nets au niveau des embolus expérimentaux.*

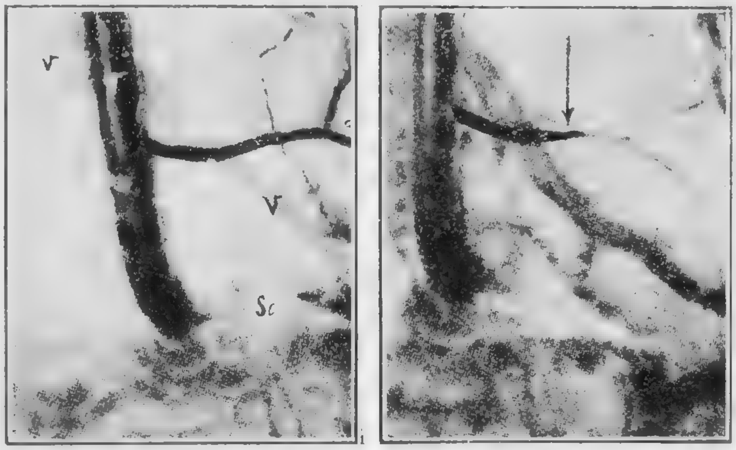


Fig. 1. — Spasme très intense par le courant induit faible, bobine 9 ; quinze secondes, 150 interruptions. L'excitateur a été déplacé vers la droite à partir de la flèche, témoin à gauche.

IV. — Le point de vue clinique

Chez l'homme la notion du spasme des artères cérébro-spinales repose sur des données très différentes qui se rejoignent : comme chez l'animal l'innervation périvasculaire et vasculaire des vaisseaux cérébro-méningés est certaine ;

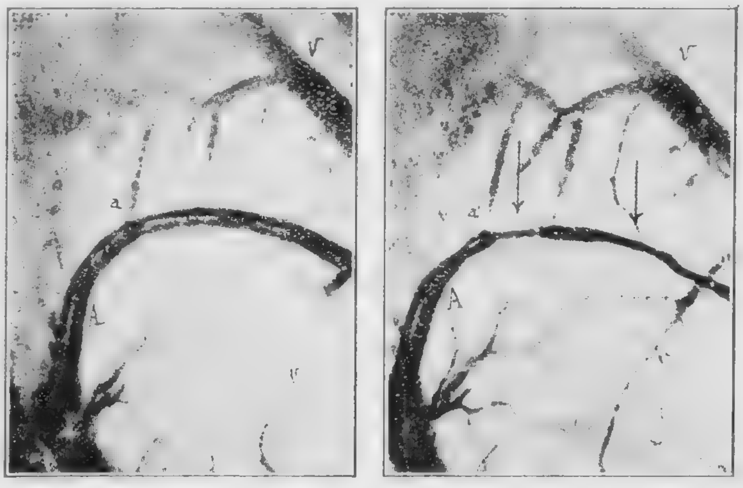


Fig. 2. — Spasme intense et localisé par le courant induit faible après quelques interruptions, bobine 9. Rétraction intense à l'endroit où les deux branches de l'excitateur ont touché l'artère ; témoin à gauche.

Comme chez l'animal, l'adrénaline, l'éphédrine, le lobe postérieur d'hypophyse, l'oxygène, ne déterminent pas de contraction nette et précise des vaisseaux cérébraux.

Comme chez l'animal, l'attouchement simple et la faradisation du vaisseau cérébral, sont suivis d'un spasme localisé peu durable, mais très net ;

Enfin, au cours de trépanations, on a pu observer des spasmes indiscutables : « Je n'oublierai jamais le spectacle d'un cerveau largement découvert, par une trépanation, au cours

d'une crise épileptique ; il devint, avec une extrême brusquerie, blanc comme plâtre, absolument vide de sang sur toute l'étendue où il était visible. L'opéré eut une crise tonique et clonique pendant cette phase de pâleur du cortex ; je compris alors la brusquerie de certaines attaques épileptiques et j'eus l'impression de connaître le facteur de la crise » (Barré).

Au cours de traumatismes cérébraux, Beck, Donders, Cushing ont vu, très peu de temps après le choc, un spasme des vaisseaux encéphaliques, en général passager, mais qui peut se prolonger. Lenormand, Wertheimer et Patel, dans leur rapport récent sur « le traitement immédiat des fractures de la base du crâne » accordent une grande importance à ces troubles vaso-moteurs. Il faut convenir immédiatement de la rareté de ces observations. De plus, un certain nombre d'entre elles ont une valeur minime par l'absence de constatations précises de la pression artérielle générale ; celle-ci vient-elle à beaucoup baisser, en cas de syncope cardiaque par exemple, on comprendra un blanchiment du cerveau qui ne sera cependant pas dû à un spasme dans le sens exact du mot.

Mais d'autres arguments, indirects il est vrai, rentrent en ligne de compte. Examinons-les succinctement :

Il faut signaler tout d'abord l'absence fréquente d'oblitération totale des artères d'un territoire ramolli, ce qui laisse supposer l'addition de deux facteurs ischémiants : l'artérite anatomiquement constituée, partiellement sténosante et un spasme surajouté, contraction durable de la paroi musculaire du vaisseau qui aggrave la sténose anatomique.

Ces faits très importants ont été étudiés par Foix et ses élèves et ont servi de point de départ à de multiples recherches. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'étudier très minutieusement les artères de plusieurs hémisphères présentant de gros ramollissements par artérites sylviennes ; l'obstacle a pu être repéré avec précision il n'était pas complètement oblitérant comme le démontra l'injection d'eau colorée par le tronc principal ; en aval de l'obstacle, les branches collatérales étaient exsangues, mais parfaitement perméables.

Dans un autre cas (obs. II de notre premier mémoire) le cerveau gauche d'un de nos malades présentait un vaste ramollissement superficiel ; par l'injection d'une solution fluide de gélatine colorée et iodurée à une pression de 10 cm. Hg, on a pu facilement constater que toutes les branches de distribution de la sylvienne étaient perméables depuis le tronc primitif jusque dans la portion atrophiée et ramollie des substances grise et blanche. On a alors ouvert à plat l'arbre artériel (à un grossissement bino et stéréo de 30 fois) ; on constata plusieurs sténoses assez serrées mais non complètes par foyers de panartérite cholestérino-calcaire et d'artérite gélatiniforme.

On saisit bien l'addition de deux facteurs ischémiques, le spasme fonctionnel et l'obstacle matériel.

Le caractère clinique de certains phénomènes entraîne vers l'idée d'anémie transitoire, donc de spasme encéphalo-spinal : *un déficit fonctionnel avec signes organiques assez brusques, transitoire, suivi de restitutio* ad integrum, (*au moins la première fois*), *renouvelable, voilà la série des caractères importants des angio-spasmes artériels en neurologie.*

On y peut ajouter, dit Bremer dans son rapport, plein de justesse et de mesure, au deuxième Congrès oto-neuro-ophtalmologique, un ensemble de preuves convaincantes : associations ou alternances de manifestations angiospasmiques, périphériques ou viscérales, efficacité préventive ou curative des vaso-dilatateurs.

Pour expliquer ces faits bien connus, brutaux mais transsitoires, on a eu recours également à l'hypothèse de l'inhibition, mais celle-ci ne peut s'accommoder d'une constatation essentielle : *les phénomènes dont nous parlons relèvent de l'atteinte d'un territoire vasculaire précis.*

A ce propos, personne ne niera les patients mérites des anatomistes, mais on ne saurait passer sous silence les travaux de merveilleuse synthèse anatomo-clinique de Charles Foix. La question des localisations et des centres en neurologie n'a pas à être discutée ici ; un fait domine les débats qui ont repris plus âpres que jamais ; chez l'homme adulte, l'atteinte de certains territoires vasculaires précis entraîne des troubles fonctionnels transitoires ou définitifs, précis ; la lésion d'une cérébrale postérieure ou antérieure, du tronc de la sylvienne, des branches corticales ou profondes de cette artère, déterminera des syndromes cliniques d'une extrême définition : paralysies, anesthésies de type dimidié, aphasie, hémianopsies et leurs combinaisons, remarquablement exposées sous ce jour de topographie vasculaire par Foix et ses élèves, Hillemand, Ley, Lévy, Schiff-Wertheimer en particulier.

Cette distribution des symptômes a donc une allure de topographie vasculaire, souvent indéniable que l'hypothèse de l'inhibition expliquerait bien plus mal. Enfin nombreux sont les cas vérifiés de lésions en foyer par ramollissement artéritique, comportant par exemple une hémiplégie ou aphasie, et précédés à distance plus ou moins grande de mêmes troubles de déficit, mais temporaires brutaux, passagers, rapidement passagers même, ce qui écarte, avons-nous dit, toute idée de secours par les anastomoses.

Voilà donc l'ensemble des faits qui militent en faveur de la conception des spasmes vasculaires en neurologie. On voit tout de suite qu'il s'agit essentiellement d'une hypothèse de travail étayée en bien des points d'ailleurs.

***

Acceptons donc cette hypothèse.

Dans quelles conditions peut-on observer des spasmes vasculaires en neurologie ? On connaît la classification étiologique de Bremer ; il expose d'abord l'histoire des angiospasmes causés ou favorisés par l'*artérite cérébrale*, surtout corticale quelle qu'en soit la nature. « Ce sont peut-être les moins bien établis », ajoute-t-il d'ailleurs dans ses conclusions.

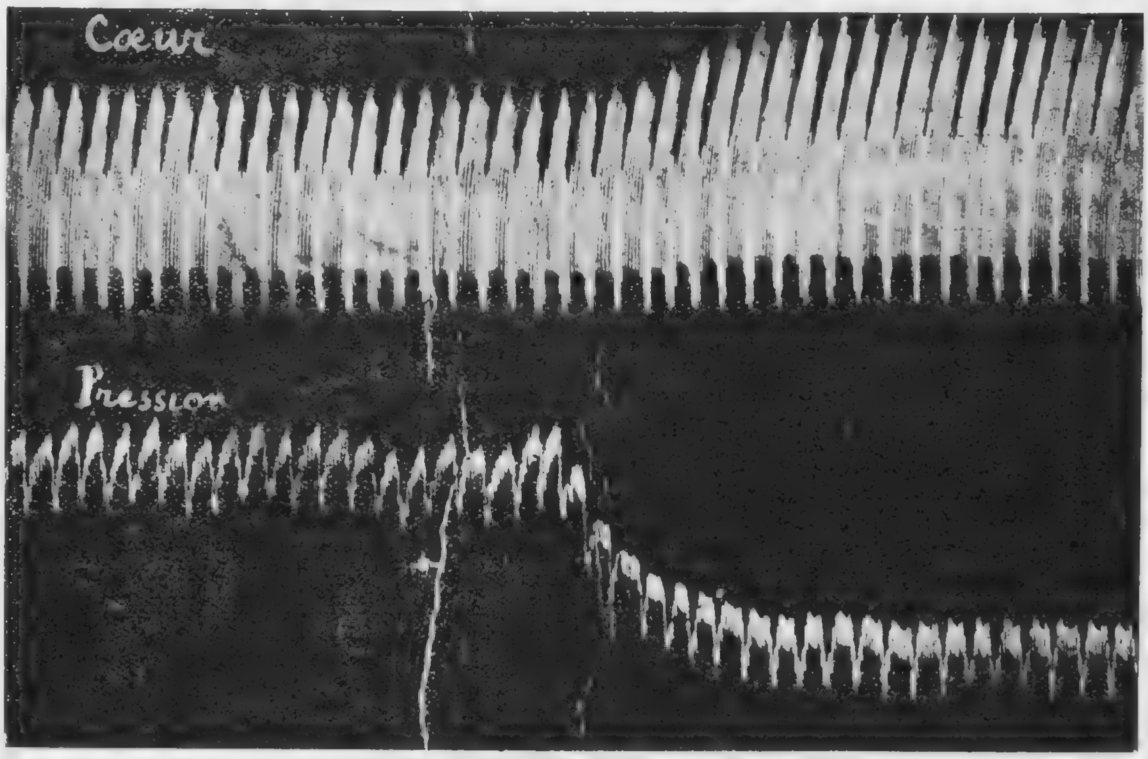
On les observe sous la forme bien connue de symptômes prémonitoires, bénins ou graves d'emblée, toujours brutaux, souvent récidivants, précédant de plus ou moins loin le ramollissement par ischémie importante ; mais ceci n'est pas obligé ; ces éclipses cérébrales (Donzelot) peuvent demeurer isolés.

L'observation n° 1 de notre premier mémoire est particulièrement typique : une artérite sténosante, latente de la sylvienne tout entière détermina vingt-sept heures avant un grand ramollissement un syndrome de même apparence, apparu brusquement, disparu en 1 heure 1/2, comprenant tous les signes de déficit du vaste territoire sylvien, dans l'ordre suivant : hémianopsie homonyme, aphasie sensorielle et anarthrie, coma et hémiplégie droite complets, puis quelques minutes après disparaissent dans l'ordre suivant : le coma, l'hémiplégie, l'hémianopsie, l'aphasie, l'hémianesthésie, la dysarthrie ; la *restitutio ad integrum* fut absolument complète.

Les spasmes « peuvent se répéter dans un bref intervalle de temps : un de nos confrères albuminurique nous communique son auto-observation où une hémiplégie définitive fut précédée d'une attaque d'hémiplégie transitoire « cinq minutes montre en main », mais complète ; tout s'efface, mais deux heures après, nouvelle hémiplégie complète, pure, sans la moindre obnubilation ; elle dure cinq minutes elle aussi, s'efface complètement. Une heure après, troisième attaque absolument superposable aux précédentes, mais qui dure plus longtemps et cette fois le côté reste lourd ; enfin dans la même journée, une quatrième attaque est bien définitive.

Il faut différencier ces phénomènes de l'ingravescent apoplexy typique où le syndrome de déficit se constitue par étapes ; mais alors la régression n'est pas absolue après chaque attaque de paralysie.

Il faut également souligner, dans tous nos cas les plus typiques la présence d'une lésion sylvienne locale, particulièrement mais non complètement sténosante. Elle jouait peut-être ce rôle mécanique d'irritant dont nous avons vu l'intérêt et l'importance dans les spasmes expérimentaux. Schwartz avait fait une hypothèse : la plaque d'artérite est peut-être le point de départ de cette irritation spasmogène qui se propage vers le territoire terminal de l'artère. Chez



Action hypotensive et cardiotonique chez le chien.
En + injection du **Sedo-Hypotenseur Dausse**

l'animal par les embolus expérimentaux dont il a été parlé, il est possible d'observer un spasme serré en aval de l'obstacle. Bien entendu dans l'artério-sclérose les spasmes ne se produisent pas au niveau des gros troncs rigides, mais en de nombreux points restés souples.

Mais pourquoi aujourd'hui plutôt qu'hier, alors que ces lésions ne se constituent pas en quelques jours ? On ne saurait répondre. En tout cas un rapprochement était intéressant.

Il est plus aléatoire d'incriminer la pathogénie vasculaire de *crises d'épilepsie* précédant ou accompagnant les ramollissements que Sorel récemment a bien étudiés. Je lui avais communiqué une observation intéressante d'un artérioscléreux dont les crises comitiales partielles étaient remarquablement jugulées par l'acétylcholine. Beaucoup, parmi les malades précédents, ont simplement de l'artériosclérose cérébrale, avec foyers d'artérite évolutive, de l'artérite syphilitique, ou d'autre nature ; ils sont assez souvent, mais non obligatoirement, tant s'en faut, des hypertendus albuminuriques ou diabétiques.

On en peut rapprocher quelques sujets atteints de MALADIE DE RAYNAUD », paraissant essentielle avec angiospasmes, tantôt périphériques, tantôt cérébraux (Osler, Oppenheim, Wilder, Sarradon). Le spasme précède-t-il ou commande-t-il l'artériolite, lésion seconde, ou inversement ? On ne saurait répondre avec certitude.

Même remarque à propos de cas de spasmes sylviens au cours de MÉNINGITES MÉLITOCOCCIQUES (Roger et Sarradon) ; il s'agit, avant tout, de crises paresthésiques centrales, avec ou sans troubles moteurs, très souvent répétées, avec réaction méningée intense ; on ne peut dire qu'il s'agit d'une irritation extérieure par une plaque méningée ou d'une artérite mélitococcique véritable.

UNE IRRITATION DIRECTE, MÉCANIQUE, d'une ou plusieurs artères, est un des moyens les plus sûrs au point de vue expérimental de déterminer un angiospasme localisé. Peut-être est-ce le mécanisme qui explique le ramollissement post-traumatique sur lequel Auvray, Ricker, Neubrirger ont insisté (en dehors de l'attrition cérébrale traumatique bien entendu).

Roger explique par une irritation locale, immédiate, des épisodes d'hémiplégie passagère au cours de l'évolution d'un tuberculome en contact étroit avec l'artère sylvienne. Et Pons m'a montré une tumeur appliquée sur la sylvienne à son origine, loin de la zone motrice qui, pendant plusieurs années se traduisit par des crises jacksoniennes.

b) *Dans beaucoup d'autres cas de spasme vaso-moteurs probables ou invoqués, les lésions artérielles manquent.*

LA MIGRAINE OPHTALMIQUE véritable est constituée, on le sait, vraisemblablement par une hémicranie mais aussi par des troubles passagers de l'acuité et du champ visuels, scotomes aveugles, scintillants, bilatéraux et homonymes, larges encoches hémianoptiques, d'origine centrale, (qu'il faut naturellement distinguer des spasmes de l'artère centrale) ; assez fréquemment la migraine est accompagnée de paresthésies, d'engourdissements mono ou hémiplégiques, d'aphasie, de phénomènes jacksoniens transitoires, d'une durée assez courte, quelques minutes le plus souvent. Ces phénomènes ont probablement une origine vasculaire constrictive (cérébrale postérieure seule), sylvienne si la migraine est accompagnée comme il vient d'être dit, origine soutenue par Claude, Flatau, Helvig, Laignel-Lavastine, Sicard, etc., etc. que Pasteur Vallery-Radot et Hamburger admettent dans leur monographie, tout au moins en ce qui concerne la première phase de la crise migraineuse ; la pathogénie vasculaire de la phase douloureuse est beaucoup moins certaine. En tout cas, rien ne prouve absolument que l'irritation sympathique commande ces spasmes (*cf.* ce qui a été dit plus haut à ce sujet).

LES CRISES DE PARESTHÉSIES BRACHIO-FACIO-LINGUALES de Roger et Sarradon sont très souvent accompagnées de symptômes sensitifs de déficit ; il est certainement difficile de les expliquer sans faire intervenir un spasme sylvien.

LA PATHOGÉNIE VASCULAIRE DE L'ÉPILEPSIE a été soutenue depuis longtemps et la comparaison avec les convulsions des grandes ischémies cérébrales s'est imposée à beaucoup. Mais les constatations précises d'un angiospasme diffus des vaisseaux du manteau, sont vraiment rares. J'ai rappelé plus haut la description saisissante que Barre a donné d'un cas observé. Arnaud, Fœrster, Horsley, Leriche, de Martel, Walter, etc. ont vu des crises vasculaires semblables, avec anémie du cerveau intense au moment de la crise. L'acétylcholine a fait parfois cesser des états de mal. Expérimentalement, je n'ai jamais pu produire de crises comitiales par injection d'adrénaline intracarotidienne, avec ou sans yohimbinisation préalable, ni par excitation du sympathique cervical, ni par pincement des vaisseaux carotidiens.

D'autres auteurs n'admettent qu'avec beaucoup de réserve la pathogénie angiospasmique de l'épilepsie, parmi lesquels Bremer dans son rapport au IIe Congrès oto-neuro-ophtalmologique.

J'ai eu l'occasion d'observer le cerveau au cours de deux crises comitiales, l'une jacksonienne sans perte de connaissance, l'autre d'emblée totale et ce, dès le début ; il n'y avait pas de vaso-constriction de l'écorce. Chez plusieurs malades, j'ai eu l'occasion d'examiner la pression rachidienne dès la première minute de la perte de connaissance ; elle était très élevée, avec battements ; j'inscrivais, tout récemment, le pouls d'un blessé qui eut une crise totale, tonico-clinique classique ; l'amplitude des pulsations cérébrales fut nettement exagérée pendant toute la durée de la crise.

Tous ces faits ne contredisent évidemment pas les constatations précédentes d'un vaso-spasme cérébral ; ils montrent simplement la complexité du problème ; toutes les crises comitiales ne sont probablement pas dues à un angiospasme cortical.

Il est encore beaucoup trop tôt pour admettre, avec certitude le rôle habituel de l'angiospasme dans L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE qui, d'après la conception de Westphall et Bär, Böhm, serait toujours précédée de petites atteintes ischémiques ; la vaso-dilatation passive, la lésion des parois vasculaires des artérioles et capillaires, faciliterait la rupture sous le choc de l'ondée sanguine.

Par contre, *chez les hypertendus artériels sans artérite*, les crises vasculaires bien connues de Pal, paraissent dans bien des cas être dues à un angiospasme.

DANS LE DIABÈTE, L'URÉMIE, A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT (Fruhonholz et Cornil), les paralysies, aphasies, brutales et transitoires, sont fréquentes ; s'agit-il de crises vasculaires sylviennes d'ordre autoxique, de minimes lésions d'artérite jouent-elles un rôle spasmogène, comme il a été dit plus haut, s'agit-il d'œdème cérébral par rétention chlorurée, d'une petite embolie ? tous ces facteurs peuvent s'intriquer. On en trouvera d'autres exemples judicieusement critiqués, ainsi qu'un exposé des facteurs qui déclenchent la crise, dans le rapport de Bremer et le dernier travail très complet de Roger et Sarradon.

***

Par définition, le pronostic des spasmes artériels du cerveau est bon et la *restitutio ad integrum* complète, dans la majorité des cas; il en est ainsi dans les migraines ophtalmiques simples ou accompagnées, les épilepsies par spasme, les crises paresthésiques des méningites, les angiospasmes en apparence essentiels de Roger.

Chez les artéritiques, les choses changent :

Si beaucoup de spasmes ne sont que des « éclipses cérébrales » suivant l'heureuse expression de Denzelot, il en est d'autres qui se prolongent, mettent le tissu nerveux en état d'ischémie durable et peuvent précéder ainsi des symptômes en foyer, hémianopsies en quadrant, hémiparésies résiduelles, symptômes importants, voire définitifs, plus ou moins étendus.

***

Un dernier point : Tous les auteurs signalent justement que dans nombre de cas, l'angiospasme n'est pas tout ; en parti-

culier, au cours des artérites, des intoxications, d'autres causes locales et générales peuvent agir dont Lhermitte a fait un exposé remarquable; Russel, Vincent, Foix et Ley, Flemming, Worms, ont montré l'importance de l'hypotension artérielle dans le mécanisme du ramollissement, et le rôle souvent néfaste des saignées en dehors de l'hypertension artérielle certaine, prise avec un appareil. Ce sont là des faits sûrs, que l'on doit faire connaître davantage.

Et, en définitive, il faut convenir d'une chose : bien souvent on affirme un spasme vasculaire cérébro-spinal devant des accidents brusques, transitoires, répétés. La preuve absolue en est rarement faite et tous les phénomènes paroxystiques ne relèvent certainement pas du seul domaine de la vaso-constriction.

Dans bon nombre de cas, la chose cependant a été vue, avec une précision extrême ; dans la plupart d'entre eux elle est simplement très probable, au point de commander nettement une thérapeutique spéciale, de vaso-dilatation cérébrale, souvent heureuse. Celle-ci est basée sur l'emploi à doses élevées (tout au moins à mon avis) d'acétylcholine (0 gr. 30 à 0 gr. 40 en une fois, trois à quatre fois en 24 heures), d'histamine (1 milligr. en une fois), de nitrite d'amyle, d'acide carbonique, dont j'ai montré les propriétés vaso-dilatatrices cérébrales avec Ducourneau.

Conclusions

D'un ensemble de travaux importants, cliniques, expérimentaux et anatomiques, souvent discordants, on peut cependant tirer quelques conclusions assez nettes.

On voit fréquemment chez l'homme des phénomènes de déficit nerveux, bénins ou graves, à début brusque, très rapidement progressifs se terminant également vite, avec *restitutio ad integrum* souvent complète, se reproduisant souvent avec une fréquence variable.

Dans quelques cas, il a été possible de surprendre *de visu* une contraction intense des vaisseaux artériels cérébraux, tout à fait certaine. Par ailleurs, des rapprochements très précis sont possibles avec des phénomènes de spasme des artères rétiniennes et périphériques, également visibles.

Tous les phénomènes nerveux brusques et transitoires ne sont certainement pas d'origine ischémique, mais cette pathogénie semble s'appliquer à beaucoup d'entre eux.

Il en est ainsi au cours des artérites cérébrales, de la première partie de la migraine simple ou accompagnée, au cours de certaines crises vasculaires de l'hypertension, des toxémies, ou essentielles. Si le spasme vasculaire a été identifié au cours de certaines crises comitiales, jaksoniennes surtout, il ne résume pas toute la pathogénie de l'épilepsie. L'action thérapeutique est souvent indéniable et des plus intéressantes.

Au point de vue de la pathogénie générale, la question des spasmes est évidemment accolée à celle de la circulation cérébrale. Celle-ci est loin d'être résolue car sa complexité est extrême. Il est facile de reproduire des spasmes, d'ailleurs peu durables, des artères cérébrales, par attouchement, irritation mécanique ; seulement il est très difficile ou impossible, quels que soient les artifices utilisés, de les reproduire par l'action habituelle des vaso-constricteurs (augmentation de l'état d'alcalose, préparation à la yohimbine, au tartrate d'ergotamine, etc.).

Nos recherches, très nombreuses, nous permettent de dire à l'heure actuelle : Devant des vaso-constricteurs habituels : adrénaline, éphédrine, excitation du ganglion cervical supérieur, les artères de la tête se comportent de trois manières :

a) *Artères périphériques* (émanant de la carotide externe) : vaso-constriction intense et prolongée, à tous les excitants ;

b) *Artère centrale de la rétine* : vaso-constriction intense par l'excitation du ganglion cervical supérieur et l'adrénaline, l'éphédrine intracarotidiennes, mais de très courte durée. Les sympatico-mimétiques par la voie veineuse, sont sans grande action.

c) *Artères cérébrales* (superficielles et profondes) : très minime vaso-constriction ou tout à fait nulle, quels que soient les artifices utilisés (l'animal demeurant en bon état général).

Sans vouloir, le moins du monde, prôner le finalisme, il faut convenir de ce fait : chez l'homme normal et l'animal d'expérience en bonne santé (singe, chien, chat, lapin), il existe une véritable défense des artères cérébro-méningées contre le spasme ischémique, une opposition évidente entre les possibilités de contraction de ces artères, toujours très minimes, et leur vaso-dilatation possible, qui est la réponse habituelle à la plupart des excitants.

Le problème passionnant de la circulation et de la nutrition cérébrales est bien loin d'être résolu, mais mieux voir et comprendre les difficultés, est un progrès indéniable.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la majeure partie de la bibliographie dans la thèse de SARRADON, *Marseille*, 1932.

On y ajoutera les travaux suivants, qui eux-mêmes renferment des données bibliographiques importantes :

ASK-UPMARK. — *Bost. Soc. of Psy. a Neuro.*, nov. 1933.

BAILLIART. — *Presse Méd.*, déc. 1934.

BETHE, BERGMANN, EMBDEN, ELLINGER. — *Allg. Phys. D. N. u. d. Zentral nerv.*, Springer, Berlin.

BINET et GLEY. — *Traité de Physiologie*, tome IX, Masson, 1933.

COBB. — *Amer. Journ. of Méd. Scienc.*, Octobre 1929 et *Arch. of Neuro. and Psych.*, février 1931.

COBB et FINESINGER. — *Arch. of Neuro and Psych.*, décembre 1932 et nov. 1935.

COLOMBI et SACCHI. — *Arch. d. Inst. bioch. ital.*, février 1934.

CUSHING. — *Bul. Johns Hop. hosp.*, 1901, XII.

FINLEY et FORBES. — *Arch. of Neuro. a. Psych.*, avril 1933.

FINESINGER. — *Arch. of Neuro. and Psy.*, décembre 1932.

FINESINGER et PUTNAM. — *Arch. of Neuro. a. Psych.*, oct. 1933.

POOL, FORBES et NASON. — *Arch. of Neuro. a. Psych.*, nov. 1934.

FORBES, FINLEY et NASON. — *Arch. of. Neuro. a. Psych.*, nov. 1933.

FORBES, WOLFF et COBB. — *Amer Journ., of Physio.*, 1929, vol. 89.

GASKELL. — *Invol. Nerv. Syst. Longmans Green et C°*, Londres, 1916.

HIRSCH. — *Handbuch d. Inner Sekret.*

HOUVE. — *Arch. of Neuro. and Psych.*, 1928, p. 20 et oct. 1932.

HSI CHUN CHANG. — *Arch. fur d. Gesamb. Physio.*, 1932, vol. 231.

KAZUTCKI TAGENAGA. — *Pflüg. Arch.*, 1924.

LE NORMAND, WERTHEIMER et PATEL. — *42e Congrès chirurgie*, Paris, 1933.

J. LEY. — Recherches exp. sur la circul. cérébr. et ses troubles ; le ramollis. cérébr. De Irven et Behn, 1932, et *Journal belge de Neuro et Psych.* 1932.

LOEPER, LEMAIRE et PATEL. — *Presse Méd.*, avril 1931 qui renferme la bibliographie des public. des auteurs sur la C. C.

LEMAN et MYERSON. — *Arch. of Neuro. a. Psych.*, avril et mai 1932.

MASSERMANN. — *Arch. of Neuro. a. Psych.*, sept. 1934.

MONIZ. — *Revue O.-N.-O.*, octobre 1928.

PAGNIEZ. — *L'Epilepsie.* Masson, 1929.

PASTEUR VALLERY-RADOT et HAMBURGER. — *Les Migraines.* Masson, 1935.

RISER. — *Le liquide C. R.* Masson, 1929.

ROGER et SARRADON. — Deux articles, *Presse Méd.*, 10 février et 24 janvier 1934.

TINEL. — *La Nutrition*, 1932.

TRENDELENBURG. — *Hand. d. Pharmacol.*

WEISS, LENNEK et ROBB. — *Pro. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, 1928-29, vol. 26.

WOLFF. — *Arch. of Neuro. and Psy.*, oct. 1929.

« Il devrait toujours y avoir une tête couronnée sur les bouteilles d'eaux minérales, la vogue et le lancement des eaux étant presque toujours dus à un roi ou un empereur. »

(Marie-Louise PAILLERON. — Les célébrités aux eaux : Vichy. — *Revue des Deux Mondes*, 15 avril 1935.)

Le spasme artériolaire en ophtalmologie

Par P. BAILLIART

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

On a publié depuis quelques années un nombre considérable d'observations de cécité attribuée au spasme de l'artère centrale ; presque inconnus autrefois, les cas en sont brusquement devenus très nombreux, trop nombreux même. Le fait n'est pas exceptionnel en médecine ; on s'enthousiasme devant une notion nouvelle élargissant brusquement le cadre classique, et la tendance naît pour un temps, de lui attribuer ce qui ne lui appartient pas : il n'est pas douteux que l'on a considéré comme spasmodiques des cécités dont la cause était ailleurs.

Cependant la réalité du spasme rétinien ne peut pas être sérieusement discutée : des constatations ophtalmoscopiques, assez rares mais probantes, ont montré le rétrécissement artériolaire accompagnant le trouble visuel. Cécité plus ou moins complète, quelquefois brutale, mais toujours passagère, guérissant sans laisser de traces, ou spontanément, ou sous l'influence du traitement dilatateur des petites artères, survenant le plus souvent chez des sujets atteints de troubles de la circulation cutanée, de jeunes filles au moment de la puberté ou mal réglées, des femmes à la ménopause, des malades présentant des troubles des sécrétions endocriniennes.

Le spasme touche-t-il seulement une branche de l'artère centrale, la cécité ne porte que sur un secteur du champ visuel ; si le tronc est oblitéré, il est atteint tout entier du côté de l'œil frappé, et si les artères des deux yeux sont atteintes, la vision sera partout troublée ou supprimée.

Il est inutile de rappeler les observations si nombreuses, impressionnantes ou curieuses de cécité par spasme de l'artère centrale. On les lira dans l'excellent rapport d'Aubaret et de Jean Sédan (1) sur la question.

J'ai attiré l'attention sur ce fait que la cécité spasmodique d'origine rétinienne est en général imparfaite (2). Incapable de lire, d'écrire, de se livrer à aucun travail, quelquefois même de se conduire, le malade garde cependant au cours de la crise un certain sentiment de la lumière. La cécité spasmodique vraiment complète est celle dont la cause est un spasme portant sur les artères des voies optiques postérieures ou des centres corticaux ; un seul côté est-il touché, le trouble est hémianopsique, mais si, cela n'est pas exceptionnel, les deux sont atteints en même temps, la cécité est absolue.

De cette cécité spasmodique postérieure, il faut encore rapprocher, avec ses caractères très spéciaux, la migraine ophtalmique dont l'origine semble bien être la même.

Cantonnet, au cours d'accès épileptiques a constaté le spasme des artères rétiniennes. Je l'ai vu moi-même à plusieurs reprises accompagner les accès d'obnubilations visuelles ou intellectuelles de malades atteints d'hypertension intra-cranienne, tumorale, inflammatoire ou commotionnelle.

Un des caractères des spasmes portant sur les artères de la rétine ou du nerf optique, est d'être essentiellement passagers; cependant Abadie pensait que l'atrophie optique est due à un spasme prolongé des artères du nerf optique. Il n'est pas sûr que le rétrécissement artériolaire, spasmodique peut-être, si visible à l'ophtalmoscope dans l'atrophie tabétique, ne soit pas pour quelque chose dans les troubles visuels du tabes.

Mais, si intéressante que soit cette notion de la cécité spasmodique, il faut élargir le cadre du spasme artériolaire en ophtalmologie et lui accorder en pathologie oculaire la place importante qu'il a prise en neurologie. Faut-il rappeler d'ailleurs qu'une partie de la rétine est cérébrale et que les vaisseaux qui l'irriguent sont eux-mêmes par leur origine et leurs caractères des vaisseaux cérébraux ?

M. Morax a noté il y a quelques années l'origine vasculaire de certains aspects dits exsudatifs du fond de l'œil ; dans le domaine de l'oblitération vasculaire, la rétine se creuse de lacunes ; ce sont de véritables petits foyers de ramollissement analogues à ceux que l'on connaît du côté du cerveau. J'ai moi-même, en groupant sous le nom de capillarose maintes lésions du fond de l'œil, tantôt bénignes et tantôt graves, essayé de montrer la fréquence de ces lacunes rétiniennes, leur origine vasculaire et la possibilité d'améliorer avec une rapidité souvent impressionnante les troubles par lesquels elles se révèlent, avec la seule médication dilatatrice des artérioles. En disant que l'origine de ces états est dans l'oblitération vasculaire, il ne faut pas seulement penser à l'oblitération organisée ; celle-ci peut exister ou manquer, c'est le spasme qui ferme alors le petit vaisseau. Le spasme est encore capable portant sur un vaisseau déjà malade, d'aider à la formation de l'oblitération organique. Dans ces cas où il ne semble pas possible de mettre en doute le trouble vasculaire parce qu'ils sont tout à fait semblables à d'autres dont l'origine vasculaire est certaine et que la médication antispasmodique peut guérir, il arrive que l'on ne trouve à l'examen microscopique aucune trace d'oblitération organique et que les plus petits capillaires apparaissent parfois tout à fait perméables. La lésion n'était pas anatomique, mais seulement fonctionnelle.

Nous avons rappelé tout à l'heure la commune origine des circulations générale et rétinienne ; parmi les caractères qui les rapprochent le plus, il en est un important. Les fonctions cérébrale et rétinienne s'arrêtent au moment où leur circulation est suspendue ; si cette suspension est de courte durée, cerveau et rétine retrouvent avec l'arrivée du sang toute leur activité antérieure. Mais, après un arrêt relativement court (quelques minutes suffisent parfois), inoffensif pour tout autre organe, il apparaît du côté du cerveau ou de la rétine des lésions souvent définitives.

Ainsi, le rôle du spasme, de celui qui porte sur les plus petites ramifications artériolaires, capillaires vraiment, de la rétine, doit prendre en pathologie rétinienne un rôle de plus en plus important. A l'origine de la rétinite dite albuminurique, et que nous faisons rentrer aujourd'hui dans la conception élargie des rétinites hypertensives, il est bien probable que le trouble vasculaire prend une grande part. Là encore, la lésion n'est pas toujours anatomique. Rochon-Duvigneaud qui l'a si remarquablement étudiée dans son rapport de 1912 à la Société française d'ophtalmologie n'a pas trouvé d'une façon constante les lésions vasculaires. Cela confirme seulement ce que nous disions plus haut. Volhard fait intervenir le spasme dans la genèse des accidents de la rétinite albuminurique. C'est aussi l'avis de Lhermitte qui décrit si justement « ces foyers de dégénération, d'infiltration lipoïdique caractéristiques de ce qu'on appelait autrefois la rétinite brightique, laquelle n'est autre que l'expression permanente, définitive, de crises angiospastiques qui se sont déroulées dans l'appareil rétinien. »

Quelles sont les causes de ces spasmes artériolaires rétiniens ? Elles sont multiples. On a nié l'existence des vasomoteurs de la rétine comme de ceux du cerveau. Ils paraissent cependant démontrés aujourd'hui. Mais à côté de la cause centrale du spasme, il y a incontestablement des causes locales ; la présence dans le sang qui traverse ces petits vaisseaux, si puissamment musclés, de substances anormales ou de substances normales en quantité anormale, peut amener sur place la réaction spasmodique. Ainsi, les vaisseaux rétiniens semblent être sensibles à l'urée, au plomb, à la quinine, à d'autres substances encore ; il ne s'agit pas d'ailleurs d'une sensibilité spéciale : le doigt mort, les troubles de la circulation cutanée, les maux de tête révèlent ailleurs des manifestations analogues, mais la grande sensibilité de la rétine à l'arrêt de la circulation sanguine rend définitives des conséquences autre part passagères.

Dans une si courte étude où l'on peut se proposer seulement

(1) AUBARET et Jean SÉDAN. — Congrès d'oto-neuro-oculistique, 1928.

(2) BAILLIART. — La circulation rétinienne. Doin 1923.

d'exposer la question, non de la traiter, il est impossible de donner toutes les causes des spasmes rétiniens ; cependant il nous faut encore citer le traumatisme ; les troubles anatomiques et fonctionnels de la commotion rétinienne comme ceux de la commotion cérébrale s'expliquent facilement par les troubles vaso-moteurs, visibles à l'ophtalmoscope, comme ils le sont au chirurgien du côté du cerveau, dont les conséquences sont suivant leur intensité, tantôt passagères et tantôt durables.

La conclusion, heureuse du reste, que l'on peut donner, c'est que la notion du spasme apporte dès maintenant en pathologie oculaire non seulement quelques éclaircissements sur certaines lésions rétiniennes encore en partie obscures, mais la possibilité d'obtenir par un traitement approprié, des améliorations ou des guérisons remarquables, on serait tenté de dire quelquefois miraculeuses, d'états en face desquels nous avons été longtemps désarmés.

Les spasmes vasculaires de l'oreille

Par L. BALDENWECK

Si quelque nouveau Saint-Thomas devait écrire aujourd'hui sur les spasmes vasculaires de l'oreille, il se signalerait par sa brièveté et sa clarté. Il mentionnerait les effets d'un *froid vif* sur les pavillons auriculaires, ceux analogues de la localisation de la *maladie de Raynaud* sur l'oreille externe, ceux différents relevant de l'*acrocyanose*. Ayant vu et touché les oreilles froides, pâles, douloureuses dans la première affection, celles froides aussi mais violacées et non douloureuses dans la deuxième, il admettrait sans conteste le spasme artériel à la base de la crise de syncope locale, avec plus de circonspection le spasme veineux à l'origine de l'acrocyanose.

Puis il n'aurait plus qu'à signer son article.

A cela seul en effet se borneraient ses certitudes, du moins les certitudes cliniques.

***

Rien cependant n'empêche de penser que, comme en toute partie du corps, l'angiospasme peut siéger au niveau de l'oreille moyenne et au niveau de l'oreille interne.

La contracture des vaisseaux de l'*oreille moyenne* est théoriquement possible. Mais objectivement l'œil ne peut en saisir les conséquences, c'est-à-dire l'ischémie de la membrane et de la caisse tympaniques. La couleur blanche normale du tympan ne permet pas d'apprécier une pâleur plus grande de cette membrane ni, par transparence, une diminution de coloration du pro-montoire, telles qu'elles résulteraient du resserrement du réseau vasculaire.

D'autre part on conçoit mal par quel tableau clinique ce comportement des vaisseaux pourrait se traduire, l'oreille myenne étant simplement un organe de transmission des sons. Enfin la circulation de l'oreille moyenne étant indépendante de celle de l'oreille interne, les troubles de la première ne retentissent pas sur la seconde, si bien qu'on ne peut compter sur une symptomatologie par incidence.

En résumé l'angiospasme de l'oreille moyenne n'a pas jusqu'à présent d'individualité clinique.

***

L'irrigation artérielle de l'*oreille interne* est assurée par une branche du tronc basilaire, l'auditive interne. Les ramifications en sont du type terminal ; de plus en raison de leur finesse, elles subissent facilement les effets des vaso-constricteurs. Les appareils sensoriels, organes de Corti et crêtes vestibulaires, réagissent avec une grande sensibilité ; leur perturbation pathologique se traduit immédiatement par des symptômes subjectifs (surdité, bourdonnements, vertiges) et par les résultats anormaux de l'exploration fonctionnelle (épreuves d'audition, épreuves vestibulaires).

Voilà donc des conditions favorables à la production du spasme artériel, favorables aussi à la constatation de ses conséquences.

Cependant en face d'un cas donné est-il possible d'assurer l'origine angiospasmatique des phénomènes observés ? Cela me semble exceptionnel. L'impossibilité d'affirmer l'état des vaisseaux est absolue ; les signes de souffrance et de déficit labyrinthique, quelque soit leur groupement et leur intensité, n'ont rien de spécifique ; car ils sont réalisés par nombre d'affections de l'oreille interne.

Seules certaines particularités d'évolution, intermittence et parfois soudaineté des manifestations, créent des présomptions suffisantes. Encore faut-il songer que ces mêmes caractères peuvent se retrouver dans d'autres circonstances, en particulier dans la congestion labyrinthique.

La coexistence d'angiospasmes en d'autres points du corps plaide évidemment en faveur de la même étiologie au niveau de l'oreille et l'efficacité éventuelle d'une médication vasodilatatrice légitimera cette opinion.

En pratique on songera à l'angiospasme labyrinthique dans des cas différents. Les uns se présentent avec des caractéristiques assez nettes. Les autres sont plus vagues et les rapporter au spasme vasculaire n'est qu'une hypothèse plausible ou ne fait que traduire la difficulté de les expliquer autrement.

Les premiers comprennent : 1° le syndrome de Lermoyez ; 2° les symptômes labyrinthiques intermittents des artério-scléreux ; 3° certaines crises angio-neurotiques ; 4° la migraine otique.

***

I) Syndrome de Lermoyez

« Le vertige qui fait entendre », tel est le titre sous lequel Lermoyez a décrit une forme d'angiospasme labyrinthique (1) après avoir observé plusieurs patients dont un atteint de maladie de Raynaud.

Il s'agit le plus souvent de sourds progressifs, chez lesquels une crise de vertige est suivie d'une récupération plus ou moins importante de l'audition. « L'oreille s'engourdit, s'assourdit, bourdonne ; peu à peu sa surdité se complète. La fonction auditive semble irrémédiablement abolie, quand soudain se déclare un violent vertige... et en quelques heures l'audition reparaît. Un orage a nettoyé le ciel obscurci. On dirait que l'oreille fait un suprême effort pour se dégager ; et elle réussit à briser ses entraves. »

C'est donc l'inverse du classique vertige de Ménière où bourdonnements et surdité apparaissent ou s'exagèrent en même temps que le vertige survient.

Il existerait chez de tels sujets une susceptibilité labyrinthique exagérée par des excitants externes, mouvements violents, fusils déchargés près de l'oreille, ou par des irritants internes, intoxications diverses surtout intoxications gastro-intestinales.

Cette crise libératrice est attribuée par Lermoyez à un spasme de l'artère auditive interne, spasme analogue à celui observé au niveau de l'artère centrale de la rétine.

On conçoit que le spasme puisse fermer le tronc de l'artère auditive ou celui de ses branches terminales, cochléaire, vestibulaire.

Le spasme du tronc même de l'artère affecte simultanément les deux labyrinthes, le cochléaire (troubles auditifs), le vestibulaire (vertige et troubles de l'équilibre) : il réalise le tableau signalé ci-dessus.

(1) *Presse médicale*, 1er janvier 1919.


HYGIÈNE JOURNALIÈRE DES YEUX
DOUCHE OCULAIRE
Traitement des **états inflammatoires des yeux et de leurs annexes :** conjonctivites rebelles, blépharites, suite de maladies infectieuses, etc...
Contre les affections oculaires consécutives au surmenage visuel. Amélioration de la vision des **porteurs de verres** et des **yeux faibles** par la décongestion oculaire.
BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
Décongestif - Astringent - Antiseptique
Aucune contre-indication - Aucun toxique
ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE
Laboratoires P. FAMEL. 16-22 rue des Orteaux PARIS. 20e


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

Le spasme de l'artère vestibulaire donne des accès de vertige sans troubles auditifs paroxystiques concomitants. Il faut donc avoir observé chez le malade d'autres crises complètes pour identifier ces vertiges qui, du reste, ne sont pas rares.

Le spasme de l'artère cochléaire détermine des crises de surdité subite et passagère avec violents sifflements d'oreille, mais sans vertige. Cette forme, qui peut alterner avec la précédente, est cependant beaucoup moins fréquente.

Laissons la parole à Lermoyez pour l'interprétation de son syndrome : « Observons ce qui se passe dans l'asphyxie des extrémités où l'angiospasme se manifeste en pleine lumière. Sous l'influence d'une émotion, d'un refroidissement « les doigts meurent », ils s'engourdissent, blanchissent et deviennent presque immobiles, en même temps qu'ils perdent leur sensibilité. Mais voici que sous l'influence d'un réchauffement rapide le spasme se détend, la circulation locale reprend souvent avec violence. Les doigts bleuissent, puis rougissent, de pénibles fourmillements se produisent, souvent avec une douleur cuisante, la douleur de l'onglée annonce le retour de la sensibilité et du mouvement. Des phénomènes semblables se passent dans les oreilles et il ne serait pas excessif de parler « d'onglée du labyrinthe ». La fermeture de l'artère auditive interne qui s'est faite lentement a provoqué l'anesthésie progressive de l'oreille, c'est-à-dire la surdité. Mais voici que le spasme se détend brusquement ; le sang se précipite à nouveau dans le labyrinthe qu'il étourdit, et ce trop brusque afflux qui, dans les doigts, produisait la douleur banale, provoque ici en même temps, la douleur spéciale de l'organe cochléaire qui est le bourdonnement et la souffrance de l'organe vestibulaire qui est le vertige ; il fait, en outre, disparaître l'anesthésie de l'oreille, je veux dire la surdité. »

Il ne faudrait pas croire cependant qu'il y ait toujours *restitutio ad integrum* après la crise. Il reste un certain déficit auditif qui chaque fois va en augmentant. La surdité finit par s'installer de façon définitive en même temps que les crises s'atténuent puis disparaissent.

II) Syndromes labyrinthiques intermittents des artério-scléreux

Il est vraisemblable que l'artériosclérose est à la base du spasme prémonitoire ou syndrôme de Lermoyez. Mais le plus souvent cette dystrophie se manifeste d'une autre manière.

Ainsi que l'a montré Escat, on peut la décrire systématiquement sous trois formes : *a*) surdité sans vertige ; *b*) vertige sans surdité ; *c*) surdité et vertiges associés.

Cette dernière (forme mixte) est la plus fréquente et réalise les images classiques de la maladie de Ménière, mais elle n'est pas à prendre en considération ici, car loin de relever d'un spasme elle est la traduction d'une hémorragie, d'une embolie ou d'une thrombose.

Plus en rapport avec notre sujet sont les deux autres formes ou du moins certaines de leurs variétés ; elles sont du reste assez rares :

La forme hypoacousique se voit quelquefois sous l'aspect d'une surdité intermittente. Plus nombreux sont les cas où une aggravation temporaire de la surdité, due au spasme, vient s'ajouter au déficit continu, progressif et bilatéral, produit par l'artérite. L'exploration fonctionnelle montre souvent une disproportion dans la façon dont le malade entend la voix et celle dont il perçoit les diapasons ; l'audition de la première étant fort mauvaise, celle des seconds relativement conservée. A l'analyse on se rend compte que les sons aigus sont les premiers et le plus atteints ; les sons graves sont touchés en dernier lieu. Il existe parallèlement une réduction de la conduction osseuse ; autrement dit l'épreuve de Rinne est positive.

La forme vertigineuse présente des types différents.

Dans la « claudication intermittente », les vertiges ont un caractère paroxystique, fugace ; ils sont surtout légers. D'après Escat on les retrouve dans les antécédents de beaucoup d'artérioscléreux frappés tardivement de troubles auditifs, de syndrome de Ménière ou de toute autre manifestation d'artériosclérose.

Dans d'autres cas la sensation vertigineuse est moins caractérisée. Il ne s'agit que d' « éblouissements », d'impression d'oscillations instantanées, de dérobement des jambes, d'entraînement de la tête. Mais ici il est difficile de faire la part des troubles cérébraux concomitants, plus particulièrement celle des troubles bulbo-protubérantiels.

Quand les vertiges affectent un caractère subcontinu avec augments irréguliers et intermittents, le problème est encore plus complexe. Même s'il y a des lésions artéritiques multiples et manifestes en d'autres régions de l'organisme, tant d'éléments autres sont susceptibles d'intervenir (hypertension, modification de composition des liquides labyrinthiques, congestion de l'oreille interne, etc.) qu'on ne peut en pratique incriminer l'un d'eux plutôt que l'autre. Toutefois on pourra mettre dans une certaine mesure à la faveur du spasme vasculaire, les grandes variations de l'excitabilité calorique constatées par l'exploration vestibulaire ; je crois qu'elles objectivent les changements successifs de l'irrigation labyrinthique.

III) Crises angioneurotiques dans les névroses

L'instabilité du sympathique est à la base de quelques-uns des symptômes observés dans les névroses (hystérie, neurasthénie, migraine).

Accès vertigineux, troubles de l'audition, bourdonnements et céphalée réaliseraient, dit Collet, quelque chose d'analogue aux crises vasculaires de Pal. On reconnaît donc un grand rôle à l'angiospasme.

En fait toutefois le sens de la réaction vaso-motrice à un moment déterminé, constriction ou vaso-dilatation, ne peut être présumé d'après les troubles éprouvés, puisqu'ils sont les mêmes dans les deux cas.

Il n'y a pas de rapport constant entre l'intensité des symptômes subjectifs et les signes objectifs, nystagmus spontané, troubles de l'équilibre, épreuves labyrinthiques. Mais, d'après notre expérience, il y a en général chez ces malades un état d'hyperexcitabilité vestibulaire permanent que mettent en évidence et l'épreuve calorique et plus encore peut-être l'épreuve rotatoire. Le nystagmus et le vertige provoqués par ces épreuves, surtout la deuxième, sont en effet obtenus avec des excitations faibles et persistent très longtemps ; les phénomènes concomitants, pâleur, sueurs, nausées, petitesse du pouls, sont marqués et surviennent avec une grande facilité.

La crise angioneurotique influence certes ces résultats mais d'une façon irrégulière. Le vertige et les phénomènes secondaires, nausées, vomissements, sueurs, etc., sont accrus, vraisemblablement par l'importance de la répercussion de l'excitation vestibulaire sur un vago-sympathique mal équilibré. Mais le seuil du nystagmus, son intensité, sa durée, de même que l'importance des mouvements réactionnels (déviation de l'index) offrent des modifications très variables par rapport à l'hyperexcitabilité habituelle de ces sujets. Elle peut être accrue ou diminuée ; tout dépend sans doute du sens de la variation vaso-motrice. Celle-ci peut même être assez faible pour ne pouvoir être extériorisée par l'examen instrumental. On retiendra toutefois qu'en principe l'angiospasme doit augmenter l'hyperexcitabilité antérieure à la crise (Portmann).

IV) Migraine otique d'Escat

Parmi les crises angioneurotiques, il faut mettre à part la migraine otique d'Escat. C'est du reste une affection très rare.

Elle est caractérisée par des crises unilatérales d'ouïe douloureuse avec surdité, bourdonnements et otalgie profonde ; par contre les vertiges ne sont pas signalés en général. A l'examen on constate de l'hyperesthésie du conduit auditif externe et du tympan.

Comme la migraine simple qu'elle accompagne, comme la migraine ophtalmique à laquelle on l'assimile et à laquelle elle

s'associe parfois, la migraine otique est due d'après l'opinion classique à un spasme vasculaire. Reste à savoir le lieu de ce spasme et si d'autres facteurs interviennent.

* * *

Tels sont les types morbides que l'on peut attribuer avec quelque vraisemblance aux spasmes vasculaires de l'oreille.

Il est d'autres cas où l'angiospasme est plus discutable quant à son siège labyrinthique, bulbo-protubérantiel, cérébral et même quant à son rôle étiologique, voire son existence.

Son influence éventuelle trouve cependant un certain appui dans les phénomènes comparables observés en d'autres organes, notamment au niveau des vaisseaux rétiniens, ainsi que dans l'action pharmaco-dynamique de certains médicaments et dans les expériences sur le sympathique. Tous ces faits ont été longuement exposés dans un excellent travail de Portmann (1).

Pour la pathogénie des symptômes observés en clinique il faut également tenir compte de ce que le tonus vasculaire dépend d'éléments multiples. Ce tonus dans l'angiospasme est à chaque instant la résultante d'une multitude de variables plus ou moins indépendantes : propriétés intrinsèques, constitutionnelles et acquises de la fibre musculaire, température, composition chimique du milieu, activité des nerfs neuro-moteurs (Bremer). Ainsi que le fait justement remarquer ce dernier auteur, la découverte de l'innervation vaso-motrice a impressionné à ce point la physiologie pathologique qu'elle a fait négliger pendant longtemps l'étude des autres facteurs susceptibles d'intervenir dans le tonus vasculaire.

D'autre part, Ricker prétend que la formation des spasmes vasculaires répond d'une manière générale à deux modes d'origine : soit une origine directe dont la cause se trouve au point même où le vaisseau est contracté soit une origine indirecte où la cause se trouve en un point éloigné du vaisseau contracté.

C'est en envisageant le problème sous ces différents angles qu'il est permis de songer à rattacher à l'angiospasme les troubles auditifs ou vertigineux rencontrés dans l'hypertension artérielle, dans les intoxications par la quinine, le salicylate de soude, la nicotine... dans le brightisme, l'azotémie, les troubles des fonctions ovarienne et thyroïdienne.

Mais il ne faut pas oublier que dans cette série de cas, l'hypothèse d'un angiospasme ne peut être émise qu'avec prudence et à la condition de constater quelques-uns des caractères suivants : fugacité des symptômes, répétition d'accès similaires, association ou alternance avec des angiospasmes périphériques, signes de labilité du vago-sympathique et de déséquilibre endocrinien, commémoratifs d'intoxication exogène ou endogène.

(1) *Les spasmes vasculaires en otologie. — Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, avril 1928.

Les milieux scientifiques américains ont été, de tous temps véritablement stupéfaits de la manière désinvolte avec laquelle nos savants étaient traités chez nous. A l'un des nôtres, qui avouait ingénuement ne gagner que deux mille francs par mois, on raconte que le Directeur d'une importante organisation américaine de recherches, posa cette question à brûle-pourpoint :

« Mais, comment faites-vous pour vivre ? Madame votre femme est une femme honnête, je suppose. » (J. RISLER. Microbes et contagion. 1 vol., 1934, M. Vigné, édit.).

« Par un phénomène assez cocasse, Vichy ne prit quelque importance qu'après... la trahison du connétable de Bourbon. Les biens de ce dernier revenant au Roi, il ne peut s'y intéresser effectivement que lorsqu'ils appartinrent à la couronne : nous n'aurions jamais attribué ces conséquences lointaines à la félonie du connétable ? »

(Marie-Louise PAILLERON. — Les célébrités aux eaux : Vichy, *Revue des Deux Mondes*, 15 avril 1935.)

Le Rôle du Spasme vasculaire dans l'angine de poitrine

Par

C. LIAN et A. ABAZA

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital Tenon — Interne des Hôpitaux de Paris

Avant de discuter l'existence et l'importance du spasme vasculaire dans la genèse de l'angine de poitrine, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement les données positives qu'on possède actuellement sur cette affection et qui permettent d'en formuler une conception générale. Nous nous inspirerons dans cet exposé des conclusions de l'ouvrage récent écrit par l'un de nous sur cette question.

Introduction

Tout d'abord, il est évident que l'angine de poitrine n'est pas toujours l'expression clinique d'une même lésion anatomique : il y a des cas où une autopsie minutieusement faite a montré l'absence de lésions coronariennes ou aortiques.

D'autre part, il est impossible de caractériser l'angine de poitrine par son mécanisme pathogénique : celui-ci nous est inconnu dans son essence intime et les diverses hypothèses que l'on a pu émettre ne gardent qu'une valeur relative.

Enfin, la diversité considérable des circonstances étiologiques dans lesquelles survient l'angine de poitrine conduit nécessairement à la considérer comme un syndrome.

Par conséquent, *dans l'état actuel des connaissances, la conception de l'angine de poitrine ne peut avoir qu'une base clinique.*

C'est ainsi que l'un de nous regarde l'angine de poitrine comme un syndrome, constitué par un ensemble de symptômes susceptibles de relever des causes les plus diverses, *ce syndrome douloureux est réalisé par la réunion de cinq caractères fondamentaux* :

1° Douleur à siège sternal ou précordial ;

2° Localisations douloureuses de voisinage, assez spéciales, brachiales gauches avant tout ;

3° Caractère angoissant de la douleur, avec sensation constrictive sternale et sensation psychique de mort imminente ;

4° Douleur du type paroxystique ;

5° Douleur ayant son origine dans une perturbation organique ou fonctionnelle cardio-vasculaire.

En prenant en considération les circonstances étiologiques d'apparition de l'angine de poitrine, nous estimons qu'*il y a lieu de distinguer les types étiologiques suivants* :

1° *Les angors cardio-artériels* groupant les angines de poitrine de l'âge critique. Ils représentent les 4/5e de la totalité des angines de poitrine ;

2° *Les angors cardiaques*, angors des cardiaques jeunes, souvent porteurs d'une cardiopathie valvulaire rhumatismale ;

3° *Les angors réflexes*, rares, qui surviennent chez des sujets indemnes d'affection cardio-vasculaire, et sont secondaires à certaines affections digestives ou à certaines névralgies thoraco-brachiales ;

4° *Les angors névrosiques*, expression cardiaque fonctionnelle d'une hyperexcitabilité nerveuse générale ;

5° *Les angors toxiques*, expression cardiaque fonctionnelle d'une auto- ou d'une hétéroïntoxication.

Après ce coup d'œil d'ensemble sur l'angine de poitrine, nous allons centrer tout naturellement notre étude du spasme vasculaire sur les angors cardio-artériels. En effet, dans notre statistique de 800 observations personnelles d'angine de poitrine, les angors cardioartériels représentent à eux seuls les 4/5e des cas.

Les données anatomiques et cliniques imposent cette double conclusion que l'angor cardioartériel a un substratum anatomique et qu'aux lésions causales s'ajoutent des phénomènes vaso-moteurs. Ainsi donc *l'angor cardio-artériel est d'origine à*

la fois lésionnelle et spasmodique. Telles sont les déductions que de toute évidence nous paraissent imposer les faits, notionque nous allons maintenant envisager avec quelques détails.

Nous allons aborder successivement :

1° La lésion causale des angors cardioartériels ;
2° L'existence nette d'un spasme vasculaire surajouté à la lésion causale ;
3° Le mécanisme organo-spasmodique des angors cardio-artériels.

Ensuite, nous étudierons :

1° Le spasme vasculaire dans les angors cardiaques, réflexes, névrosiques et toxiques.

Enfin, nous envisagerons :

5° Le spasme vasculaire et le pronostic de l'angine de poitrine ;
6° Le spasme vasculaire et le traitement de l'angine de poitrine.

I. La lésion causale des angors cardio-artériels

Il est d'abord un premier point qui ne soulève plus de discussion, c'est le syndrome angineux aigu traduisant un infarctus du myocarde : dans ces cas, le substratum anatomique est nettement coronarien.

Bien plus, cette donnée nouvelle dont les pionniers ont été Herrick en Amérique, Obratzow et Straschesko en Allemagne, et l'un de nous en France, a eu, comme conséquence, de conduire à incriminer les coronaires comme la cause habituelle de la forme commune des angors cardio-artériels, à la façon de la vieille théorie coronarienne dont le tort était seulement d'être exclusive.

En effet, les travaux anatomiques montrent la coronarite sténosante dans les 4/5e des autopsies des angors cardio-artériels (statistiques de Huchard, Mackenzie, Gallavardin, Samuel Lévine).

D'autre part, nous avons souligné l'existence d'une quantité innombrable de faits constituant une chaîne sans interruption, qui commence au banal angor d'effort, passe par de fortes crises d'angor au repos, et atteint la crise terrifiante de certains infarctus du myocarde.

Enfin, la clinique montre le même parallélisme symptomatique et évolutif avec l'artérite oblitérante des membres inférieurs qui, selon son intensité, se traduit par la claudication intermittente ou par les douleurs nocturnes prégangréneuses ou enfin par les souffrances terribles de la gangrène.

Nous avons donc conclu que la forme commune des angors cardioartériels est due dans les 4/5e des cas à une coronarite chronique sténosante, et que l'angor aigu coronarien fébrile est la modalité aiguë de ce même processus anatomique.

Quant au substratum des rares cas où manque la coronarite sténosante, ce peut être l'aortite, ce peut être aussi la dilatation hypertrophique du myocarde.

II. L'existence nette d'un spasme vasculaire surajouté à la lésion causale dans les angors cardio-arteriels

L'observation clinique impose la notion d'un élément vasomoteur intervenant dans la genèse des crises d'angor cardio-artériel :

1° Les MODES DE DÉCLENCHEMENT DES CRISES ANGINEUSES sont variables d'un sujet à l'autre. Alors que dans l'insuffisance cardiaque, il y a habituellement un grand parallélisme entre la dyspnée et le degré d'effort physique qui la provoque, par contre dans l'angine de poitrine, il n'y a pas de rapport quantitatif rigoureux entre le degré d'effort musculaire et l'apparition et l'intensité de la crise angineuse.

Tout effort musculaire n'entraîne point obligatoirement une crise chez l'angineux : tel sujet habitué aux travaux souvent pénibles que comporte son métier, fait une crise dès qu'il sort dans la rue.

L'influence du froid, associé à l'effort, est souvent évidente : chez certains sujets, la crise éclate quand ils passent d'une chambre à une autre plus froide. De même, on connaît l'influence favorisante de la marche contre le vent pour la provocation des crises angineuses.

Le rôle de l'émotion dans le déclenchement des crises est bien connu et tel malade capable de marcher lentement sans crise a sûrement sa crise en allant prendre le train, même s'il marche à pas comptés et s'il a bien le temps d'arriver à l'heure. Souvent même, seul le premier effort risque de déclencher une crise, c'est le phénomène de la mise en train difficile de Gallavardin. On sait également que beaucoup d'angineux passent plusieurs jours sans crises et sont ensuite tout surpris de les voir apparaître pour les mêmes efforts.

On arrive ainsi à concevoir le rôle de l'effort, non pas simplement d'une façon quantitative, mais à le considérer aussi du point de vue qualitatif, ce qui peut aller jusqu'à une véritable électivité chez certains sujets.

Toutes ces curiosités, paradoxales en apparence, s'expliquent aisément par l'intervention d'un facteur vasomoteur dans la genèse des crises angineuses.

2° Le MODE DE TERMINAISON DES CRISES ANGINEUSES est aussi suggestif. L'effort physique déclenche la crise douloureuse, qui a pour effet d'immobiliser le malade. Après la cessation de l'effort, la douleur se dissipe avec rapidité. Mais il survient fréquemment à ce moment des manifestations *critiques* qu'explique mal la cessation du facteur mécanique. Les renvois gazeux, le tremblement, les sueurs, la polyurie, qui peuvent se produire à la fin de la crise douloureuse, témoignent éloquemment des perturbations neurovégétatives et psychiques importantes qui accompagnent la fin de certaines crises d'angine cardioartérielle.

3° DES PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS IMPORTANTS ACCOMPAGNENT LA CRISE ANGINEUSE.

Ils peuvent être subjectifs : sensation de froid, de vide, de pesanteur dans le bras gauche au moment des crises d'angor. HUCHARD insiste sur l'existence de spasmes périphériques et dit : « Le spasme douloureux ne siège pas seulement dans les vaisseaux du myocarde, il se propage encore dans ceux de la périphérie, dans les artères des membres supérieurs, ce qui explique les accès d'engourdissement, de lourdeur parétique, d'anémie et de syncope locale dans cette partie du corps au moment des accès angineux. »

Les manifestations *objectives* sont plus intéressantes,

La pâleur est habituelle au cours de l'accès douloureux ; elle survient dès le début de l'accès et siège à la face, aux oreilles, au niveau du membre supérieur gauche. Elle s'accompagne dans certains cas de sensation de refroidissement des extrémités et de sueurs froides. L'importance de ces phénomènes accessoires peut être telle que l'on peut décrire une véritable *forme vasomotrice* des angors cardio-artériels (ROSENTHAL, EULENBURG, LAUDOIS, NOTHNAGEL, GRASSET). Dans certaines observations, la pâleur initiale est remplacée par une rougeur terminale (EULENBURG, MARIE, GILBERT et DESCOMPS, VAQUEZ). Dans une observation de PORTOCALIS et FLORA, le début de l'accès angineux s'accompagne d'une rougeur en placards de la face, du cou et de la poitrine, analogue à l'érythème pudique et durant aussi longtemps que les phénomènes douloureux.

Des *sueurs* abondantes localisées au bras gauche peuvent accompagner les accès angineux ou s'intriquer avec eux (Palmer, Holt).

DANIÉLOPOLU a étudié, expérimentalement, le comportement vasomoteur des angineux. Il conclut à l'existence d'une instabilité vasomotrice générale, constante chez le sujet angineux. Les épreuves vasculaires donnent des réponses exagérées, violentes qui prédominent au bras gauche, permettant d'incriminer ainsi un réflexe cardiobrachial direct.

4° DES SPASMES FONCTIONNELS AU NIVEAU DES ORGANES INTRATHORACIQUES PEUVENT ACCOMPAGNER LES ACCES ANGINEUX. Au niveau du *larynx*, ils causeront la sensation classique d'étouffement avec resserrement de la gorge. Gallavardin a insisté sur cette sensation particulière de « respiration bouchée » qui accompagne certains angors, ou peut, dans certaines conditions, réaliser un véritable équivalent du paroxysme angi-

neux. Au niveau de l'*œsophage*, le spasme angineux peut causer des sensations dysphagiques (Dumas).

5° L'intervention d'une perturbation vasomotrice se révèle aussi dans le fait qu'il n'est pas rare de voir une poussée hypertensive accompagner la crise angineuse (Huchard, Pal, Mackenzie, Vaquez, Lian, Aubertin et Gambillard).

Aubertin a considéré cette crise hypertensive comme étant la conséquence de l'effort et la cause de l'accès. Pour nous et pour Daniélopolu, l'hypertension artérielle est la conséquence de la surcharge cardiaque causée par l'effort, elle est due à un réflexe vasomoteur parti des plexus cardiaques au début même de la souffrance cardiaque qu'elle va amplifier et extérioriser.

6° L'heureuse action des prescriptions vaso-dilatatrices souligne le rôle capital de la vasoconstriction dans la genèse des crises d'angor cardio-artériel.

(Pour plus de détails, voir les considérations thérapeutiques qui terminent l'article).

7° Coexistence de l'angor cardioartériel avec d'autres affections artérielles spasmodiques.

Il reste un dernier groupe de faits à signaler pour démontrer l'existence de spasmes vasculaires au cours de l'angine de poitrine. Ce sont les cas de coexistence de l'angor pectoris avec d'autres syndromes paroxystiques d'origine spasmodique.

La coexistence bien connue de l'angine de poitrine et de la *claudication intermittente* (Parkes Weber, Cawadias, Heitz, Giroux et Gomez, Dumas, Lian, Landa), nous a servi comme argument de poids pour démontrer l'importance des lésions artérielles à la base de l'angor cardioartériel, comme dans les artérites des membres inférieurs. Nous avons souligné le parallélisme évolutif des deux affections, dont l'association est surtout fréquente après 50 ans, âge de l'athérome vasculaire.

Mais ce parallélisme nous permet aussi de pousser plus loin l'étude du spasme vasculaire dans l'angor. On connaît l'importance des phénomènes spasmodiques d'ordre vasoconstrictif, qui s'ajoutent à l'athérome dans la genèse des phénomènes de claudication intermittente et même dans l'accentuation de l'oblitération artérielle pour déclencher l'ischémie. L'exploration du fonctionnement vasomoteur au niveau des membres est plus facile qu'au niveau des coronaires où il est pratiquement irréalisable : A. Thomas et Lévy-Valensi, Babinski et Heitz ont pu enregistrer le spasme artériel au cours des crises de claudication intermittente. L'importance des phénomènes vasoconstricteurs a reçu confirmation des résultats favorables de la sympathectomie périartérielle. Le parallélisme étroit des deux syndromes morbides nous permet de raisonner par analogie sur les phénomènes qui se produisent au niveau des coronaires.

La coexistence d'angine de poitrine et de *phénomènes asphyxiques des extrémités*, type *maladie de Raynaud*, pressentie par Duroziez, est affirmée dans plusieurs observations cliniques (cas de Galli, Schott, Salvini, Bard, Shinkle).

Dans le cas de Shinkle, on note la coexistence d'angor, d'une maladie de Raynaud et d'amaurose. Dans le cas de Bard, les crises d'angor d'effort s'associent et s'intriquent avec des crises de doigt mort et d'asphyxie des orteils auxquels se surajoute une amaurose subite.

On a signalé enfin la coexistence des crises d'angor avec : une *amaurose* transitoire ou définitive (Dumas, Bard, Shinkle) ; des *paralysies transitoires* du bras gauche ou du type hémiplégique (cas de Dumas, de Gravier où l'auteur nota, pendant plus d'un an, des attaques de paralysie brachiale gauche transitoire pouvant se renouveler plusieurs fois par jour) ; des *accès migraineux* (Curschmann), des crises *épileptiques* (Gruber et Lang, K. Neubürger).

8° Conclusion. — En résumé : les conditions particulières de déclenchement des crises angineuses, les phénomènes associés à la douleur, la poussée hypertensive, l'action immédiate des agents pharmacologiques vasodilatateurs, la coexistence d'autres affections artérielles spasmodiques, constituent un faisceau de preuves à l'appui de l'existence d'un facteur vasomoteur conditionnant l'allure paroxystique du syndrome angineux.

III. Le mécanisme organo-spasmodique des angors cardio-artériels

Les deux ordres de constatations mentionnées plus haut, les unes anatomiques, les autres cliniques, conduisent presque obligatoirement à admettre qu'*à l'origine de l'angor cardio-artériel se place en général une lésion coronarienne et que celle-ci se traduit par des manifestations paroxystiques à la faveur de troubles spasmodiques vasculaires surajoutés.*

Ces derniers sont d'ailleurs pour une bonne part sous la dépendance de la lésion coronarienne, tant pour leur existence même, que pour leur localisation et aussi, quoique à un moindre degré, pour leur intensité.

Il est difficile, sans entrer dans des considérations presqu'exclusivement hypothétiques, de préciser comment se fait dans le détail cette *intervention vaso-motrice*, dont l'existence peut cependant être considérée comme certaine, au moins pour la plupart des cas.

Elle est susceptible d'intervenir de deux façons. *Ou bien, elle consiste en un phénomène de vaso-constriction générale* qui accroît la disproportion entre les possibilités énergétiques du myocarde et le travail cardiaque exigé par l'effort. *Ou bien, elle consiste en une vaso-constriction coronarienne* qui accroît encore le déficit de l'irrigation myocardique dû à la lésion coronarienne. Ces deux modes d'action sont d'ailleurs susceptibles de coexister, il est plausible de concevoir qu'une vaso-constriction puisse être à la fois générale et coronarienne.

Répétons que, si l'on ne veut pas se bercer d'hypothèses séduisantes, il est impossible de préciser si l'un ou l'autre de ces modes d'action vasomotrice intervient seul, s'ils sont toujours coexistants, et si leur intervention se fait dans la totalité des angors cardio-artériels ou seulement chez une partie plus ou moins importante d'entre eux.

Il n'est pas impossible que l'effort musculaire, en exagérant les besoins circulatoires du myocarde, suffise à causer à lui seul l'accès angineux chez un sujet atteint d'athérome coronarien, avec ou sans spasme coronarien permanent surajouté : des troubles vaso-moteurs passagers n'intervenant alors que pour aider l'apparition des accès angineux, pour les rendre plus ou moins fréquents et plus ou moins intenses.

Nous envisagerons enfin l'*hypothèse émise par certains auteurs de l'existence possible d'angors cardio-artériels purement spasmodiques*, ou encore d'un stade plus ou moins long d'angor par spasme pur coronarien aboutissant ultérieurement à un stade terminal où apparaissent des lésions coronariennes.

Cette hypothèse trouve son principal argument dans l'absence de parallélisme entre les crises angineuses d'une part, l'existence et l'importance des lésions coronariennes, d'autre part.

A vrai dire, les discordances sont fatales entre le degré des lésions et celui du spasme. En effet, l'importance du spasme est fonction pour une grande part de l'état humoral et neurovégétatif, variable non seulement d'un malade à l'autre, mais encore chez un même malade d'un instant à l'autre. Ainsi on conçoit qu'avec des lésions coronariennes minimes, un malade puisse avoir des crises sérieuses et mourir subitement, tandis qu'un autre, avec des lésions coronariennes importantes, est susceptible de n'avoir que des crises légères ou même pas de crises du tout.

Enfin, d'un point de vue général, on ne s'expliquerait que bien difficilement la manifestation purement coronarienne d'un spasme vasculaire, s'il n'y avait pas quelque lésion locale entraînant ce spasme *in situ*, ou favorisant l'intensité coronarienne élective d'un spasme vasculaire généralisé.

On ne peut pas non plus oublier qu'il est de règle de trou-

ver des lésions artérielles, surtout coronariennes, à l'autopsie des angineux cardio-artériels. Ces lésions sont aussi habituelles dans les cas où les crises angineuses sont apparues tout récemment que dans ceux où elles existent depuis longtemps, il en est de même si le malade meurt dans sa première crise.

Il nous paraît donc illogique de penser que l'angor cardio-artériel soit une affection d'abord purement spasmodique et ne devenant que tardivement organique.

IV. Le spasme vasculaire dans les angors cardiaques, réflexes, névrosiques, toxiques

Qu'il s'agisse d'angors cardiaques, réflexes, névrosiques ou toxiques, on ne peut plus incriminer dans ces cas l'intervention d'une lésion des coronaires ou de l'aorte. En effet, Gallavardin dans ses autopsies d'angors cardiaques a noté l'absence de toute lésion coronarienne et aortique. D'ailleurs, nous estimons qu'on ne peut porter le diagnostic clinique d'angor cardiaque ou bien d'angor réflexe, névrosique, toxique que chez des *sujets jeunes* au-dessous de 40 ans, avant l'âge de l'athérome artériel. L'existence incontestable de ces formes étiologiques d'angine de poitrine a été la pierre angulaire de la conception que l'un de nous s'est faite de l'angine de poitrine : *syndrome* et non pas maladie reliée à l'existence d'une lésion organique particulière. *En dehors des cas d'angor cardioartériel, les perturbations cardiovasculaires responsables de l'angor ne peuvent être que d'ordre fonctionnel.*

Il reste à préciser *quelle est la nature de cette perturbation cardiovasculaire fonctionnelle.*

1° Il peut s'agir dans certains cas d'une DISTENSION AIGUE DU CŒUR GAUCHE, qui aurait pour effet d'entraîner l'ébranlement douloureux du plexus cardiaque ? Toutefois, ce mécanisme ne peut trouver son application que pour expliquer la pathogénie de certains angors cardiaques ou toxiques, on ne saurait, en effet, penser que les crises d'angor réflexe ou névrosique soient liées à de la distension cardiaque.

2° Dans d'autres cas, il peut s'agir simplement de l'ÉBRANLEMENT DU PLEXUS CARDIAQUE à la faveur d'une excitation venue d'un organe voisin ou en rapport avec un état d'hyperexcitabilité nerveuse ou encore avec un agent toxique ? En effet, l'angine de poitrine est comme l'a écrit l'un de nous, « *l'expression de la souffrance du plexus cardiaque* ». Il y a lieu de penser que certains sujets présentent un abaissement du seuil d'excitation des terminaisons nerveuses cardiaques, et sont aptes à réagir douloureusement à une incitation réflexe, névrosique ou toxique, insuffisante pour déterminer l'ébranlement douloureux du plexus cardiaque chez les autres sujets.

3° Enfin, le trouble fonctionnel à incriminer peut être un SPASME CORONARIEN ?

La vasoconstriction coronarienne est-elle le chaînon intermédiaire obligatoire entre les divers facteurs étiologiques envisagés et l'ébranlement douloureux du plexus cardiaque ?

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne saurions l'affirmer, mais il est tout à fait plausible qu'elle intervienne dans certains cas.

Les observations d'hypertension paroxystique s'accompagnant de crises douloureuses solaires ou angineuses (Pal, Gallavardin, M. Labbé, Tinel et Doumer, Vaquez et Donzelot), nous semblent assez démonstratives à cet égard.

Dans l'hypertension paroxystique, que la crise d'angine de poitrine soit interprétée comme un cas d'angine toxique par décharge d'adrénaline ; qu'elle soit considérée comme un angor réflexe par hyperexcitabilité sympathique ; il ne faut pas oublier les propriétés vasoconstrictives de l'adrénaline ; il ne faut pas oublier que le paroxysme hypertensif est dû précisément à un spasme vasculaire de la circulation périphérique, qui trouve son expression clinique dans la *pâleur* intense notée à ce moment. On est tenté de penser, devant l'importance des phénomènes vasoconstricteurs, que la douleur angineuse survient quand le spasme intéresse la circulation coronarienne.

Il serait élégant de placer le spasme coronarien pur à la base de tous les angors non cardio-artériels : la pathogénie de l'angine de poitrine deviendrait simple et facile à exposer.

L'angine de poitrine serait l'expression clinique d'une maladie coronarienne : organospasmodique dans les cas d'angor cardio-artériel, spasmodique dans les autres formes étiologiques. Toutefois l'élégance d'une pareille théorie n'implique pas nécessairement son exactitude.

La réalité du spasme coronarien a été d'ailleurs pendant longtemps mise en doute par *les physiologistes*. On considérait que le sang circule dans les vaisseaux coronaires en raison de la différence des pressions qui règnent dans l'aorte dont il provient et dans l'oreillette droite où il aboutit. Une pression aortique suffisante est la condition indispensable d'une bonne irrigation coronaire.

Des études physiologiques précises sont cependant venues démontrer l'existence d'un *mécanisme régulateur d'ordre nerveux* destiné à adapter la circulation coronarienne aux besoins du muscle cardiaque.

Il résulte des expériences capitales de P. MAASS (1899) que l'excitation centrifuge du vague diminue le débit coronaire, elle est l'indice d'un rétrécissement des vaisseaux coronaires.

Les travaux de Morawitz et Zahn (1912), Sassa (1923), Aurep et Segall (1926) ; Miller, Schmidt et Graber (1926) confirment les résultats obtenus par Maass. L'excitation des nerfs sympathiques qui se rendent au cœur augmente le débit coronaire (P. Maas, Aurep et Segall), l'adrénaline, excitant du sympathique a la même action : F. Meyer (1912), Morawitz et Zahn (1912), Starling et Evans (1914), Hammonda (1926). Mais il est cependant vraisemblable de penser que le vague contient quelques fibres dilatatrices et le sympathique quelques éléments constricteurs, ce qui expliquerait certains résultats contradictoires.

De récents travaux de AUREP et SEGALL (1925) éclairent bien les relations de la circulation dans le myocarde et du travail accompli par le cœur. Si, pour le cœur excisé, la pression aortique seule semble être le facteur déterminant de la circulation coronaire, pour le cœur en connexions normales avec les centres médullo-encéphaliques, le débit cardiaque contribue avec la pression aortique à la régulation du débit coronaire : celui-ci s'intensifie lorsque croît le débit ventriculaire, toutes choses égales d'ailleurs du côté des résistances périphériques.

Cette relation entre les deux débits disparaît après vagotomie bilatérale. De plus, après cette double section, l'irrigation coronaire augmente considérablement. Aurep et Segall montrent ainsi par ces expériences que les éléments vasoconstricteurs contenus dans le pneumogastrique sont dans un état d'excitation tonique permanente et que l'augmentation du débit cardiaque entraîne, par mécanisme réflexe, l'accroissement du débit coronarien. L'innervation *vasomotrice du cœur* joue ainsi un rôle capital dans l'adaptation de la nutrition du myocarde aux besoins dynamiques du cœur.

Signalons enfin que les travaux de LERICHE et FONTAINE ont mis en évidence l'existence de centres, situés dans la chaîne sympathique cervicale, d'où naissent des réflexes vaso-constricteurs coronariens.

1° CONCLUSION

Nous terminerons nos considérations sur le spasme vasculaire dans les angors non cardio-artériels par les remarques suivantes : Trois mécanismes principaux peuvent expliquer ces angors : *a*) La distension aiguë du ventricule gauche, éventualité à envisager seulement dans certains des angors cardiaques ou toxiques ; *b*) L'ébranlement nerveux du plexus cardiaque ; *c*) Le spasme coronarien. Ces deux derniers mécanismes peuvent s'appliquer à tous les cas ; il est difficile, sinon impossible, de préciser chez quels malades ils interviennent soit isolément soit simultanément.

V. Le spasme vasculaire et le pronostic de l'angine de poitrine

L'expérience clinique permet d'affirmer *la grande gravité des angors cardio-artériels, la bénignité habituelle des angors réflexes et névrosiques. La gravité des angors cardiaques semble intermédiaire à ces deux grands groupes de pronostic si différent.* Quant aux angors toxiques, ils sont si rares et si disparates qu'une opinion d'ensemble ne peut être formulée : cependant, ils s'apparentent surtout aux angors bénins.

Ces remarques pronostiques tirées de l'observation clinique justifient la classification que nous avons adoptée et qui d'ailleurs est, en effet, imposée par la clinique. Elle tend en même temps à confirmer notre opinion pathogénique attribuant aux angors cardio-artériels, un mécanisme organo-spasmodique, et aux autres angors un mécanisme purement fonctionnel. Ainsi le spasme pur coronarien, ou le simple ébranlement du plexus cardiaque apparaissent tout naturellement mettre beaucoup moins la vie en danger que des spasmes vasculaires (circulation générale ou coronaire) surajoutés à une lésion coronarienne. En effet, non seulement l'obstruction coronarienne anatomique est déjà dangereuse par elle-même, mais elle provoque et entretient le spasme, qu'elle rend ainsi plus agissant.

L'intrication des effets de la lésion coronarienne et de ceux des spasmes vasculaires surajoutés aide à comprendre les grandes différences que présentent dans leur évolution les angors cardio-artériels d'un sujet à l'autre.

Certes, la progression plus ou moins lente des lésions athéromateuses coronariennes est déjà un facteur évolutif important. Mais les réactions spasmodiques provoquées par ces lésions jouent également un grand rôle.

Ainsi l'un de nous a insisté sur la marche habituelle des angors cardioartériels par poussées plus ou moins éloignées les unes des autres, et où l'aggravation constituant le début de chaque poussée fait suite à une amélioration aboutissant à un état à peu près stationnaire.

Dans ces phénomènes passagers d'aggravation interviennent vraisemblablement à la fois une augmentation de la lésion coronarienne et une accentuation du spasme. De même dans l'amélioration progressive plus ou moins grande faisant suite à l'aggravation interviennent vraisemblablement à la fois la diminution du spasme et l'adaptation de l'organisme due au développement des voies artérielles collatérales destinées à suppléer à l'obstruction coronarienne.

VI. Le spasme vasculaire et le traitement de l'angine de poitrine

Les données thérapeutiques concernant l'angine de poitrine viennent également souligner le rôle du spasme vasculaire dans cette affection.

En effet, on ne connaît pas de médicaments qui puissent lutter d'une façon efficace et durable contre la dyscrasie génératrice de l'athérome coronarien. Nous avons montré à ce propos que la syphilis ne joue qu'un rôle effacé dans la genèse des lésions coronariennes angineuses, c'est à peine si elle intervient dans un tiers des angors coronariens.

Au contraire, la quasi-totalité des prescriptions faites contre les angors cardioartériels sont destinées à diminuer la sensibilité du système nerveux des angineux, et surtout à exercer une action vasodilatatrice, antispasmodique vasculaire.

1° Il en est ainsi dans le TRAITEMENT MÉDICAL D'URGENCE, on connaît les effets immédiatement favorables de l'ingestion d'une dragée de trinitrine ou de l'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle, dont l'action vasodilatatrice brutale met fin subitement à la crise vasoconstrictive conditionnant l'angor.

2° Il en est de même dans la THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE DE FOND. Tous les agents médicamenteux ci-dessous agissent en diminuant les réactions spasmodiques vasculaires. On a préconisé ainsi : les injections sous-cutanées de nitrite de soude (Schlesinger) ; la théobromine à petites doses ; la papavérine ou le benzoate de benzyle, le gardénal associé ou non à la belladone ; les injections d'acétylcholine. Les injections sous-cutanées d'acides aminés (Halbron et J. Lenormand, Véran). De même, on a essayé l'action des extraits pancréatiques désinsulinisés (Vaquez, P. Gley et Kistinios), de l'insuline (Bickel), des extraits musculaires (Schwarzmann).

Personnellement, nous avons employé avec succès dans les angors cardio-artériels les *injections intra-veineuses iodées* ; à côté de l'action qu'elles peuvent exercer directement sur les lésions athéromateuses, il est permis de penser qu'intervient également une influence vaso-motrice, en raison de la rapidité avec laquelle l'angine de poitrine est améliorée dans certaines observations.

Enfin, nous inspirant des bons résultats des cures thermales carbo-gazeuses, nous avons instauré les *injections sous-cutanées*, les *injections intra-veineuses* et les *inhalations du gaz carbonique du commerce*, dans le traitement des angors cardio-artériels.

Nous nous sommes proposés ainsi de mettre en œuvre l'influence vaso-dilatatrice qu'on est en droit d'attendre de l'action de l'acide carbonique à petites doses. En même temps que la clinique nous montrait les bons effets de ces tentatives, nous avons fait toute une série de recherches expérimentales sur l'action vasculaire des petites doses de CO^2 introduites par les voies sous-cutanée, intra-veineuse et respiratoire. Ces deux dernières voies, à action plus rapide, nous ont nettement montré dans nos expériences l'action vaso-dilatatrice du CO^2 à petites doses.

C'est la voie sous-cutanée que nous avons surtout employée et dont l'application pratique est à la fois la mieux au point, la plus facile ; quant à son innocuité, elle est absolue.

3° Les MÉTHODES PHYSIOTHÉRAPIQUES employées contre les angors cardio-artériels interviennent dans le même sens antispasmodique que les médicaments venant d'être passés en revue.

Nous avons introduit la *radiothérapie* dans la pratique thérapeutique de l'angine de poitrine. Ainsi se trouve diminuée la sensibilité des nerfs du plexus cardiaque, et cela est susceptible d'entraîner diverses conséquences favorables : diminution des incitations sympathiques centripètes génératrices du spasme vasculaire réflexe, diminution possible de l'excitabilité des centres vasomoteurs sympathiques (médullaires, cervico-dorsaux, cervicaux, intra-pariétaux coronariens), diminution de la douleur ressentie pour un même ébranlement du plexus cardiaque.

De même, en étudiant la *diathermie* avec Descoust dans le traitement des angors cardio-artériels, nous avions eu en vue une action vaso-dilatatrice et antispasmodique. Malheureusement, la pratique nous a montré que les bons résultats escomptés ne se réalisaient qu'à titre exceptionnel et nous avons abandonné cette méthode. Toutefois, l'introduction des ondes courtes en électrothérapie a permis de nouvelles tentatives qui semblent moins décevantes.

La *réflexothérapie*, la *masso-réflexothérapie*, parfois employées, s'adressent également au système nerveux.

4° Enfin, les bons résultats obtenus dans la THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE de l'angor cardio-artériel interviennent également surtout par l'intermédiaire d'une action vaso-dilatatrice et antispasmodique vasculaire.

Certes, on peut modifier la diathèse humorale de la cinquantaine engendrant l'athérome, en particulier avec les cures dites de diurèse. Mais les résultats de beaucoup les plus nets sont obtenus avec les cures hydro-minérales à action antispasmodique vasculaire.

Dans ce domaine, on peut faire appel à la radioactivité, propriété que possèdent à des degrés divers la plupart des eaux minérales ; c'est ainsi qu'agit la cure de Bains-les-Bains.

Mais la *crénothérapie élective de l'angine de poitrine est représentée par la cure de Royat*. Bien connue en effet est l'action vaso-dilatatrice hypotensive des bains carbo-gazeux de cette station : action due pour sa plus grande part au CO^2 et pour une faible part à la radio-activité de ses eaux. L'action favorable de cette cure constitue donc elle aussi un argument en faveur du rôle important du spasme vasculaire dans l'angine de poitrine.

Personnellement, nous avons préconisé un nouveau mode de mise en œuvre de la cure thermale, qui consiste non seulement dans le *bain carbo-gazeux classique*, mais aussi dans les *injections sous-cutanées des gaz thermaux carboniques de Royat*. Cette application découle des recherches qui ont été faites sur le gaz carbonique dans notre service de l'hôpital Tenon, d'une part, dans le domaine expérimental, d'autre part, du point de vue clinique dans l'angine de poitrine.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller a café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS-4e

Ainsi sont grandement accrus, sans aucun inconvénient, les bons effets de la cure classique de Royat.

Nous avons conseillé également l'adjonction des *inhalations des gaz thermaux carboniques* chez les angineux hypertendus, car l'inhalation carbonique a une action hypotensive que ne possède pas l'injection sous-cutanée. Seule une longue expérience montrera si aux injections sous-cutanées ayant fait la preuve de leur action favorable, il y aura lieu de substituer dans certains cas les inhalations.

5° La THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE elle-même ne vise que le sympathique. En sectionnant le sympathique cervical, elle coupe une bonne partie des voies centripètes de la sensibilité viscérale cardiaque. Ainsi elle est susceptible de diminuer ou supprimer : *a*) d'une part, la partie centripète de l'arc réflexe vaso-constricteur provoquant le spasme vasculaire général et coronarien ; *b*) d'autre part, la douleur angineuse, expression subjective de la crise cardiaque. En enlevant le ganglion étoilé le chirurgien se propose d'ajouter aux actions précitées la suppression d'un centre vaso-moteur coronarien.

6° CONCLUSION.

Ainsi donc, la quasitotalité des prescriptions thérapeutiques, aussi bien médicamenteuses, physiothérapiques, crénothérapiques que chirurgicales, visent l'élément spasmodique vasculaire intervenant dans la genèse des crises angineuses. Par conséquent, l'efficacité indiscutable de ces prescriptions dans un grand nombre d'angors coronariens montre que de toute évidence à la lésion coronarienne s'ajoute un élément spasmodique vasculaire.

Toutefois, pour bon qu'il soit, le résultat thérapeutique reste à peu près toujours incomplet : la plupart des angineux cardio-artériels, même lorsque le traitement antispasmodique vasculaire les a bien améliorés, restent dans l'impossibilité habituelle de marcher vite, et sont exposés à des nouvelles poussées de leur affection. C'est qu'en effet, à l'origine du spasme vasculaire se place la lésion causale, le plus souvent coronarienne.

C'est seulement dans les angors purement fonctionnels qu'on peut espérer la guérison complète.

BIBLIOGRAPHIE

AUBERTIN et GAMBILLARD. — Hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 8 février 1924, p. 136.)

BARD. — Angine de poitrine et asphyxie des extrémités, en cas à terminaison mortelle. (*Presse Médicale*, 26 janvier 1921.)

CAWADIAS. — Syndrome polyartéritique : angine de poitrine et claudication intermittente. (Réunion biologique d'Athènes, 1er mai 1922, in *C. R. Soc. Biol.*, 1922.)

A. CLERC. — Angine de poitrine et théorie coronarienne. (*Presse Medicale*, 1927, n° 38.)

CURSCHMANN. — *D. M. Woch.*, 1906 et *Med. Klin.* 1931.

DANIÉLOPOLU. — L'angine de poitrine. (Masson, 1927.)

DANIÉLOPOLU. — Le ganglion étoilé est-il le centre réflexe de production de l'accès angineux ? (*Presse Médicale*, 3 août 1932.)

E. DONZELOT. — Les hypertensions paroxystiques. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 23 novembre 1934.)

Ed. DOUMER. — Angine de poitrine et goutte. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 20 mai 1927, p. 697.)

A. DUMAS. — Les crises tensionnelles et douloureuses au cours des aortites. (*Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1928.)

A. DUMAS. — Angor à type spasmodique. Claudication intermittente, paralysies transitoires. (*Lyon Médical*, 1931, p. 765.)

A. DUMAS. — Article in Traité Widal, Roger, Teissier, fasc. XI, Masson, 1933.

DUROZIEZ. — Rapports de l'angine de poitrine avec l'asphyxie locale des extrémités. (*Soc. méd. Paris*, 1884, relatée dans l'*Union Médicale*, 1884, p. 1123). — Traité clinique des maladies du cœur (1891).

EULENBURG et MENDELSOHN. — Lehrbuch der Nerven Krankheiten (1879).

L. GALLAVARDIN. — Les angines de poitrine. (Masson, 1925.)

L. GALLAVARDIN. — Crises angineuses et syndrome d'hyperexcitabilité sympathique. (*Lyon Médical*, 28 octobre 1928, p. 497.)

L. GALLAVARDIN. — L'angine de poitrine. Considérations pathogéniques. (Congrès français de Nancy, 1925.)

L. GALLAVARDIN. — L'angine de poitrine et ses lésions. (*Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1932.)

L. GALLAVARDIN. — Aortite syphilitique avec syndrome angineux sans lésions coronariennes. (*Lyon Médical*, 21 août 1932.)

L. GALLAVARDIN. — De l'absence des lésions coronariennes dans l'angine de poitrine des cardiopathies valvulaires endocarditiques. (*Revue Médicale française*, avril 1932.)

GALLI. — Spasme coronarien avec terminaison fatale. Angine de poitrine vraie sans lésions coronariennes. (*Gazz. degli Hospedali*, 2 février 1908.)

GILBERT et DESCOMPS. — L'érythème critique de l'angine de poitrine. (*Arch. mal. cœur*, 1912, p. 602 et *Paris Médical*, 23 mars 1912.)

R. GIROUX et GOMEZ. — Angine de poitrine et perméabilité artérielle. (*Bulletin médical*, 28 février 1931.)

GRASSET. — Traité des maladies du système nerveux, 1886, p. 712.

GRAVIER. — Paralysies transitoires et crises angineuses. (*Arch. mal. cœur*, juin 1930.)

GRUBER et LANZ. — *Arch. f. Psychiatrie*, 61, 1920.

P. HALBRON, Jacques LENORMAND et P. DARTIGUES. — Traitement de l'angine de poitrine par certains acides aminés. (*Presse Médicale*, n° 82, 4 octobre 1933, p. 1585).

H. HERMANN. — La circulation coronaire : in Traité de Physiologie normale et pathologique. Tome VI : Circulation. (Edit. Masson et Cie, 1932.)

HOLT. — Sueurs localisées, équivalent d'angor. (*The Amer. Heart J.*, avril 1930.)

J. HEITZ. — Claudication intermittente et angine de poitrine. (*Arch. mal. cœur*, novembre 1924.)

HUCHARD. — Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte. (Edit. Doin, t. II, 1899.)

T. JONNESCO. — Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine par résection du sympathique cervicothoracique. (*Bull. Acad. Méd.* 5 octobre 1920 et *Presse Médicale*, 9 mars 1921 et 13 février 1924.)

LAUDA. — Sur la pathogénie de l'angine de poitrine. (*Wien. Kl. Woch.*, 1931, p. 185.)

LAUBRY et VADON. — Définition et conception clinique de l'angine de poitrine. (*Annales de Médecine*, t. XX, n° 3, 1926.)

Ch. LAUBRY et HEIM DE BALSAC. — Considérations sur un cas d'angine de poitrine mortel. (*Bull. Soc. méd. hôpitaux Paris*, 23 juillet 1934.)

LERICHE et FONTAINE. — La chirurgie du ganglion étoilé et ses bases expérimentales. (*Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 28 juin 1930, t. LVI, n° 21.)

LERICHE et FONTAINE. — Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (*Congr. franç. de chirurgie*, octobre 1932.)

S.-A. LÉVINE, A.-C. ERUSTERNE et B.-M. JACOBSOHN. — L'emploi de l'adrénaline comme moyen de diagnostic de l'angine de poitrine. (*Arch. internat. méd.*, février 1930.)

C. LIAN et H. VELTI. — A propos de l'angine de poitrine et de son traitement chirurgical. (*Congr. franç. de chirurgie*, octobre 1932 et *Bull. Soc. méd. hôpitaux Paris*, 19 octobre 1934.)

C. LIAN. — Traité des maladies du cœur, T. IV du Traité Sergent. (Edit Maloine, 1921.) — L'angine de poitrine. (Edit. Masson, 1932) avec bibliographie.

C. LIAN, A. BLONDEL et RACINE. — Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique. (*Bull. Soc. Médicale des hôpitaux Paris*, 13 novembre 1931.)

C. LIAN, R. BARRIEU et BRÉANT. — La carbothérapie cardio-vasculaire par les voies sous-cutanée et respiratoire. (*Journ. méd. franç.*, octobre 1933.)

C. LIAN, BARRIEU, FACQUET, KOVATCHEFF et MÉNÉTREL. — Etude expérimentale et clinique du CO^2 et des gaz thermaux de Royat par les voies sous-cutanée, intraveineuse et respiratoire. (*Annales de la Soc. d'hydrologie*, n° 7 et 10, année 1933-1934 et *Le Sud Médical et chirurgical*, 15 janvier 1935.)

C. LIAN. — Le traitement de l'angine de poitrine. (Edit. Baillière, 1935.)

J. MACKENZIE. — Angina Pectoris. (*Oxford Med. Publ.*, Londres, 1923.)

K. NEUBÜRGER. — Cœur, épilepsie et angine de poitrine. (*Klin. Woch.*, 12, 1933, p. 1955 et *Frankfurter Zeitschr. für Pathologie*, 1934, t. 46, p. 14.)

NOTHNAGEL. — L'angine de poitrine vasomotrice. (*D. Arch. Kl. Med.*, 1867, p. 310).

PAL. — Les crises vasculaire. (Paris, 1908.)

PALMER. — Sueurs localisées, phénomène réflexe d'origine sympathique dans l'angine de poitrine. (*The Amer. Heart. Journ.*, avril 1930.)

PARKES WEBER. — Angine de poitrine et claudication intermittente. (*Royal Soc. of Med.*, 11 mai 1917.)

PORTOCALIS et FLORA. — Angor d'effort avec érythème initial et poussée hypertensive. (*Soc. Med. hôp. Paris*, 6 nov. 1931.)

ROSENTHAL. — Maladies du système nerveux (1878.)

SALINI. — Gangrène des extrémités supérieures et angine de poitrine. (*Riforma medica*, 23 mai 1907.)
SCHOTT. — Angine de poitrine et maladie de Raynaud. (*Deutsche Med. Woch*, 15 juillet 1915.)
C. SHINKLE. — Un cas de maladie de Raynaud, intéressant les pieds, la rétine et le myocarde. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 2 avril 1924.)
H. VAQUEZ. — Traité des maladies du cœur. (Edit. Baillière, 1921).
H. VAQUEZ et DONZELOT. — Les crises d'hypertension paroxystique. (*Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 23 octobre 1926.)

La médication antispasmodique vasculaire

Par André LEMAIRE

A une période où la thérapeutique tend de plus en plus à chercher dans l'expérimentation la raison de ses indications et l'explication de son efficacité, n'est-il pas curieux de remarquer qu'il nous est à peu près impossible de réaliser à notre gré, chez l'animal, un spasme vasculaire quelque peu durable ? A première vue cette carence de l'expérimentation ne semble guère préjudiciable : la lecture des Traités de thérapeutique est rassurante, qui nous indiquent un grand nombre de médications capables de combattre les spasmes des vaisseaux. Faut-il leur accorder une absolue confiance ?

***

La plupart des arguments qui concourent à démontrer les propriétés antispasmodiques d'un médicament, sont d'ordre indirect. Le plus important réside dans la vaso-dilatation qu'il provoque et qui s'extériorise par un double effet : hypotension artérielle générale et augmentation du volume d'un organe (rate ou rein) ou de la patte. Remarquons que l'hypotension artérielle, pour garder toute sa signification, ne doit pas être accompagnée de modifications notables du rythme ni de l'amplitude des contractions cardiaques. Remarquons aussi que l'accroissement volumétrique d'un organe ne permet pas de situer exactement le siège de la vaso-dilatation : celle-ci peut aussi bien affecter le territoire artériolaire, capillaire ou veineux. L'indice oscillométrique n'est guère plus explicite : tout au plus interroge-t-il les gros troncs artériels. Son augmentation d'amplitude ne correspond pas forcément à la dilatation du segment artériel exploré, mais plutôt à une variation du régime circulatoire à son niveau (pulsatilité, vitesse et débit sanguins). Les mêmes critiques peuvent être faites aux méthodes qui fondent sur les variations du débit sanguin d'un vaisseau l'action vaso-dilatatrice d'une drogue. Seules les observations directes ont une valeur absolue : elles sont possibles chez la grenouille au niveau du mésentère ou de la membrane interdigitale. Chez l'homme, elles ne peuvent s'effectuer que sur les capillaires digitaux et sur de très rares artères directement visibles, telles l'artère centrale de la rétine, où la survenue de spasmes et leur réduction par différents agents thérapeutiques sont facilement constatées par les ophtalmologistes.

Encore faut-il tenir compte, lorsqu'on étudie un médicament déterminé, du territoire artériel sur lequel porte l'expérience. Les divers secteurs circulatoires ont une autonomie au moins relative, une « indépendance mutuelle permettant l'établissement régional simultané de régimes de pression très différents ». On sait depuis longtemps que la circulation splanchnique n'a pas le même régime que la périphérique. C'est le mérite de MM. Villaret et Justin-Besançon d'avoir montré l'importance de ces « anisergies circulatoires » et de les avoir étudiées dans leurs modalités artérielle, veineuse et globale. Ainsi à la notion quelque peu simpliste d'une circulation obéissant aux seules lois de l'hydraulique se substitue une conception infiniment plus complexe, plus physiologique aussi de la fonction circulatoire.

La médication antispasmodique vasculaire apparaît donc très complexe, et il est certain qu'elle manque, dans beaucoup de ses applications, de bases scientifiques suffisantes. Tout médicament vaso-dilatateur représente théoriquement un antispasmodique vasculaire. Sans compter les agents physiques et les cures hydro-minérales figurent dans ce groupe de nombreuses drogues dont les principales sont les nitrites, les dérivés de la choline, la papavérine, le benzoate de benzyle. L'usage veut qu'on n'y fasse pas rentrer l'histamine, dilatateur des capillaires, sans doute parce qu'on ne sait pas reconnaître les spasmes des capillaires, ni même s'ils existent. Chacun de ces médicaments a donné d'heureux résultats.

Je me propose d'étudier plus particulièrement ceux dont l'efficacité est certaine et dont l'étude expérimentale justifie l'emploi. Il en sera de même pour les cures thermales.

***

Les nitrites sont principalement des dilatateurs de l'artériole. Leur représentant le plus typique est le nitrite d'amyle, liquide presque incolore, d'odeur caractéristique, administré toujours par inhalation. L'action de ce corps éminemment diffusible est très rapide : elle consiste en une baisse de la pression sanguine avec accélération notable des battements cardiaques. Cet effet est la conséquence d'une vaso-dilatation plus ou moins généralisée, mais qui, à peu près nulle au niveau des membres, prédomine, tout au moins chez l'homme, à la face, au cou, à la partie supérieure du tronc, s'accompagnant d'une rougeur intense du visage, de gonflement des temporales et même de dilatation des vaisseaux rétiniens. Tous ces phénomènes sont la résultante d'une vasodilatation active, due à l'excitation des nerfs vaso-dilatateurs (Lauder-Brunton, P. Vulpian, F. Franck). La trinitrine, le nitrite de soude, le tétranitrate d'érythrol ont en commun les mêmes propriétés ; mais parce qu'ils sont beaucoup moins diffusibles que le nitrite d'amyle leur action est moins rapide mais plus prolongée. On admet qu'ils agissent avec une certaine élection sur la circulation coronaire ; Marcou vient d'en donner la preuve directe grâce à de fort belles recherches pharmacodynamiques. L'efficacité des nitrites dans l'angine de poitrine est depuis longtemps connue, et il est logique d'en tirer argument pour étayer l'origine coronarienne du syndrome angineux.

Les dérivés choliniques représentent sans conteste les plus intéressants des médicaments antispasmodiques vasculaires ; ils sont riches de possibilités et pourtant encore insuffisamment explorés. Etudiés par de nombreux pharmacologistes depuis les travaux de Reid Hunt, de Dale, de Fourneau et Page, ils sont entrés dans la thérapeutique pratique grâce au Professeur Villaret, qui vient de publier avec Justin-Besançon et Cachera, les importantes recherches qu'il leur a consacrées. Seuls les éthers vagomimétiques, c'est-à-dire à action hypotensive peuvent être considérés comme des antispasmodiques. Tous, injectés à l'animal par voie intraveineuse à dose convenable provoquent une hypotension artérielle considérable, qui ressortit d'abord à un ralentissement ou même à un arrêt temporaire du cœur, ensuite à une vasodilatation intense, celle-ci durant beaucoup plus longtemps que celui-là. Ces deux effets peuvent être dissociés : des doses moins fortes n'arrêtent ni ne ralentissent le cœur, tout en provoquant une vaso-dilatation assez forte pour faire baisser la pression artérielle. Telles sont les propriétés de l'acétylcholine, de la formylcholine dont l'activité est sensiblement égale, de la bromocholine remarquable par l'effet cardiaque intense qu'elle produit et la durée très prolongée de l'hypotension qu'elle détermine, de la méthylacétylcholine remarquable par sa puissante activité et par ses effets relativement durables ; la toxicité de ce dernier dérivé « plus considérable que celle de l'acétylcho-

line laisse cependant une marge importante entre les doses active et toxique » (M. Villaret, Justin-Besançon et Cachera).

Injectées à l'animal par voie sous-cutanée, ces drogues se montrent encore hypotensives, mais à condition d'en augmenter la dose, et d'autant plus que le corps employé est plus facilement et plus rapidement détruit par l'organisme.

Ainsi il faut pour obtenir un effet hypotenseur net injecter quarante fois plus d'acétylcholine sous la peau que dans la veine, tandis qu'avec la méthylacétylcholine, infiniment plus stable, l'augmentation n'est que de 1 à 5. Mais la voie sous-cutanée comporte les avantages suivants particulièrement intéressants pour le thérapeute : brusquerie moindre de la chute tensionnelle, suppression (à doses convenables) de l'effet cardiaque, plus grande durée de l'hypotension.

L'expérimentation a permis de plus l'importante acquisition suivante : alors que l'acétylcholine est inactive par voie digestive, parce que détruite trop rapidement pour avoir le temps d'agir, la bromocholine et surtout la méthylacétylcholine sont hypotensives quand on les instille dans le duodénum. Ce dernier dérivé se signale plus particulièrement par la rapidité et la persistance de son action hypotensive, par l'influence minime ou nulle qu'il a sur le cœur.

Dale et Richards, Krogh avaient déjà montré que l'acétylcholine provoque une vaso-dilatation périphérique portant spécifiquement sur l'artériole, alors qu'au niveau des capillaires elle détermine plutôt une légère constriction. Cet effet vaso-dilatateur dépend en partie du tonus artériolaire, il apparaît d'autant plus net que le tonus est plus élevé. Enfin il est beaucoup plus régulier que celui des autres médicaments vasculaires. Il convient d'ajouter que la vaso-dilatation acétylcholinique n'affecte pas que le territoire vasculaire périphérique. Les artérioles splanchniques participent aux mêmes réactions. Nous l'avons avec le Professeur Loeper et Jean Patel indirectement prouvé en ce qui concerne le territoire encéphalique, dans nos études sur la pression rachidienne. Le Professeur Villaret et ses élèves ont pu grâce à l'examen ophtalmoscopique observer la dilatation de l'artère centrale de la rétine et même constater par divers artifices de technique que ce phénomène reste encore patent quand on empêche l'hypotension générale de survenir. La bromocholine et la méthylacétylcholine ont des propriétés identiques même quand on les administre par voie sous-cutanée ou digestive. Toutefois, comme le remarquent le Professeur Villaret et ses élèves, c'est l'injection sous-cutanée qui reste la plus intéressante : avec des doses bien choisies elle permet d'obtenir d'une façon prépondérante ou même exclusive l'effet vaso-dilatateur.

Pour si actifs que se montrent les dérivés choliniques, il est néanmoins possible de renforcer et de prolonger leur action. Nous avons démontré avec le Professeur Loeper que la durée de l'hypotension acétylcholinique est au moins quadruplée quand on injecte cette substance à un chien préalablement yohimbinisé. Le mécanisme de ce renforcement d'action que nous avons étudié avec MM. Villaret et Justin-Besançon nous semble devoir être rappelé, car il justifie la notion de l'auxothérapie, telle que le Professeur Loeper l'a définie. L'hypotension provoquée par l'acétylcholine entraîne de la part de l'organisme une réaction corrective qui tend, au moyen d'une décharge d'adrénaline à remonter la pression sanguine : le phénomène s'inscrit d'ailleurs nettement sur les tracés. Or, si l'animal a reçu préalablement une dose suffisante d'yohimbine, l'adrénaline n'a plus d'effet hypertenseur, parfois même elle devient hypotensive. Ainsi s'explique que dans de telles conditions l'hypotension due à l'acétylcholine soit prolongée. L'association acétylcholine-yohimbine nous semble donc un moyen commode de prolonger la vaso-dilatation acétylcholinique ; elle mérite comme telle de figurer dans la liste des antispasmodiques vasculaires.

Ces constatations expérimentales n'auraient qu'une portée pratique assez limitée, si elles ne se vérifiaient, en partie du moins chez l'homme. Il n'est pas question de recourir à l'injection intraveineuse, qui peut être parfois dangereuse, et qui est généralement inutile, parce que d'action trop brutale et trop courte. Par voie sous-cutanée, aux doses moyennes de 0,15 à 0,40, l'acétylcholine n'abaisse jamais notablement la pression sanguine, parce qu'elle n'a pas d'effet cardiaque, et parce que la vaso-dilatation artériolaire est à peu près compensée par la vaso-constriction capillaire. Elle n'augmente généralement pas l'indice oscilLométrique mais elle dilate constamment l'artère centrale de la rétine. Associée à l'yohimbine, selon la formule :

Chlorure d'acétylcholine............	0,10
Chlorhydrate de yohimbine.........	0,005 à 0,01

elle se révèle un calmant souvent efficace des douleurs vasculaires, si souvent liées aux spasmes.

De tous les dérivés choliniques elle est le plus employée. Mais il n'est pas douteux que la bromocholine et la méthylacétylcholine donnés isolément ou en association par pilules kératinisées de 0,05 apportent un effet de renforcement et de prolongation à l'action de l'acétylcholine.

Celle-ci reste le médicament de base des spasmes vasculaires, plus maniable et plus efficace que la papavérine et le benzoate de benzyle, auxquels certaines préparations spécialisées l'associent.

Il ne me semble pas utile d'en décrire les indications qu'on trouvera minutieusement étudiées dans les articles précédents. Elles s'élargissent chaque jour : Tinel vient d'y ajouter les syndromes causalgiques. J'ai été, pour ma part, très vivement frappé par l'étonnante efficacité de l'acétylcholine dans une crise d'épilepsie hémiplégique durant depuis trois heures : l'injection intraveineuse de cinq centigrammes provoqua instantanément l'arrêt des convulsions et l'apparition d'un sommeil parfaitement calme.

* * *

C'est sans nul doute par un processus de vaso-dilatation que les agents physiques se montrent des antispasmodiques, moins énergiques certes que les médicaments étudiés plus haut, mais d'action plus douce et plus prolongée.

Les uns comme la radiothérapie des surrénales suppriment la vaso-constriction pathologique, plus qu'elles ne provoquent la vaso-dilatation active : le résultat final est le même. Aux yeux des électro-thérapeutes et notamment de Zimmern, elle passe pour très efficace dans les artérites et gangrènes sèches des extrémités. On ne peut admettre qu'elle débouche la lumière des artères obstruées ; on est ainsi amené à concevoir qu'elle supprime ou diminue les spasmes des petits vaisseaux qui assurent la circulation collatérale ou supplémentaire. Elle peut y réussir en freinant la sécrétion d'adrénaline et en modérant l'activité des plexus sympathiques.

Les autres provoquent une vaso-dilatation active ou secondaire au réchauffement d'un membre, c'est le cas de la diathermie. A la chaleur, les douches tièdes, en pluie, sous faible pression, de durée relativement longue, associent l'effet des microtraumatismes cutanés répétés ; elles ont ainsi un effet sédatif sur l'appareil vaso-constricteur.

Le bain carbo-gazeux exerce sur le calibre des vaisseaux une action dilatatrice immédiate et durable qui en fait un traitement de choix contre les spasmes vasculaires. Il agit même à température indifférente par résorption de gaz que l'on retrouve dans l'air exhalé après qu'ils ont été véhiculé par le sang circulant dans les différentes parties de l'organisme. Ce mode d'application réalise ainsi une sorte de balnéation intratissulaire à base de gaz thermaux ou de gaz commercial selon les cas. Il n'est pas difficile de montrer les propriétés pharmacologiques du gaz carbonique ; les expériences sont nombreuses à ce sujet ; mais elles aboutissent à des conclusions très discutables lorsque l'on veut juger de l'effet thérapeutique en introduisant le gaz par la voie respiratoire.

Je me suis personnellement occupé de la question, dans le laboratoire de Thérapeutique, avec MM. Loeper, Mougeot et Aubertot. Voici comment les choses se passent.

Si à l'exemple de Krogh, on étale sous le microscope la langue d'une grenouille, et que l'on fasse arriver sur la préparation du gaz carbonique, on constate que tous les vaisseaux se

dilatent immédiatement : artérioles, capillaire et veinules. Les mêmes phénomènes se constatent au niveau de la membrane natatoire interdigitale.

Lorsque sur un chien anesthésié, portant une plaie à la patte pour mise en place de la canule intraveineuse et une autre plaie au cou pour introduction d'une canule intracarotidienne, nous injectons du gaz carbonique dans la cavité péritonéale, nous constatons qu'immédiatement après les plaies se mettent à saigner en nappe, pour quelques minutes, le temps pendant lequel un taux accru de CO^2 dans l'air expiré montre la résorption et l'élimination du gaz injecté. Au même chien, nous faisons une laparotomie, puis nous injectons du gaz carbonique dans le rectum : aussitôt les trois plaies cervicale, abdominale et jambière se mettent à saigner en nappe.

A vrai dire la notion du pouvoir vaso-dilatateur du gaz carbonique est déja fort ancienne ; Severini aurait été le premier à signaler en 1878 que les petits vaisseaux mésentériques chez les mammifères de petite taille employés dans les laboratoires se dilatent sous son influence et se contractent sous celle de l'oxygène ; il confirme en 1881 ses premiers résultats en employant la méthode des circulations artificielles locales ; il pratique des perfusions et voit le débit de la veine efférente augmenter lorsque la tension en CO^2 s'élève dans le liquide perfuseur, diminuer lorsque la teneur en oxygène s'élève. Le célèbre physiologiste anglais Bayliss arrive peu après aux mêmes conclusions, à la suite de perfusions de train postérieur de grenouille.

Les gaz thermaux naturels des sources de Royat, qui contiennent 995/1.000 de CO^2 et 5/1.000 de gaz rares, possèdent les propriétés essentielles de l'anhydride carbonique, plus une légère action additionnelle, sédative sur le sympathique, que l'on rapparte logiquement aux gaz radio-actifs. Injectés sous la peau de la grenouille, nos collègues Dodel et de Laroche, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, les voient dilater tous les vaisseaux et plus particulièrement les capillaires de la membrane natatoire.

L'Introduction du gaz carbonique dans l'organisme excite l'activité du centre respiratoire bulbaire ; elle combat efficacement l'arrêt de la respiration, notamment chez le nouveau-né, chez le malade soumis à l'anesthésie générale ; et la voie d'introduction est indifférente. On choisit presque toujours la voie inhalatoire. Il en est tout autrement pour l'emploi du même gaz contre le spasme vasculaire et nous insisterons encore une fois sur ce point, bien que nous l'ayions traité dans la Presse médicale et à l'Académie de médecine en 1933. L'inhalation d'un mélange tant soit peu riche en CO^2 s'oppose pour trois raisons à ce que l'on obtienne la vaso-dilatation périphérique recherchée : elle provoque des réflexes à point de départ nasal, et surtout cardio-inhibiteurs ; des réflexes à point de départ pulmonaires et surtout, en empêchant l'issue normale de CO^2 par le poumon, en faisant entrer brutalement de grosses proportions de CO^2 dans le sang circulant, elle provoque de l'asphyxie et par suite une vaso-constriction d'origine centrale, par excitation asphyxique des centres vaso-constricteurs de la moelle, du bulbe et la chaîne para-vertébrale. C'est ce qui ressort très nettement des expériences des physiologistes belges Heymans, Bouckaert, Dautrebande, et de Fleisch (de Dorpat-Tartu). Nos recherches nous ont ainsi conduit à préconiser les voies péritonéale et rectale dans les cas d'extrême urgence (arrêts respiratoires) et la balnéation dans les cas moins impérieux de spasmes vasculaires.

Introduit dans le sang circulant par voie péritonéale ou rectale ou par résorption spontanée à travers la peau, le gaz carbonique entraîne immédiatement une vaso-dilatation généralisée. Il agit d'une façon spécifique, à petite dose. Le fait se vérifie *in vitro* et cela a été fait sous nos yeux au laboratoire de thérapeutique : un lambeau artériel isolé en survie, immergé dans du liquide de Tyrode, voit son tonus s'abaisser dès que l'on fait barboter queques bulles de CO^2 dans le liquide environnant. Le gaz agit comme une hormone vaso-dilatatrice, et à une dose qui n'entraîne dans le pH du milieu qu'une modification infime qui resterait inefficace avec tout autre acide.

Ajoutons que l'hypotension artérielle relative que déclenche le bain carbonique n'est jamais excessive ni dangereuse pour la bonne raison qu'il ne peut se produire d'accumulation notable de CO^2 dans le sang, les poumons étant capables d'éliminer plus de gaz carbonique que la résorption percutanée n'en fait entrer dans le même temps.

Pour tous ceux qui se sont rendu compte des résultats très rapides et durables que procure une cure méthodique de bains carbo-gazeux comme celle de Royat chez les malades souffrant de claudication intermittente, chez les hypertendus avec vertiges, bourdonnements d'oreille, gêne douloureuse ou dyspnéique à l'effort, il n'est pas douteux non plus que la balnéation carbonique possède une vertu sédative du système vasomoteur dont la durée dépasse de beaucoup celle du bain proprement dit. Il se peut que cet élément de durée soit représenté par la radio-activité ou que la cure rétablisse un équilibre endocrinien entre les glandes à sécrétion vaso-tonique (surrénales, hypophyse) et celles à sécrétion hypotonique (pancréas). Autant l'expérimentation procure un contrôle décisif au sujet de l'action immédiate du bain, autant elle reste muette sur la permanence relative des résultats d'une cure méthodique alors que la clinique permet d'affirmer un fait dont l'explication rationnelle reste un problème.

BIBLIOGRAPHIE

M. VILLARET, J. JUSTIN-BESANÇON et R. CACHERA. — Recherches expérimentales sur quelques esters de la choline. Un vol., Masson et Cie, 1934

M. LOEPER et A. LEMAIRE. — Prolongation par l'yohimbine de l'action hypotensive de l'acétylcholine. *C. R. Soc. Biologie*, 5 juillet 1930, t. CV, p. 259.

M. LOEPER, M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, A. LEMAIRE et R. CACHERA — Sur l'action hypotensive prolongée des dérivés de la choline chez le chien yohimbinisé. *C. R. Soc. Biol.*, 19 juillet 1930.

I. MARCOU. — Quelques données expérimentales sur la circulation coronarienne concernant la pathogénie et la thérapeutique de l'angine de poitrine. *Clujul Medical*, t. XV, n° 11, nov. 1934.

M. LOEPER, A. LEMAIRE, A. MOUGEOT et V. AUBERTOT. — Avantages et inconvénients des diverses voies d'administrations thérapeutiques du gaz carbonique. *La Presse Médicale*, n° 29, 12 avril 1133, p. 377 et Bulletin Académie de médecine 1933, t. 109, p. 598.

« Quelle sera la destinée du chirurgien de demain ? Personne n'oserait une réponse.

Je ne vois pas encore s'éloigner d'elle le traitement des plaies, des hernies, de l'appendicite, des perforations viscérales, des sténoses organiques ou des productions néoplasiques.

Je vois bien une certaine chirurgie de la douleur s'évanouir sous une acupuncture ou sous une homœopathie mystérieuse. Certains syndromes endocriniens ou viscéraux reculer devant une thérapeutique médicale plus parfaite.

Je vois et je souhaite la venue d'un vaccin ou d'un sérum, d'un agent quelconque, physique ou chimique, délivrant l'humanité du cancer, que le chirurgien n'abat que par devoir.

Je vois de nombreux rêves, envolés sans retour. Je vois encore de magnifiques espaces où la pensée d'un biologiste peut s'ébattre, mais où celle d'un chirurgien n'a pas le droit de s'endormir car, à rester sur les sommets, il risque de perdre de vue ce qui se passe à ses pieds.

Certes, il est agréable de se lancer sur la route des faciles illusions, et, par dessus le toit des réalités, de contempler un ciel toujours pur. Mais depuis que le monde est monde, celui qui souffre appelle, il lui faut une réponse. » (Professeur Maurice PATEL. La vie du chirurgien français autrefois, aujourd'hui. Discours prononcé à la séance de rentrée de l'Université de Lyon, le 10 novembre 1934).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Aventure arrivée à un médecin numismatiste, c'est à Jean-Foi Vaillant (1632-1706), médecin numismatiste célèbre, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, qu'arriva l'aventure, contée tout au long par Spon, et qu'on retrouve dans Hévin (Précis d'observations sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, *Mém. de l'Acad. Royale de chirurgie*, t. I). « Après avoir été pris par un corsaire, et retenu à Alger en captivité pendant quatre mois et demi, Vaillant fut, en revenant en France, poursuivi par un autre corsaire de Tunis : à la vue de ce nouveau malheur, il avala, afin de ne pas tout perdre, comme il avait fait dans le premier vaisseau, quinze médailles d'or qu'il avait sur lui. M. Vaillant échappa à la poursuite du corsaire, et son premier soin fut de chercher les moyens de se décharger du fardeau qu'il avait confié à son estomac. Comme la nature ne semblait pas disposé à l'en soulager, il craignait pour sa vie, et il assembla sur ce sujet, la Faculté de médecine. Chaque médecin proposa un remède différent ; et le malade ne sachant lequel il devait préférer, s'abandonna entièrement à la nature, et la laissa la maîtresse de son sort. Elle agit heureusement et elle lui avoit rendu plus de la moitié de son dépôt lorsqu'il arriva à Lyon, où il en traita avec un curieux de cette ville, avec une promesse de lui fournir les autres dès qu'il les aurait en son pouvoir. Le soir même il fut en état d'exécuter son traité ».

Les conférences médicales faites par T. S. F. — *Nous devons faire comprendre, dans nos milieux médicaux — dit le Docteur Raphaël Massart, dans* LE CONCOURS MÉDICAL (5 mai 1935) — *qu'un médecin distingué ne doit pas parler médecine à la T. S. F.* » :

.....On assiste alors, quelquefois, dans la même audition à l'exposé d'un grand chef d'école, parlant simplement de ses découvertes et de ses travaux et à la conférence d'un fumiste, charlatan notoire, parlant magistralement et avec assurance des guérisons nouvelles qu'il obtient, en soumettant les malades à l'action d'un gaz dont il a le secret ou d'aiguilles dont le pouvoir est mystérieux.

Comment voulez-vous que le public sache où est la vérité, et comment voulez-vous que je ne considère pas le médecin honnête, comme faisant la partie trop belle au charlatan, lui préparant le terrain, lui recrutant un auditoire, rendant réceptif un public qui, autrement, serait facilement mis en garde, contre les médecins qui parlent à la T. S. F.

Comment voulez-vous, que nous disions à nos clients que tout ce qui se dit de médical à la T. S. F. est du même ordre que ce qui se lit aux dernières pages des journaux et ne mérite pas plus d'attention, quand on nous cite les noms des conférenciers, appartenant à une élite médicale, qui sont venus parler de leurs travaux.

Ce qui imprimé, constituerait une manière honteuse d'attirer sur soi l'attention, se fait couramment par la T. S. F., et je crois qu'il faut y mettre bon ordre, sans attendre l'Ordre des médecins, qui, je le pense réprouverait pareille manière de se mettre en avant, en insistant sur le tort que font à la profession ces haut parleurs médicaux.

Comment, mes confrères, *vous vous étonnez que vos cabinets soient vides*, mais vos clients en sont détournés par la T. S. F. qui vient les trouver à domicile et leur donne par exemple le nom et l'adresse d'un soi-disant institut où ils pourront faire scléroser leurs hémorroïdes.

Journaux et professions. — JOURNAL DES DÉBATS. — Il existe en France 260 journaux d'alimentation, 277 de finances, 39 d'urbanisme, 35 d'assurances, 39 de bibliographie, 19 du travail du bois, 4 du caoutchouc, 23 de chimie, 134 d'organisation commerciale, 55 d'électricité, 27 de géographie et d'histoire, 24 d'imprimerie, 48 de jurisprudence, 252 de médecine, 32 de métallurgie, 68 de mutualité, 11 de papeterie, 8 de pétrole, 4 de sapeurs-pompiers, 25 de sténographie, 20 de féminisme, 21 d'habitations, 12 de magnétisme, 18 de textiles, 44 de travaux publics, 200 de propagande catholique, 44 de propagande protestante, 4 des concierges et 3 de pompes funèbres.

Quelques souvenirs de M. Locard sur le Professeur Lacassagne. — *M. E. Locard vient de publier un petit livre plein d'intérêt sur cette affaire Gouffé qui fit tant de bruit en son temps* (LA MALLE SANGLANTE DE MILLERY, *Gallimard, éditeur, 43, rue de Beaune*). *Voici quelques pages où M. Locard évoque le souvenir du Professeur Lacassagne* :

« Le Professeur Lacassagne était alors au plein de son mérite. Né à Cahors, comme Gambetta, et comme lui du peuple, il avait passé par l'Ecole militaire de Strasbourg. Médecin aux bataillons d'Afrique, il avait vu de près la plus rude pègre, et avait débuté dans la criminalistique par une étude sur les tatouages qui avait fait époque et qui, aujourd'hui, est un travail classique, le livre de fond pour ceux que cette question intéresse. Agrégé militaire du Val-de-Grâce, agrégé civil de Montpellier, il avait été sollicité d'accepter la chaire de médecine légale et de toxicologie quand on fonda l'Université de Lyon. Mais ce grand esprit donnait sa mesure par la connaissance de ses limites ; il avait peu étudié la chimie ; elle ne le passionnait que faiblement. Il demanda la dissociation des deux enseignements et l'obtint. C'est ainsi que M. Cazeneuve devint professeur de toxicologie, et que M. Lascassagne se cantonna dans la médecine légale qui n'avait pas encore les immenses ramifications sociologiques qui l'ont dispersée depuis. Elle était alors à peu près exclusivement criminologique.

Bourgeois de Lyon, M. Lacassagne subit évidemment l'influence du milieu. Dans cette ville de pondération, de mesure ouatée, et de réserve un peu contrainte, sa fougue méridionale s'enveloppa de sagesse. Il était admirablement éloquent ; il devint excellemment didactique. Ce fut un professeur prestigieux. Il disait souvent : « Je voudrais constituer un séminaire laïc ». Ce qu'il désirait, il l'a réalisé. Les élèves venaient à lui en foule. Il n'en repoussait aucun ; mais il savait discerner très vite ce qu'il pouvait attendre de chacun. Aux uns, il confiait le soin de colliger pour en faire une thèse hâtive ses propres observations. Aux autres, il attribuait les longues recherches et le souci de l'expérimentation. A tous il donnait, outre les conseils techniques et la direction de leur travail, des indications sur leur culture générale dont un grand nombre ont fait leur profit immédiat, dont quelques-uns ont tiré des règles de conduite intellectuelle pour leur vie toute entière.

Car nul ne fut moins l'homme d'une seule discipline et d'une spécialisation borgne. Il avait, comme Diderot, qu'il aimait à citer, le goût des vues générales et la volonté de rechercher des ouvertures en tous sens. Sa lecture était immense : histoire, philosophie, critique, littérature, biologie, il avait des clartés sur tout. Sa prodigieuse mémoire avait amoncelé les œuvres poétiques. Je crois bien qu'il savait tout Musset par cœur. Un jour où nous faisions antichambre à la porte d'un grand de la terre, il me récita sans une défaillance le monologue de *Ruy Blas*. Il citait des pages entières de Dante, car il savait fort bien l'italien. Quand on lui demandait ce qu'il fallait lire, il disait : « Sainte-Beuve, Auguste Comte, Renan et Taine, tout entiers et plusieurs fois ; ensuite nous verrons ». Ces hommes étaient ses dieux, surtout Comte, encore que son positivisme prit fin en deçà des oraisons à Clotilde et de la période délirante. Il ne manquait à son immense culture qu'une chose : percevoir la musique. Il tenait cet art pour inférieur : « C'est de la masturbation cérébrale », disait-il, mais il sentait bien qu'il n'avait pas pleinement raison ».

La consommation du lait en France — *Du Docteur Raymond Neveu dans* L'HYGIÈNE SOCIALE (25 avril 1935) — *qui vient de consacrer un numéro spécial à la question du lait* :

La production laitière qui n'était en 1921 que de 106 millions d'hectolitres a monté à 140 millions en 1930, le lait constituant plus du dixième de la production agricole nationale, ainsi que l'a démontré M. H. Léculier dans un rapport très documenté.

Cette production se divise en quatre utilisations principales : consommation en nature ; fabrication du beurre ; fabrication des fromages ; alimentation des veaux. La consommation en nature est de 31 %.

Voici d'ailleurs, le tableau de ces utilisations :

Lait consommé en nature	43.100.000	hectolitres
Production de beurre	2.069.500	quintaux
Production de fromage	2.177.000	—

il faut ajouter à ces chiffres :

Lait concentré non sucré........	100.000	—
Lait en poudre non sucré écrémé.	20.000	quintaux
Lait en poudre non sucré complet.	9.000	—
Lait concentré sucré	170.000	—

La production laitière rapportait les années précédentes environ 12 à 13 milliards. En 1933 les produits laitiers ayant subi une forte baisse n'ont atteint que 9 milliards.

Devant une telle production on est inexcusable de ne pas consommer davantage.

Il est juste de signaler que la consommation du lait à Paris a tendance à augmenter très sensiblement, environ de 3 à 4 % par an, ainsi qu'on peut le constater en consultant ce tableau :

1913	378.932.000	litres
1926	358.341.000	—
1927	365.000.000	—
1928	378.000.000	—
1929	391.000.000	—
1930	398.000.000	—
1931	415.000.000	—
1934	423.849.000	—

Il faut reconnaître que ces chiffres sont encore très nettement insuffisants. D'ailleurs, si la consommation du lait est assez élevée dans la région parisienne, il n'en est pas de même dans le reste de la France. Certains départements semblent ignorer cet aliment de premier ordre.

L'histoire des jeux à Aix-les-Bains. — *De Mme Marie-Louise Pailleron dans la* REVUE DES DEUX-MONDES (1er mai 1935) : LES CÉLÉBRITÉS AUX EAUX : AIX-EN-SAVOIE :

.....Le château d'Aix, appartenant aux Seyssel, marquis d'Aix, se mua de 1824 à 1849, avec l'agrément dudit, en cercle pour les étrangers. Quand le cercle définitif fut construit, le château devint hôtel meublé. Après l'annexion, la ville le racheta, y logea ses services municipaux, où ils sont encore. Lorsqu'il fut « cercle », il y eut une salle de danse, de lecture, un billard, une salle de jeux. Entendons-nous..... de *Jeux de société*. Le roi se montrait réfractaire à la roulette et au baccarat, honnêteté qui multiplia dans Aix, les tripots clandestins.

L'histoire des jeux à Aix est comique : on aperçoit d'année en

année, parmi les commissions et les administrations, des plaintes sans nombre, des suggestions dont la presse locale se fait l'écho C'est une antienne : « Il faudrait que le Roi autorisât... », « Le Roi songe-t-il ? » Mais le Roi ne veut rien savoir. En 1801, l'établissement, qui est affermé à un particulier pour la modeste somme de 900 francs, ne paraît pas faire ses affaires, car le locataire suivant ne paye plus que 715 francs : c'est un nommé Milliot (François) qui consent à verser le prix fixe, à condition qu'il puisse « tenir des jeux de hasard ». Officiellement, il n'y en a pas encore en 1821, quoique Dacquin ait prétendu dès le début que les malades seuls ne pouvaient faire la fortune d'une ville d'eaux.

Au cours des rapports, on rencontre quelquefois le mot aigre : « Si l'on continue, Aix ne sera plus qu'un vaste hôpital », ou : « Ils avaient compris (les fondateurs du premier casino) que le plaisir qui est un élément de prospérité matérielle..... (1)... » et encore plus tard : « Il est accepté par les moralistes que certaines villes sont condamnées à être joueuses... Hambourg, Bade, Spa... ont entendu ces paroles : Fais jouer où tu es perdue (2)... ». Ces propos tendancieux tombèrent dans une oreille de bois.

Pourtant, en 1803, les réclamations recommencent : « Qu'on rétablisse les jeux ! » Ils avaient donc été établis ? Le préfet qui prononce ces paroles se voit repris par le ministre de l'Intérieur..... Toutefois, les jeux de hasard, avec quelques restrictions, sont enfin autorisés en 1806... et les baigneurs d'affluer. Il n'existe encore aucun Casino pour les recevoir, et M. Pérouse affirme qu'ils se réunissent au fond d'une morne salle, louée par le fermier des jardins potagers, dans la rue actuelle du Casino.

Les femmes surtout s'y pressent. Pauline Borghèse, malgré son million de rente, s'y endette... Enfin, les jeux deviennent pour Aix, une attraction de plus. Ce qui n'empêche pas Cavour, sollicité en 1859 pour le rétablissement des jeux à Aix de répondre : « *Ils n'ont jamais été autorisés* » (3), paroles qui tendraient à établir qu'ils le furent lorsque les Français en 1792, conquirent la Savoie et l'annexèrent :

La France y installa la Révolution. Les militaires, logés démocratiquement au château, y apportèrent la gale et empoisonnèrent les eaux : les étrangers s'enfuirent. En outre, le spectacle du pillage des églises qu'on leur offrit bientôt, les dégoûta : ils eussent préféré les petits chevaux.

(1) Bulletin de propagande pour la souscription d'actions émises à cinq cents livres chacune. Création du nouveau Casino, 1847-1849.

(2) *Courrier des Alpes.*

(3) *Les matinées d'Aix*, journal hebdomadaire d'Aix-les-Bains, publié par Mme Marie de Solms, née Bonaparte-Wyse.

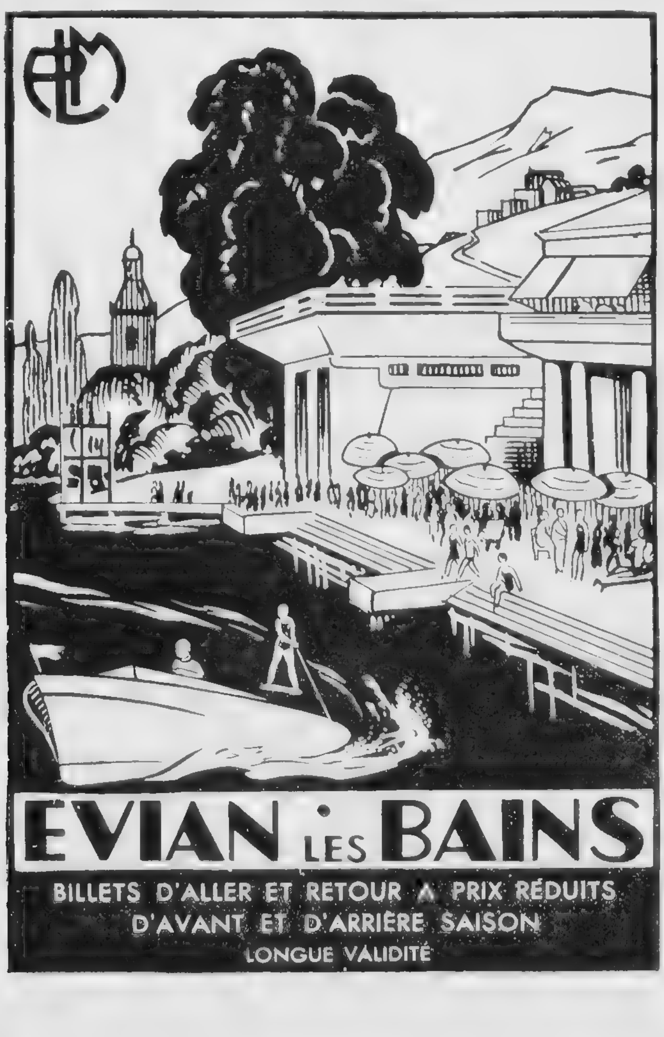
Le manque de brome pendant la guerre 1914 1918. — *De M. le lieutenant colonel Rebaul dans* SCIENCE ET VIE (mai 1935) : CONTRE LA GUERRE CHIMIQUE. LE MASQUE A GAZ RÉALISE-T-IL UNE SOLUTION PRATIQUE DE DÉFENSE ?

.... Pour ses écrivains (*Allemagne*), la suppression de la guerre chimique est une utopie. Deux d'entre eux (1), écrivent : « La guerre des gaz offrira aux nations les plus cultivées, au sens technique et scientifique du mot, une arme supérieure qui, comme telle, conférera aux peuples les plus habiles à la manier une suprématie mondiale, voire même l'empire du monde ». D'autres Allemands accentuent encore leur profession de foi : « On peut, écrivent-ils, à peu près irréfutablement prouver que, chaque fois qu'une arme nouvelle fait son apparition et surpasse ses devancières, elle est tout d'abord rejetée comme contraire aux règles de l'humanité, pour être ensuite légitimée, au bout d'un certain temps de progrès successifs. »

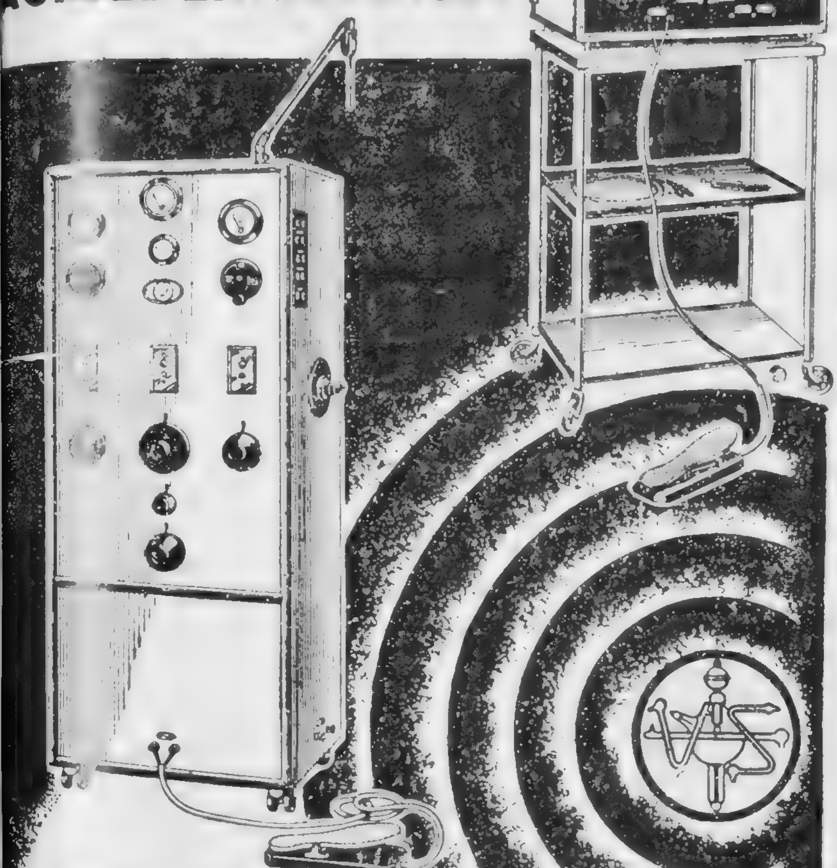
Nous sommes prévenus. Les Allemands n'hésiteront pas à recourir à l'arme chimique dans un prochain conflit. Quels préparatifs avons-nous effectués pour nous défendre ? Rien ne s'improvise cependant dans ce domaine. Qu'on nous permette de citer un exemple : pendant la guerre, nous eûmes brusquement besoin de brome. Nous n'en fabriquions pas en France. Heureusement, nous étions en relation constante avec les Etats-Unis, qui en produisaient. Mais eux-mêmes n'en fabriquaient que de faibles quantités qu'ils nous vendaient 40 à 50 francs le kilogramme. Comme il nous en fallait 4 tonnes quotidiennement, nous devions leur payer, de ce seul fait, 200.000 francs par jour. De plus, beaucoup de navires n'arrivaient pas ; les sous-marins allemands les coulaient. Conclusion : nous n'avions pas assez de brome pour la fabrication de nos gaz asphyxiants. Comment faire ? Heureusement, un ingénieur-conseil français, M. Kaltenbach, quelques jours avant la déclaration de guerre, avait reçu d'Allemagne un plan d'ensemble et quelques croquis de détail pour monter en France une usine de brome. En présence de ces difficultés, on le rappela du front, où il commandait une batterie d'artillerie.

Avec les documents qui lui ont été transmis et qu'il retrouve quelque insuffisants qu'ils soient, il parvient à reconstituer pres-

(1) HAUSLIAN et BERGENDORFF, dans *Chemische Krieg*, chez Mittleř und Sohn.







que intégralement l'appareil qu'on lui avait proposé. Grâce à cet heureux hasard, nous pûmes ainsi nous procurer tout le brome dont nous avions besoin, et cela à un prix qui oscilla entre 6 fr. 50 et 8 francs le kilogramme ; mais peut-on compter toujours sur de pareilles circonstances éminemment favorables ?

Comme on écrit l'histoire. — Anatole France prétendait qu'on s'instruit plus en lisant les catalogues de bouquinistes qu'en feuilletant de gros in-folios. Et il avait raison. Mais si les catalogues des libraires sont souvent sources d'enseignement, on y trouve aussi quelquefois des bourdes qui ne manquent pas d'imprévu. C'est ainsi que dans le catalogue récent d'un libraire de Londres on peut voir indiqué à propos de la troisième édition des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, que Bichat fut en France « le créateur de l'anatomie descriptive ». Non satisfait de cette assertion empruntée d'ailleurs à l'Histoire de la médecine, de Garrison, le savant libraire ajoute que Bichat fut, pour Balzac, le prototype du médecin dans la *Comédie Humaine*. Comme ces deux titres, insoupçonnés jusqu'ici, ajoutent sans doute à la valeur des œuvres de Bichat, le dit libraire vend 2 liv. 10 sh. cette banale troisième édition des *Recherches physiologiques...* qu'on trouverait en France, pour une dizaine de francs.

M. G.

Les récents progrès de la métapsychique. — Voici les conclusions d'un article de M. René Johannet paru sous ce titre dans la *Revue de Paris* (15 mars 1935) :

« Rarement science s'est montrée, dès ses débuts, aussi prodigues de promesses. Dès maintenant il est établi de façon irréfutable que l'esprit dispose dans certains cas d'un pouvoir direct, interne, spécial sur la matière, pouvoir organisateur et conducteur, plus prompt et autrement efficace que ce que le jeu normal des réflexes nerveux nous permet d'observer. Derrière la vie que nous révèlent nos sens et notre conscience claire, bien au-delà même du subconscient, « il existe un autre plan de l'être ordinairement imperceptible, qui participe d'un plan de la vie tout différent de celui où nous sommes appelés à exercer notre intelligence. »

Quand on se rappelle ce qu'ont pu réaliser certaines sciences, une fois leurs principes de développement bien établis, on devine ce que pourra fournir la méta-psychique, si les moyens matériels ne lui manquent pas. Sans l'appui financier, jadis, de M. Jean Meyer, sans quelques subventions occasionnelles, sans le désintéressement de M. Osty, la plupart des expériences faites à l'Institut n'auraient pu avoir lieu.

Il n'y a pas non plus que les appareils, il y a les médiums. On doit les faire venir, souvent de très loin, les observer longtemps, patiemment. Il y a le personnel qu'il faut rémunérer. Tout cela coûte cher. Il n'existe pas encore de bibliothèque métapsychique. Il faudrait en constituer une. Lorsque les journaux (le cas est fréquent) signalent quelque part des phénomènes à tournure paranormale, il faudrait pouvoir envoyer sur place, immédiatement, un collaborateur capable de se rendre compte si la chose mérite une enquête approfondie. Cette enquête il faudrait pouvoir l'entreprendre.

Que d'inédit pourtant ne sommes-nous pas en droit d'attendre de la métapsychique ! Philosophie, histoire des religions, physique, physiologie, elle pourrait se frayer un chemin original à travers ces disciplines, et jeter sur toutes des lumières nouvelles. Les trouvailles de ces dix dernières années sont un garant des trouvailles à venir, au cours de ce XX° siècle dont on a dit qu'il serait le siècle de la métapsychique ».

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de l'angine de poitrine. *Médical, physiothérapique et chirurgical*, par le Docteur Camille LIAN. Un volume in-8 de 72 pages (*Collection « Les Thérapeutiques nouvelles. »* Baillière, éditeur, 1, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Les principales variétés d'angine de poitrine rentrent d'après l'auteur dans les cinq grands groupes suivants :

1° *Les angors cardio-artériels* qui apparaissent entre quarante et soixante ans et sont presque tous les angors coronariens ;

2° *Les angors cardiaques* compliquant les affections cardiaques des jeunes adultes.

Puis trois variétés d'angors apparaissant chez des sujets n'ayant pas de maladie cardio-vasculaire :

3° *Les angors réflexes* dépendant d'une affection locale avec retentissement cardiaque ;

4° *Les angors névrosiques*, expression cardiaque d'une hyperexcitabilité nerveuse générale ;

5° *Les angors toxiques*, états fonctionnels dus à une auto-intoxication ou une hétéro-intoxication.

Parmi ces cinq variétés, il en est une les qui domine toutes autres et constitue presque à elle seule tout le syndrome, ce sont les *angors cardio-artériels* qui groupent les quatre cinquièmes des malades ayant un syndrome angineux.

Par conséquent l'exposé thérapeutique est centré sur les angors cardio artériels. C'est seulement après avoir terminé leur étude thérapeutique, que l'auteur envisage quelques particularités des prescriptions à mettre en œuvre dans les quatre autres variétés d'angine de poitrine.

De l'homme sain à l'homme malade. Essai de pathologie générale, par le Docteur Raymond BOISSIER et Maurice CHARENTON. Un vol in-16 avec gravures. Prix : 25 francs. Edition de la *France Dentaire*, 170, boulevard Haussmann, Paris.

On sait que la partie de la médecine la plus difficile à exposer et à comprendre est la *Pathologie générale*, qui traite des causes des maladies et de leurs effets sur l'organisme. C'est pourtant à cette science demeurée quelque peu hermétique et pleine d'obscurité, que les auteurs, connus déjà par leurs travaux antérieurs, n'hésitent pas à s'attaquer.

Le livre de Boissier et Charenton, écrit pour mettre au courant les étudiants des questions à l'ordre du jour et ne figurant nulle part ailleurs, doit être lu également par les médecins désireux de compléter leur documentation.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 N° 21 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 MAI 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. *Thèses* 18 mai. — M. DASSENCOURT. Rôle de l'infirmière sociale dans un service de Maternité. — M. HUSKIA-JACOB. Rôle des éliminations d'hormones dans le diagnostic et pronostic des môles hydatiformes et chordo-épithéliomes. — M. DEMESTIER DU BOURG. De l'hématome vulvo-vaginal d'origine obstétricale. Trombes. — M. DAUMEZON. Considération statistique sur la situation du personnel infirmier des Asiles d'aliénés.

21 mai. — M. BAGOT. L'impotence au cours des rhumatismes chroniques. — M. FEIGENBAUM. Etude de l'étiologie et du traitement chimiothérapique des rectites sténosantes et des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. — M. SCHWARTZ. Etude des réactions colorées de floculation. — M. MARTIN. Etude de la limite plastique localisée au pylore.

22 mai. — M. PINCHASOWICZ. Etude du réflexe oculo-cardiaque chez les tabétiques. — M. SMILOVICI, Les accidents mortels dus à la chrysothérapie. — M. BARAS. La prophylaxie actuelle de la lèpre. — M. CARON. Etude sur l'organisation de la prophylaxie des affections bucco-dentaires chez l'enfant à l'âge scolaire. — M. GLUSCHKIN. Organisation de l'hygiène publique en Lettonie. — M. FOURNET. Les intoxications par l'apiol. Ses impuretés et ses falsifications.

23 mai. — M. BARON. Etude du spasme de l'œsophage chez l'enfant et le nourrisson. — M. BOURMALO. Etude des sténoses de la 3e portion duodénale par le pédicule mésentérique. — M. GUYOT. Les méningites vermineuses. — M. HANOUNE. Les adénites fébriles aiguës de l'enfance.

25 mai. — M. COSTE. Etude du tabes hérédo-syphilitique apparraissant à l'âge adulte.

Réunion médicale de Nancy (2 juin 1935). — Dans la matinée, à partir de 9 h. 30, auront lieu des démonstrations cliniques et des présentations de malades dans plusieurs services, d'après le programme ci-dessous :

9 h. 30 : Clinique de chirurgie infantile et orthopédie (Professeur Frœlich, pavillon Virginie-Mauvais). — Clinique d'urologie (Professeur André, pavillon Alfred-Krug).

10 h. 15 : Clinique d'oto-rhino-laryngologie (Professeur Jacques). — Clinique médicale infantile (Professeur Caussade, pavillon Alfred-Krug).

11 heures : Clinique de chirurgie (Professeur Haman. Technique nouvelle dans le traitement des fractures). — Centre anticancéreux (Professeur Hoche, visite du centre).

12 h. 30 : Déjeuner. L'endroit où aura lieu le déjeuner sera indiqué ultérieurement.

14 h. 30 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique. — Conférence avec projections de M. le Professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur : « Syphilis nerveuse expérimentale ».

16 heures : Réunion au centre de malariathérapie, hôpital Sainte-Anne, avenue Paul-Déroulède, Laxou. — Exposé de M. le Docteur Aubry, médecin-chef : « Le diagnostic de la paralysie générale et le rôle des centres de malariathérapie ».

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

Journées prophylactiques de Bordeaux (6, 7 et 8 juin 1935.) — Ces conférences auront lieu à la Clinique dermatologique de l'hôpital Saint-André.

Jeudi, 6 juin, à 9 heures : Séance d'ouverture. — A 10 heures : Exposé de M. le Docteur G. PETGES, sur l'organisation régionale prophylactique contre les maladies vénériennes ; ses résultats. A 11 heures : Visite du laboratoire régional de sérologie et du dispensaire municipal de prophylaxie. — A 15 heures : Conférence de M. le Docteur JOULIA, sur le dépistage de la syphilis primaire chez la femme. Les chancres syphilitiques du col et du vagin, leur fréquence. Les syphilis méconnues consécutives à accidents primitifs inapparents, facteurs de contamination chez les prostituées. — A 16 h. 30 : Visite du laboratoire et du dispensaire prophylactique de la Compagnie des chemins de fer du Midi, sous la direction du chef de service. — Vendredi 7 juin, à 9 heures : Exposé de M. le Docteur ROCAZ, président de la Fédération des Œuvres girondines de protection de l'enfance, sur le dépistage et la prophylaxie de l'hérédo-syphilis en Gironde. — A 10 h. 15 : Exposé de Mlle FRITSCH, sur le rôle des infirmières-visiteuses dans la lutte contre l'hérédo-syphilis. A 11 h. 30 : Visite du service de distribution des médicaments du Centre régional de prophylaxie. — A 15 heures : Conférence de M. CAUZINILLE, sur Assurances sociales et prévention. — A 16 h. 30 : Visite de l'hospice départemental des Enfants assistés de la Gironde, sous la direction de M. le Docteur ROCAZ. — Samedi 8 juin, à 9 heures : L'évolution du traitement de la syphilis, par M. le Docteur G. PETGES.

Des visites et excursions seront organisées dans la région de Bordeaux : le détail et les conditions de ces excursions seront communiqués ultérieurement à ceux de nos confrères qui se seront fait inscrire.

L'adhésion à la Conférence est gratuite et les membres participants bénéficieront d'une réduction sur les tarifs de chemin de fer. Les grands réseaux français ont bien voulu accorder aux adhérents et à leur famille (femme et enfants mineurs et filles non mariées) une réduction de 40 %, sur les prix des billets simples à place entière, les billets sont délivrés sous condition d'un parcours total (retour compris) de 50 kilomètres au minimum.

Validité des billets aller et retour du 1er au 13 juin 1935.

Pour permettre de faire établir, en temps utile, les permis de chemin de fer, prière de vouloir bien faire parvenir le plus tôt possible, et en tout cas avant le 20 mai 1935, son adhésion, en indiquant la classe de chemin de fer choisie. Adresser toute le correspondance à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, secrétaira

général de la Commission de préservation des maladies vénériennes, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

Hôpital Foch. — Un poste d'assistant du Service d'électro-radiologie (Docteur Dausset, chef de service) va être créé incessamment à l'hôpital Foch « Les Médaillés militaires ».

Pour tous renseignements concernant les obligations professionnelles et les conditions matérielles, s'adresser à l'Administration de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud (XIIIe).

La liste des candidats sera close le 1er juin 1935.

Val-de-Grâce. — La chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie, sera vacante à la date du 1er novembre 1935 à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris.

Union des médecins mutilés de guerre. — Ce groupement de médecins blessés ou mutilés de guerre, fondé en 1926, dans une intention de mutuelle assistance et de camaraderie bienfaisante, vient de renouveler son bureau, pour deux ans. C'est le Docteur G. de Parrel qui a été élu en remplacement du Docteur Jean Schneider, nommé président de la Fédération nationale des Médecins du front. Le Docteur O'Followell et le Docteur Ménétrel ont été maintenus dans leurs fonctions respectives de secrétaire général et de trésorier de la Société.

Le but principal de l'Union des médecins mutilés de guerre est de se porter au secours des médecins mutilés de guerre qui se trouvent en difficultés et il y en a malheureusement beaucoup. Sa sollicitude active s'étend aussi aux veuves et aux orphelins des médecins morts au champ d'honneur.

L'Union des médecins mutilés de guerre accueille dans son sein, au titre de membres titulaires, tous les médecins blessés de guerre ; au titre de membres adhérents, les confrères mobilisés en 1914-1918 ; au titre de membres bienfaiteurs, les personnes qui prêtent une aide efficace à la réalisation de ses buts.

S'adresser pour tous renseignements en écrivant au secrétaire général, 9, rue d'Argenteuil, Paris-1er (joindre un timbre pour la réponse) ou en téléphonant vers 13 heures, Opéra 18-87.

XVme Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales. — Cette manifestation aura lieu à Belgrade l'an prochain, soit au mois d'octobre 1936 ; elle aura un éclat particulier car elle marquera le cinquantenaire de ces réunions, le premier Congrès ayant eu lieu à Biarritz en 1886. D'autre part, beaucoup de médecins et de savants saisiront cette occasion pour resserrer davantage encore les liens que la guerre et la paix ont noués entre la Yougo-Slavie et la France.

Sous le haut patronage de S. A. R. le Régent Prince Paul, s'est constitué un Comité national yougo-slave qui a désigné comme secrétaire général le Professeur Miloutine Neskovitch, et comme secrétaire général adjoint le Docteur Vandjel Tassitch il poursuit activement les travaux d'organisation sur le plan scientifique comme dans l'ordre matériel.

Pour tout renseignement, s'adresser au Professeur M. Neskovitch, 3, rue Takowska, Belgrade ; au Docteur Ray. Durand-Fardel, à Vichy ; au Docteur Henri Flurin, à Cauterets ; au Docteur François Françon, à Aix-les-Bains.

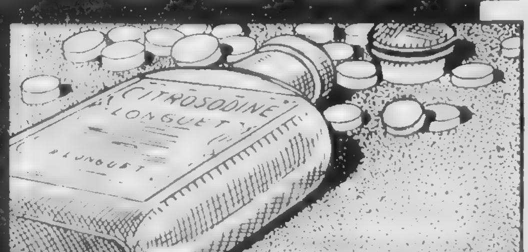
Union thérapeutique. (Association internationale fondée en 1934). — L'Assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique aura lieu le mercredi 9 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris. Les conseillers-rapporteurs traiteront les questions suivantes : Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle par M. le Prof. agrégé GUY LAROCHE ; La chirurgie du splanchnique dans l'hypertension artérielle, par M. le Prof. agrégé René Fontaine (de Strasbourg) ; Les composés antimoniaux en thérapeutique, par M. J. LA BARRE (de Bruxelles).

Dans l'après-midi à 15 heures se tiendra la séance plénière de l'Union thérapeutique et de la Société de thérapeutique de Paris. L'ordre du jour sera le suivant : L'équilibre physico-chimique et glandulaire dans le traitement des spasmes viscéraux par M. le Prof. PENDE (de Gênes) ; Les substances spasmogènes et leurs antagonistes, par M. le Prof. BURGI (de Berne) ; La médication nerveuse sédative des spasmes, par M. le Docteur J. DECOURT ; La physiothérapie des spasmes et des algies viscérales, par M. le Docteur DELHERM.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétariat général : Docteur G. Leven, 24, rue Téhéran, Paris (VIIIe).

Ier Congrès international de gastro-entérologie (Bruxelles : 8-10 août 1935). — Pendant ce Congrès sera fondée la Société internationale de gastro-entérologie.

Cette réunion scientifique a suscité un très grand intérêt de la part des internistes, chirurgiens, radiologues et bio-chimistes du monde entier et la grande majorité des gastro-entérologues universellement connus ont donné leur adhésion à cette première manifestation. Beaucoup ont déjà exprimé le désir d'assister aux séances et de prendre part à la discussion d'un des as-


CITROSODINE
LONGUET

pects d'une des deux questions mises à l'ordre du jour : Les gastrites et les colites ulcéreuses graves non-amibiennes.

La haute valeur des rapports largement illustrés, rédigés par les éminentes et compétentes personnalités de tous les pays et le renom de ceux qui prendront part aux discussions, sont un sûr garant de l'intérêt scientifique que cette manifestation offrira aux participants. Aussi, dès à présent, ce Premier Congrès est-il assuré du plus grand succès.

Le cadre dans lequel se dérouleront les fêtes, et où se tiendront les assises ; les facilités pour le voyage accordées aux congressistes et à ceux qui les accompagnent, par les Compagnies de chemins de fer des divers pays et par les Compagnies maritimes : les avantages incontestables donnés aux congressistes et à leur famille, pour la libre entrée à l'Exposiiton, pour le logement dans les hôtels, pour les voyages touristiques aux villes d'eaux, aux villes d'art belges, et aux divers champs de batailles ; les excursions organisées par le Comité des dames, sont bien fait pour engager les médecins à s'inscrire nombreux à ce Congrès.

Comme l'on prévoit une grande affluence d'étrangers à Bruxelles pendant le mois d'août pour visiter l'Exposition universelle et internationale, nous engageons les médecins et les membres de leur famille désireux de participer au Congrès, de s'inscrire dans le plus bref délai et de retenir leur logement que le Comité ne pourrait leur garantir plus tard.

La cotisation est fixée : pour les membres titulaires, à 150 francs belges, soit 30 belgas ; pour les membres les accompagnant et pour les étudiants, à 75 francs belges, soit 15 belgas ; la souscription au banquet s'élève à 100 francs belges, soit 20 belgas.

Pour les inscriptions et les renseignements s'adresser à M. le Docteur G. BROHÉE, 61, rue de la Concorde, Bruxelles, secrétaire général du Congrès.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Cibert, agrégé à la Faculté.

Hommage à Claude Bernard. — Le 26 mai, à 15 heures, à Saint-Julien, près de Villefranche, une plaque commémorative sera apposée sur la maison natale de Claude Bernard, au cours d'une cérémonie dont l'initiative a été prise par la Société d'histoire de la médecine filiale de Lyon.

Fédération nationale des Médecins du Front. — Le Comité a voté, dans sa séance du 5 avril 1935, à l'unanimité, la motion suivante :

« Les médecins titulaires de la Carte du combattant, chargés d'une fonction publique, verront leur limite d'âge reculée d'une durée égale au temps passé aux armées durant la guerre. »

Il est désirable que cette proposition soit prise en considération par les Pouvoirs publics et adoptée. Une mesure plus équitable tendrait à donner à tous les médecins mobilisés, titulaires ou non de la carte du combattant, pourvus de postes administratifs, la faculté de prolonger, au delà de la limite d'âge, leurs fonctions civiles d'une temp égal à la durée de leur mobilisation.

Nécrologie. — Docteur Léon BATHIAT, de Seclin (Nord). — Docteur Auguste BLANC, de la Croisille-sur-Briance (Haute-Vienne). — Docteur DOTÉZAC, de Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées). — Docteur DUFRAISSE père, de Thiers (Puy-de-Dôme). — Docteur DOURNE, de Marseille. — Docteur Edouard GIRARD, de Paris, médecin principal honoraire de l'armée. — Docteur Victor MORAX, membre de l'Académie de médecine, ophtalmologiste honoraire de l'hôpital Lariboisière. — Docteur PLANER, de Paris, décédé à l'âge de 51 ans. — Docteur Louis ROMELLI, de Paris. — Docteur QUÉNU, médecin de la marine, décédé à Nîmes. — Professeur KOLLE, directeur de l'Institut d'État de médecine expérimentale et de chimiothérapie Georg-Speyer-Haus, à Francfort. — Professeur KRAMER, de Moscou. — Docteur Norbert V. ORTNER, de Vienne, directeur de la seconde clinique médicale de Vienne, décédé à l'âge de 70 ans. — Professeur Georges DJORDJEVITCH, vice-doyen de la Faculté de médecine de Belgrade, médecin chef de la clinique de dermatologie de la Faculté. — Docteur MURK JANSEN, de Leyde, chirurgien orthopédiste.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur les tensions artérielles comparées des membres supérieurs et inférieurs chez les vieillards

Par le Docteur Jean MICHAUX et A. FRABOULET

(de la Maison Départementale de Nanterre)

La prise régulière de la tension artérielle est devenue une petite recherche clinique qui fait partie de tout examen général, et que tous les médecins pratiquent couramment. Mais on se contente en principe de prendre la tension artérielle à un bras ou à un avant-bras, selon l'appareil à la disposition du praticien, et ce n'est que rarement qu'on établit une comparaison entre les tensions des membres supérieurs. Il faut pour cela qu'on soupçonne une ectasie aortique, ou tout au moins un processus déjà grave d'aortite.

A plus forte raison, la recherche de la tension artérielle des membres inférieurs est-elle d'une façon générale à peu près complètement ignorée. Cependant, les processus d'artérite chronique se manifestent bien plus souvent, et de façon bien plus grave et plus précoce, au niveau des membres inférieurs qu'à celui des membres supérieurs.

Dans notre service de la Maison de Nanterre, presque uniquement composé de vieillards et d'artérioscléreux, il y a longtemps que nous avons commencé à rechercher, d'une façon plus ou moins empirique d'ailleurs, les tensions artérielles aux malléoles tout au moins, chez tous les sujets qui présentaient non seulement des signes plus ou moins nets de gangrène sénile (dans ces cas, la recherche n'a plus grand intérêt, et ne fait que confirmer un diagnostic trop évident), mais encore et surtout chez des vieillards présentant ou non des signes cliniques d'aortite, et qui se plaignent brusquement de douleurs constantes ou erratiques dans les mollets, de crampes dites musculaires, des fourmillements des extrémités, de refroidissements brusques ou d'acrocyanose des pieds. Cette recherche, relativement facile à pratiquer, étant donné le diamètre du membre au niveau du cou de pied, nous a bien donné quelques résultats intéressants, mais nous avons été frappés du fait que, chez les vieillards dépassant 75 ans, à peu près régulièrement la tension artérielle au niveau des malléoles est beaucoup plus faible que la tension des membres supérieurs, et que dans la plupart des cas l'indice oscillométrique ne dépassait pas un demi centimètre de mercure.

Nous avons voulu rechercher dans les classiques d'une part, et dans les derniers traités de physiologie expérimentale parus, de l'autre, quels pouvaient être les principes admis pour l'évaluation de la différence semblant normale de tension artérielle des membres supérieurs et inférieurs. Nous avons été surpris des variations assez considérables d'opinions que l'on rencontre à ce sujet, et c'est alors que nous avons entrepris des recherches plus détaillées sur une question qui nous semblait digne d'intérêt au point de vue clinique. Nous avons donc, avec un appareil de Pachon-Gallavardin, muni du grand ou du petit brassard à double manchette, essayé de déterminer les tensions artérielles comparées aux deux membres supérieurs au-dessus du coude, et des deux membres inférieurs à la partie moyenne de la cuisse, au mollet et aux malléoles. C'est alors que nous avons compris toutes les difficultés que rencontre une telle série d'expérimentations et que nous avons compris les différences d'avis de quelques auteurs cependant qualifiés.

Si on se contente d'une seule mensuration au niveau des différents segments intéressés, on a très souvent des résultats absolument paradoxaux, et l'on est plus étonné encore en obtenant quelques secondes après, au même niveau, des chiffres tout à fait différents des premiers. C'est que, comme le recommande du reste M. Gallavardin dans son traité magistral sur la tension artérielle, et comme le répète M. Fabre dans son étude de la mécanique des phénomènes sphygmomanométriques, il ne faut pas se borner à une seule mensuration ; celle-ci est habituellement faussée par des phénomènes dont l'interprétation est différente selon les auteurs et qui nous paraissent bien être surtout d'ordre spasmodique. Ce n'est guère qu'à la troisième prise de tension successive qu'on peut estimer avoir la tension vraie.

Il faut également se mettre, pour obtenir des résultats valables, dans les mêmes conditions pour tous les sujets chez qui on fait les recherches. La position est absolument capitale, et le seul fait de rechercher la tension chez des malades complètement allongés et chez les mêmes malades dont la tête est appuyée sur un oreiller un peu haut, modifie de façon considérable les chiffres obtenus. Il faut aussi pratiquer les mensurations aux mêmes heures, et surtout après un temps à peu près égal suivant les mêmes repas.

Il n'est pas jusqu'au choix du brassard à employer qui ne puisse modifier notablement les résultats. Si, en effet, le petit brassard ordinaire suffit toujours pour prendre les tensions au-dessus du coude et au niveau des malléoles, et si le grand brassard est absolument indispensable pour mesurer les tensions des fémorales, il est au contraire un niveau où la tension est particulièrement difficile à prendre : c'est le mollet. Chez la plupart de nos vieillards, dont les muscles ont notablement fondu, nous avons pu employer le petit brassard. Aussitôt, par contre, qu'on veut rechercher la tension au mollet chez un adulte de développement musculaire normal, le petit brassard ne suffit pas, et le grand brassard est très souvent à peu près inemployable, parce que trop grand. Nous avons pu, chez quelques adultes et chez quelques vieillards à mollets moyennement développés, obtenir des résultats absolument différents selon que nous prenions la tension avec le petit ou le grand brassard. C'est ainsi que chez un adulte de 24 ans (observation n° 2) nous avons obtenu constamment 24 de tension maxima et 11 de tension minima avec le petit brassard, qui ne faisait pas complètement le tour du mollet, tandis que nous avions 18 et 9 avec le grand brassard, dont une partie de l'armature de drap était forcément directement en contact avec la peau et séparait le segment du membre des manchettes de caoutchouc. Nous citons cet exemple pour expliquer pourquoi nous ne pouvons à peu près pas tirer de conclusions de la prise des tensions au niveau des mollets.

Par contre, nous estimons pouvoir affirmer que les mensurations que nous publions pour les membres supé-

rieurs, les fémorales et les malléoles, prises entre 10 heures et midi chez tous nos malades au lit depuis le matin, ayant seulement pris un peu de café et un peu de pain vers 7 heures, et tous en position couchée, la tête légèrement relevée par le traversin et l'oreiller, représentent bien (3 prises pour chaque chiffre) les tensions réelles de nos sujets.

Nous ne publions ici que les chiffres obtenus chez des sujets ne présentant pas de signes manifestes d'artérite, et encore moins de menace de gangrène (le cas n° 15, seul, concerne une artérite guérie depuis trois ans par sympathectomie).

Ces sujets n'ont pas reçu de traitement modifiant la tension ou l'élasticité des artères, telles que les injections d'acécoline, avant nos prises de tension.

Nous nous sommes seulement attachés à essayer d'établir quelques lois générales qui nous permettront, par la suite, de dépister chez quelques malades, une artérite déjà accentuée, bien que absolument latente au point de vue clinique. Chez ces sujets, nous instituons un traitement spécial, et nous avons l'intention de publier prochainement un second travail concernant les modifications de la tension artérielle après le traitement, chez ces malades menacés d'artérite. C'est qu'en effet, nous avons maintenant à notre disposition, grâce à l'acécoline, une arme précieuse, puisque dans notre service de la Maison de Nanterre nous avons, jusque vers 1928, eu à déplorer chaque année une moyenne d'une dizaine de morts, par gangrène sénile (avec ou sans amputation), alors que c'est à peine si au cours des sept dernières années, nous avons fait amputer un malade par an pour une gangrène bien déterminée et qui s'était présentée trop tard pour que l'acécoline puisse l'améliorer.

Il nous est absolument impossible de résumer dans le cadre forcément restreint de notre article, tous les travaux bibliographiques qui ont paru concernant notre sujet d'étude. Nous nous bornons à résumer quelques opinions et à indiquer quelques-uns des travaux parus à la fin de l'article. Mais nous avons été frappés, non seulement du désaccord flagrant qui règne entre beaucoup d'auteurs, mais encore du peu de précision des conclusions de la plupart d'entre eux. Nous n'avons pu le comprendre qu'après avoir entrepris notre étude et nous être aperçus peu à peu des grosses difficultés de ces recherches.

M. Gallavardin insiste bien, pour sa part, sur la nécessité de nombreuses mensurations pour éviter des erreurs regrettables. Pour lui, à l'état normal, la pression artérielle recueillie sur des artères symétriques, est sensiblement égale des deux côtés, les différences ne dépassant jamais 10 mm. de mercure. Il admet qu'il y a hypertension au niveau des artères des membres inférieurs, et que cette hypertension diminue lentement à mesure qu'on s'éloigne du cœur. Encore cette opinion est-elle controversée par bien des expérimentateurs dont il cite les travaux (Tigerstedt, Dawson, etc.) qui invoquent tous à l'appui de leurs divergences d'opinions les causes d'erreurs qu'ils ont rencontrées, quels que soient les appareils employés et les techniques suivies. Si on estime que la tension systolique est en général beaucoup plus élevée aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, par contre tous les auteurs ont tendance à admettre la presque équivalence des chiffres de tension diastolique sur les différents segments des membres.

Tout récemment, dans le *Traité de physiologie normale et Pathologie* de MM. Roger et Binet, M. Fabre a repris toute la question et exposé la technique expérimentale qu'il faut employer ; il conclut que la pression systolique maxima augmente généralement à mesure qu'on considère des troncs plus éloignés du cœur. Cette différence s'exagère dans les cas de pouls bondissant et d'insuffisance aortique, et diminue au contraire dans les cas de pulsations peu percutantes. D'après lui, on observerait même une diminution de la pression systolique à mesure qu'on s'éloigne du cœur, dans les cas de rétrécissement aortique et de sclérose artérielle. Dans les petites artères, la chute de la pression systolique est rapide. D'autre part, l'auteur estime qu'en général la pression diastolique diminue en allant du centre à la périphérie.

Nous avons fait quelques recherches sur des adultes normaux (3), puis sur un homme de 31 ans parfaitement normal au point de vue artériel, mais atteint de crises convulsives épileptiformes, et enfin chez une femme de 41 ans qui présente, avec une aorte large à la radioscopie, un diabète résistant à l'insuline, avec troubles trophiques d'un pied.

Nous avons ensuite classé les cas mesurés après 50 ans, par rang d'âge, en indiquant pour chacun d'eux, brièvement, ce que nous savons de leur état pathologique.

Nous aurions voulu présenter nos différentes mensurations sous forme de tableaux plus faciles à lire pour la comparaison des divers chiffres de tension. La chose nous est malheureusement impossible, pour des raisons matérielles, et nos lecteurs trouveront dans chaque observation, successivement indiqués les chiffres de tension systolique, moyenne et diastolique, des membres supérieur droit, inférieur droit au niveau du cou-de-pied, du mollet et de la cuisse ; puis du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche au niveau des trois endroits où nous l'avons mensurée.

Nous indiquons de plus, pour chaque prise de tension, l'indice oscillométrique relevé à la tension moyenne.

Obs. I. — A. D... (f.), 22 ans, sujet un peu frêle, insuff. respiratoire par lésions nasales ; pyélonéphrite à colibacille.

M. S. D. : T. S. 12, T. Mo 10, T. D. 6 1/2, I. O. 2 ; C. de P. D. : T. S. 11, T. Mo 8, T. D. 7, I. O. 1/2 ; Mollet D. : T.S. 12, T. Mo 8, T. D. 6, I. O. 2 1/2 : Cuisse D. : T. S. 13, T. Mo 10, T. D. 9, I. O. 1/2 : M.S.G. : T. S. 12, T. Mo 9, T. D. 7, I. O. 2 C. de P. G. : T. S. 11, T. Mo 8, T. D. 7, I. O. 1/2 ; Mollet G. : T. S. 12, T. Mo 8, T. D. 6, I. O. 3 ; Cuisse G. : T. S. 13, T. Mo 10, T. D. 9, I. O. 1/2.

Obs. II. — F. A. (h.), 24 ans, adulte normal et robuste.

M. S. D. : T. S. 15, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 1,5 ; C. de P. D. : T. S. 17, T. Mo. 11, T. D. 9, I. O. 4 ; Mollet D. : T. S. 24, T. Mo 12, T. D. 11, I. O. 9 ; Cuisse D. : T. S. 18, T. Mo 11, T. D. 9, I. O. 6 : M. S. G. : T. S. 15, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 4,5 : Cou de P. G. : T. S. 17, T. Mo 11, T. D. 9, I. O. 4 ; Mollet G. : T.S. 24, T. Mo 12, T. D. 11, I. O. 9 : Cuisse G. : T. S. 18, T. Mo 11, T. D. 9, I. O. 6.

Obs. III. — N. L. (f.), 28 ans, adulte normale et robuste.

M. S. D. : T. S. 15, T. Mo 10, T. D. 7, I. O. 4 ; C. de P. D. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 3 1/2 ; Mollet D. : T. S. 23, T. Mo 12, T. D. 6, I. O. 6 ; Cuisse D. : T. S. 19, T. Mo 12, T. D. 9, I. O. 3 1/2 ; M. S. G. : T. S. 13, T. Mo 10, T. D. 7, I. O. 4 ; C. de P. G. : T. S. 18, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 3 ; Mollet G. : T. S. 23, T. Mo. 11, T. D. 7, I. O. 7 ; Cuisse G. : T. S. 20, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 3.

Obs. IV. — B. E. (h.), 31 ans. Homme robuste, mais qui présente depuis quelques mois des crises épileptiformes à type B. J. Petite azotémie (0,60). Aucun autre signe anormal à l'examen clinique.

M. S. D. : T. S. 15, T. Mo 9, T. D. 7, I. O. 1 ; C. de P. D. T. S. 14, T. Mo . T. D. 9, I. O. 1 ; Mollet D. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 10, I. O. 2 ; Cuisse D. : T. S. 16, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 2 ; M. S. G. : T. S. 14, T. M. 9, T. D. 7, I. O. 2 1/2 ;

C. de P. G. : T. S. 14, T. Mo 10, T. D. 8, I. O. 1 1/2 ; Mollet G. : T. S. 19, T. Mo 12, T. D. 10, I. O. 3 ; Cuisse G. : T. S. 16, T. Mo 12, T. D. 9, I. O. 3.

Obs. V. — G., 40 ans, diabétique insulinorésistante ; clangor diastolique avec cœur mou et étalé à la radio. Trouble trophique du pied droit. Réflexes faibles.

M. S. D. : T. S. 19, T. Mo 13, T. D. 18, I. O. 6 ; C. de P. D. : T. S. 18, T. Mo 13, T. D. 9, I. O. 2 ; Mollet D. : T. S. 23, T. Mo 14, T. D. 6, I. O. 9 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 17, T. D. 14, I. O. 1 1/2 ; M. S. G. : T. S. 1,6, T. Mo 11, T. D. 7, I. O. 5 ; C. de P. G. : T. S. 15, T. Mo 11, T. D. 10, I. O. 1/4 ; Mollet G. : T. S. 20, T. Mo 17, T. D. 13, I. O. 2 ; Cuisse G. : T. S.20 T. Mo 16, T. D. 13, I. O. 2.

Obs. VI. — S. M. (f.), 51 ans. Polynévrite éthylique des membres inférieurs. Cœur cliniquement normal.

M. S. D. : T. S. 19, T. Mo 13, T. D. 8, I. O. 4 ; C. de P. D. T. S. 17, T. Mo 15, T. D. 13, I. O. 1/2 ; Mollet D. : T. S. 18, T. Mo 16, T. D. 14, I. O. 1 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 18, T. D. 14, I. O. 1 ; M. S. G. : T. S. 18, T. Mo 13, T. D. 8, I. O. 3 ; C. de P. G. : T. S. 18, T. Mo 15, T. D. 13, I. O. 1 : Mollet G. : T. S. 18, T. Mo 16, T. D. 12, I. O. 1 ; Cuisse G. : T. S. 20, T. Mo 18, T. D. 14, I. O. 1 .

Obs. VII. — L. H. (h.), 52 ans. — Tuberculose pulmonaire grave à forme hémoptoïque.

M. S. D. : T. S. 11, T. Mo 8, T. D. 6, I. O. 2 ; C. de P. D. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 1/2 ; Mollet D. : T. S. 11, T. Mo 7, T. D. 5, I. O. 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 15, T. Mo 13, T. D. 12, I. O. 1/2 ; M. S. G. : T. S. 11, T. Mo 8, T. D. 6, I. O. 2 ; Cou de P. G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 1/2 Mollet G. : T. S. 11, T. Mo 8, T. D. 6, I. O. 1/2 ; Cuisse G T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 1/2.

Obs. VIII. — E. L. (f.), 56 ans. — Grippe récente, asthénie consécutive.

M. S. T. : T. S. 14, T. Mo 11, T. D. 6, I. O. 4 ; C. de p. D. : T. S. 12, T. Mo 10, T. D. 9, I. O. 1/2 ; Mollet D. : T. S. 16, T. Mo 12, T. D. 6 1/2, I. O. 3 ; Cuisse D. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 9, I. O. 1 1/4 ; M. S. G. : T. S. 15, T. Mo 12, T. D. 6 1/2, I. O. 3 ; Cou de P. G. : T. S. 12, T. Mo 10, T. D. 9, I. O. 1/2 : Mollet G. : T. S. 15, T. Mo 10, T. D. 7, I. O. 2 ; Cuisse G. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 9, I. O. 1 1/2.

Obs. IX. — L. E. (h.), 58 ans. Hémiplégie droite. Aortite. Bon état général.

M. S. D. : T. S. 22, T. Mo 14, T. D. 9, I. O. 4 1/2 ; C. de P. D. : T. S. 22, T. Mo 16, T. D. 12, I. O. 2 1/2 ; Mollet D. : T. S. 26, T. Mo 18, T. D. 14, I. O. 3 ; Cuisse D. : T. S. 30, T. Mo 21, T. D. 10, I. O. 7 ; M. S. G. : T. S. 25, T. Mo 14, T. D. 9 , I. O. 4; Cou de P. G. : T. S. 19, T. Mo 14, T. D. 11, I. O. 3 1/2 ; Mollet G. : T. S. 20, T. Mo 16, T. D. 14, I. O. 1 ; Cuisse G. : T. S. 22, T. Mo 16, T. D. 12, I. O. 2 1/2.

Obs. X. — K. G. (h.), 59 ans. Goutte et diabète insipide; bon état général (sans traitement depuis plus de quinze jours lors des mensurations).

M. S. D. : T. S. 15, T. Mo 10, T. D. 7, I. O. 5 ; C. de P. G. : T. S. 18, T. Mo 14, T. D. 9, I. O. 2 1/2 ; Mollet D. : T. S. 25, T. Mo 15, T. D. 7, I. O. 11 ; Cuisse D. : T. S. 26, T. Mo 18, T. D. 14, I. O. 3 ; M. S. G. : T. S. 15, T. Mo 10, T. D. 7, I. O. 4 ; C. de P. G. : T. S. 17, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 4 : Mollet G. : T. S. 21, T. Mo 13, T. D. 6, I. O. 11 ; Cuisse G. : T. S. 25, T. Mo 18, T. D. 13, I. O. 4.

Obs. XI. — D. J. (f.), 61 ans. — Hypertension artérielle avec angoisse chez une femme anciennement opérée de fibrome. (Hyst. subtotale).

M. S. D. : T. S. 19, T. Mo 13, T. D. 9 [illegible] 4 ; C. de P. D.: T. S. 23, T. Mo 16, T. D. 11, I. O [illegible] T. S. 21, T. Mo 14, T. D. 11, I. O. 2 ; Cuisse D. : T. S. 27, T. Mo 21, T. D. 13, I. O. 3 1/2 ; M. S. G. : T. S. 22, T. Mo 15, T. D. 10, I. O. 3 ; C. de P. G. : T. S. 21, T. Mo 15, T. D. 10, I. O. 2 1/2 ; Mollet G. : T. S. 22, T. Mo 15, T. D. 10, I. O. 2 ; Cuisse G. : T. S. 30, T. Mo 17, T. D. 14, I. O. 2 1/2.

Obs. XII. — S. L. (h.), 63 ans. — Epilepsie depuis l'enfance cœur normal. Excellent état général.

M. S. D. : T. S. 17, T. Mo 10, T. D. 8, I. O. 4 ; C. de P. D. : T. S. 21, T. Mo 12, T. D. 9, I. O. 2 ; Mollet D. : T. S. 22, T. Mo 12, T. D. 7, I. O. 17 ; Cuisse D. : T. S. 27, T. Mo. 15, T. D. 11, I. O. 8 ; M. S. G. : T. S. 14, T. Mo 10, T. D. 9, I. O. 2 ; C. de P. G. : T. S. 20, T. Mo 13, T. D. 8, I. O. 2 ; Mollet G. : T. S. 24, T. Mo 12, T. D. 7, I. O. 13 ; Cuisse G. : T. S. 28, T. Mo 20, T. D. 12, I. O. 5.

Obs. XIII. — G. F. (f.), 65 ans. — Polyarthrite à tendances ankylosantes des membres inférieurs.

M. S. D. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 7, I. O. 3 ; C. de P. D. : T. S. —, T. M. —, T. D. —, I. O. 1/2 ; Mollet D. : T. S. 20, T. M. 13, T. D. 9, I. O. 3 ; Cuisse D. : T. S. 23, T. Mo 18, T. D. 14, I. O. 3 ; M. S. G. : T. S. 18, T. Mo 12. T. D. 7, I. O. 3 ; C. de P. G. : T. S. 13, T. Mo 12, T. D. 11, I. O. 1 ; Mollet G. : T. S. 22, T. Mo 15, T. D. 9, I. O. 3 ; Cuisse G. : T. S. 22, T. Mo 18, T. D. 15, I. O. 2.

Obs. XIV. — O. E. (f.), 68 ans. — Hypertension paroxystique avec vagotonie accentuée (a subi un traitement efficace par la marjolaine huit jours avant nos mensurations).

M. S. D. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 9, I. O. 2 ; C. de P. D. : T. S. 20, T. Mo 12, T. D. ,9, I. O. 2 1/2 ; Mollet D. : T. S. 24, .T. Mo 12, T. D. 7, I. O. 4 ; Cuisse D. : T. S. 23, T. Mo 14, T. D. 9, I. O. 4 ; M. S. G. : T. S. 19, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 3 ; C. de P. G. : T. S. 20, T. Mo 13, T. D. 9, I. O. 3 ; Mollet G. : T. S. 25, T. Mo 13, T. D. 7, I. O. 4 ; Cuisse G. : T. S. 20, T. Mo 13, T. D. 10, I. O. 3.

Obs. XV. — J. V. (h.), 69 ans. — A eu il y a trois ans de l'artérite bilatérale des membres inférieurs. A subi à ce moment, une double sympathectomie. Récidive actuellement.

M. S. D. : T. S. 15, T. Mo 11, T. D. 6, I. O. 5 ; C. de P. D. : T. S. —, T. M. —, T. D. —, I. O. 1/4 ; Mollet D. : T. S. 18, T. M. 12, T. D. 6, I. O. 6 ; Cuisse D. : T. S. 17, T. Mo 15, T. D. 11, I. O. 4 ; M. S. G. : T. S. 13, T. Mo 10, T. D. 7, I. O. 3 ; C. de P. G. : T. S. 13, T. M. 11, T. D. 9, I. O. 1 ; Mollet G. : T. S. 18, T. Mo 12, T. D. 6 1/2, I. O. 6 ; Ouisse G. : T. S.31, T. Mo. 14, T. D. 10, I. O. 4.

Obs. XVI. — R. J. (f.), 69 ans. — Polynévrite éthylique ancienne avec réflexes tendineux encore très faibles.

M. S. D. : T. S.12, T. M. 11, T. D. 10, I. O. 3/4 ; C. de P. D. : T. S. 13, T. Mo 11, T. D. 9, I. O. 1 ; Mollet D. : T. S. 14, T. Mo 11, T. D. 4, I. O. 4 ; Cuisse D. : T. S. 17, T. Mo 13, T. D. 11, I. O. 1 1/2 M. S. G. : T. S. 14, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 1 1/4 : C. de P. G. : T. S. 14, T. Mo 9, T. D. 9, I. O. 1 ; Mollet G. :o T. S. 20, T. Mo 10, T. D. 4, I. O. 8 ; Cuisse G. : T. S. 17, T. M 12, T. D. 10, I. O. 1.

Obs. XVII. — E. L. (f.), 69 ans. — Hypertension permanente chez un obèse avec myocardite scléreuse.

M. S. D. : T. S. 17, T. Mo 13, T. D. 10, I. O. 2 1/2 ; C. de P. D. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet D. : T. S. 17, T. Mo 14, T. D. 9, I. O. 1 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 18, T. Mo. 15, T. D. 12,5, I. O. 2 1/2 ; M. S. G. : T. S. 17, T. Mo 15, T. D. 11, I. O. 2 ; C. de P. G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet G. : T. S. 18, T. Mo 10, T. D. 9, I. O. 1 ; Cuisse G. : T.S 21, T. Mo 16, T. D. 11, I. O. 3 1/2.

Obs. XVIII. — C. M. (f.), 70 ans. — Sénilité précoce. Grabataire. Accuse des douleurs musculaires des membres inférieurs.

M. S. D. : T. S. 25, T. Mo 13, T. D. 8, I. O. 2 1/2 ; C. de P. D. : T. S. 24, T. Mo 15, T. D. 11, I. O. 1 : Mollet D. : T. S. 24, T. Mo 12, T. D. 6, I. O. 3 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 30, T. Mo 19, T. D. 13, I. O. 2 1/4 ; M. S. G. : T. S. 26, T. Mo 17, T. D. 9, I. O. 2 1/2 ; C. de P. G. : T. S. —, T. Mo , T. D. , I. O. 0 ; Mollet G. : T. S. 26, T. Mo 14, T. D. 7, I. O. 4 1/2 ; Cuisse G. : T. S. 29, T. Mo 18, T. D. 12, I. O. 2.

Obs. XIX. — S. H. (f.), 71 ans. — Grabataire par fracture du col du fémur droit ancienne. Hypertension chez une obèse emphysémateuse.

M. S. D. : T. S. 25, T. Mo 16, T. D. 9, I. O. 6 ; C. de P. D. T. S. —, T. Mo —, T. D. , I. O. 1/4 ; Mollet D. : T. S. 23, T. Mo 17, T. D. 12, I. O. 2 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 12 T. D. 9, I. O. 1 ; M. S. G. : T. S. 23, T. Mo 15, T. D. 10, I. O. 4; C. de P. G. : T. S. — T. M. —, T. D. , I. O. 1/4 ; Mollet G. : T. S. 20, T. Mo 16, T. D. 11, I. O. 2 1/2 ; Cuisse G. : T. S. 24, T. Mo 20, T. D. 14, I. O. 2 1/2.

Obs. XX. — H. E. (f.), 71 ans. — Obésité, hypertension sans aortite. Eczéma séborrhéique étendu.

M. S. D. : T. S. 19, T. Mo 11, T. D. 9, I. O. 2 ; C. de P. D., T. S. 23, T. Mo 15, T. D. 10, I. O. 3 ; Mollet D. : T. S. 25, T. Mo 16, T. D. 11, I. O. 3 ; Cuisse D. : T. S. 25, T. Mo 14, T. D. 9 ; I. O. 5 ; M. S. G. : T. S. 17, T. Mo 11, T. D. 8 ; I. O. 2 ; C. de P. G. : T. S. 15, T. Mo 11, T. D. 13, I. O. 1 ; Mollet G. : T. S. 18, T. Mo 15, T. D. 10, I. O. 1 ; Cuisse G. : T. S. 27, T. Mo 19, T. D. 10, I. O. 6.

Obs. XXI. — S. R. (h.), 73 ans. — Rhumatisme déformant et sclérose rénale.

M. S. D. : T. S. 17, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 1 1/2 ; C. de P. D. : T. S. 17, T. Mo 12, T. D. 5, I. O. 1 1/2 ; Mollet D. : T. S. 23, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 10 ; Cuisse D. : T. S. 23, T. Mo 14, T. D. 11, I. O. 1 ; M. S. G. : T. S. 20, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 6 ; C. de P. G. : T. S. 15, T. Mo 10,5, T. D. 5, I. O. 1/4 ; Mollet G. : T. S. 27, T. Mo 13, T. D. 7, I. O. 9 ; Cuisse G. : T. S. 23, T. Mo 16, T. D. 11, I. O. 4.

Obs. XXII. — U. C. (f.), 74 ans. — Grippe récente. Asthénie consécutive.

M. S. D. : T. S. 13, T. Mo 10, T. D. 8, I. O. 2 ; C. de P. D. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet D. : T. S. 21, T. Mo 12, T. D. 10, I. O. 2 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 13, T. D. 9, I. O. 3 ; M. S. G. : T. S. 12, T. Mo 11, T. D. 9, I. O. 1 ; C. de, P. G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet G. : T. S. 21, T. Mo 13, T. D. 9, I. O. 3 1/2 ; Cuisse G. : T. S. 19, T. Mo 14 T. D. 8, I. O. 3.

Obs. XXIII. — V. R. (f.), 75 ans. — Ulcère variqueux actuellement cicatrisé de la jambe gauche. Aucun signe pathologique jambe droite.

M. S. D. : T. S. 19, T. Mo 11, T. D. 8, , I. O. 2 ; C. de P. D. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet D. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Cuisse D. : T. S. 21, T. Mo 19, T. D. 11, I. O. 1 ; M. S. G. : T. S. 19, T. Mo, 11, T. D. 7, I. O. 3 1/2 ; C. de P. G. : T. S. 20, T. Mo 12, T. D. 10, I. O. 1 1/2 ; Mollet G. : T. S. 18, T. Mo 16, T. D. 14, I. O. 1 ; Cuisse G. : T. S. 20, T. Mo 17, T. D. 13, I. O. 1.

Obs. XXIV. — L. J. (f.), 77 ans. — Maigreur très prononcée. Bronchite chronique avec légère insuffisance cardiaque.

M. S. D. : T. S. 13, T. Mo 11, T. D. 9 1/2, I. O. 1/4 ; C. de P. D. : T. S. — T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet D. : T. S. 13, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 15, T. Mo 17, T. D. 15, I. O. 2 ; M. S. G. : T. S. 13, T. Mo 11, T. D. 1 1/2, I. O. 1/4 ; C. de P. G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Cuisse G. : T. S. 21, T. M. 16, T. D. 10, I. O. 2.

Obs. XXV. — G. H. (h.), 80 ans. — Plaie infectée du pied droit soupçonnée d'arthrite, à tort semble-t-il. (Guérison un mois après).

M. S. D. : T. S. 11, T. Mo 9, T. D. 7, I. O. 2 1/2 ; C. de P. D. : T. S. 12, T. Mo 9, T. D. 8, I. O. 1/2 ; Mollet D. : T. S. 17, T. Mo 11, T. D. 6,5 ; I. O. 2 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 16, T. D. 13, I. O. 2 ; M. S. G. : T. S. 15, T. Mo 10, T. D. 6,5, I. O. 2 ; C. de P. G. : T. S. 12, T. Mo 9, T. D. 8, I. O. 1/2 ; Mollet G. : T. S. 17, T. Mo 9, T. D. 6,5, I. O. 2 1/2 ; Cuisse G. : T. S. 21, T. Mo 16, T. D. 12, I. O. 2.

Obs. XXVI. — M. B. (h.), 83 ans, grabataire par sénilité sans lésion cardiaque cliniquement décelable.

M. S. D. : T. S. 18, T. Mo 11, T. D. 8, , I. O. 2 ; C. de P. D. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet D. : T. S. 18, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 2 1/2 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 17, T. D. 11, I. O. 1 ; M. S. G. : T. S. 17, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 2 ; C. de P. G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet G. : T. S. 19, T. Mo 11, T. D. 8, I. O. 3 1/2 ; Cuisse G. : T. S. 22, T. Mo 15, T. D. 9, I. O. 1 1/2.

Obs. XXVII. — G. A. (f.), 90 ans. — Grippe récente avec bronchite, asphyxie des extrémités.

M. S. D. : T. S. 21, T. Mo 14, T. D. 7, I. O. 6 ; C. de P. D. T. S. —, T. M. —, T. D. —, I. O. 0 ; Mollet D. : T. S. 18, T. Mo 15, T. D. 14, I. O. 1 ; Cuisse D. : T. S. 16, T. Mo 13, T. D. 11, I. O. 1/2 ; M. S. G. : T. S. 26, T. Mo, 15, T. D. 8, I. O. 7 ; C. de P. G. : T. S. —, T. Mo —, T. D. —, I. O. 6 ; Mollet G. : T. S. 14, T. Mo 11, T. D. 10, I. O. 1 ; Cuisse G. : T. S. 16, T. M. 10, T. D. 11, I. O. 1/2.

Obs. XXVIII. — G. P. (h.), 91 ans. Grabataire par sénilité. Excellent état général.

M. S. D. : T. S. 11, T. Mo 10, T. D. 6, I. O. 2 1/2 ; C. de P. D. : T. S. 12, T. Mo 10, T. D. 8, I. O. 3/4 ; Mollet D. : T. S. 17, T. Mo 11, T. D. 7, I. O. 2 ; Cuisse D. : T. S. 20, T. Mo 12, T. D. 8, I. O. 5 ; M. S. G. : T. S. 11, T. Mo, 8, T. D. 6 ; I. O. 1 1/2 ; C. de P. G. : T. S. 12,5, T. Mo 10, T. D. 8,5, I. O. 1 ; Mollet G. : T. S. 16, T. Mo 11, T. D. 7, I. O. 2 1/2 : Cuisse G. : T. S. 20, T. Mo 11, T. D. 7, I. O. 1 1/2.

Conclusions générales

De ces différentes mensurations nous pouvons conclure que, chez les adultes normaux et jeunes, les mesures comparatives entre segments de membres symétriques donnent des résultats égaux, à quelques millimètres près, à condition de répéter l'expérience, et qu'il existe normalement une hyperpression systolique de l'artère fémorale, comparativement à la pression systolique de l'artère humérale. Nous avons observé que chez ces mêmes adultes jeunes, la pression diastolique est plus élevée à la fémorale qu'à l'humérale. Quant aux tensions prises au mollet, nous avons trouvé que chez l'adulte jeune normal, la tension systolique et la tension moyenne sont plus élevées qu'à la fémorale, alors que la tension diastolique est plus basse. Nous avons signalé dans notre entrée en matière les très grosses difficultés qu'on a, d'ailleurs, à prendre les tensions à ce niveau. En principe, chez l'adulte, nous pouvons dire que la pression moyenne est égale au niveau des membres supérieurs, de la cuisse et des malléoles, et qu'elle est, par contre, toujours plus élevée au niveau du mollet. Quant à l'indice oscillométrique maximum, qui correspond à la tension moyenne, il nous a donné des résultats assez variables. Dans la majorité des cas, il serait supérieur à la cuisse et au-dessous du genou.

Chez le vieillard, les cas d'artérite manifeste ou fruste, sur lesquels nous publierons plus tard nos résultats, étant mis à part, nous estimons que les mesures comparatives entre segments de membres symétriques donnent des résultats presque égaux, mais avec des différences un peu plus accentuées que chez l'adulte.

Nous retrouvons l'hyperpression systolique plus accentuée que chez l'adulte au niveau des fémorales.

La pression diastolique est également nettement supérieure au niveau de la fémorale.

Au-dessous du genou, dans 12 cas sur 23, on retrouve des tensions systoliques supérieures à la tension fémorale, et dans 14 cas sur 23, l'indice oscillométrique est supérieur de 3 à 4 au moins aux indices retrouvés au niveau de la fémorale (il a été deux fois supérieur de 10 à 11 cm.). Ce qui est très remarquable dans nos constatations, et ce qui semble en prouver la valeur, c'est l'égalité de résultats obtenus au niveau des mollets droit et gauche.

La tension moyenne subit plus de variations que chez l'adulte, et elle est moins égale dans les différents segments des membres que chez celui-ci.

Enfin, les indices oscillométriques chez le vieillard sont habituellement très diminués, et fréquemment abolis au niveau des malléoles. C'est là un phénomène qu'il est particulièrement utile de retenir. Pratiquement, en effet, le médecin qui n'a pas à sa disposition les différents brassards nécessaires, recherche tout naturellement la tension artérielle au niveau des malléoles, parce que son

brassard habituel lui suffit pour cette mensuration, aussitôt qu'il a la moindre hésitation sur la possibilité d'une artérite. Nous croyons pouvoir affirmer que l'indice oscillométrique à ce niveau est habituellement nul à partir de 75 ans, à peine égal à un quart de degré entre 70 et 75 ans, et ne dépassant pas un demi degré à partir de 55 ans et même au-dessous. La chose est d'autant plus marquée que beaucoup de nos résultats ont été obtenus chez des vieillards très hypertendus, qui ne présentaient pas d'oscillations à la malléole, alors que l'indice oscillométrique était souvent de 4 à 5 au niveau de l'humérale ou de la fémorale.

Nous nous réservons, dans nos recherches ultérieures sur des malades atteints d'artérite, de rapprocher nos résultats. Mais dès maintenant nous pouvons affirmer qu'il faut bien se garder de diagnostiquer une artérite des membres inférieurs en se basant seulement sur l'absence d'oscillations ou sur un indice oscillométrique des malléoles.

Il est par contre intéressant de trouver, comme dans les cas 13, 18 et 23 une tension appréciable au cou-de-pied d'un côté alors qu'elle n'existe pas de l'autre côté, vraisemblablement atteint d'artérite.

QUELQUES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RECKLINGHAUSEN. — Mesure indirecte de la pression sanguine dans les grosses artères de l'homme. *Arch. f. exp. Path. et Pharmac.*, 1901.

TEISSIER J. — Valeur séméiologique des hypertensions parcielles dans leurs rapports avec les symptômes et les complitations de l'artériosclérose. *Bull. Ac. Méd.*, 25 février 1908.

PACHON. — Plusieurs communications sur l'oscillométrie à la Soc. de Biologie, 1909.

ROLLESTON. — La pression systolique au bras et à la jambe dans l'insuffisance aortique. *Heart diseases* 1912-1913, T. IV, p. 83.

PIERRET. — Oscillométrie de Pachon et étude comparative des tensions artérielles de la radiale et de la tibiale postérieure. *Echo médical du Nord*, 29 décembre 1912.

VAN BOGAERT. — Contribution à l'étude des mensurations des tensions artérielles des membres inférieurs. *Arch. mal. du cœur* 1913, VI, page 416.

BALARDET et SICLAINE. — Valeur comparée de la tension artérielle aux membres supérieur et inférieur. *Soc. biol. Paris*, 1914. LXXVI, p. 403.

J. HEITZ. — Du niveau de la pression systolique mesurée au Pachon dans les diverses artères des membres chez les sujets normaux. *Arch. des mal. du cœur*, 1916.

J. HEITZ. — Pression systolique mesurée comparativement à l'humérale et aux pieds, en position couchée, chez les sujets atteints d'insuffisance aortique. *Paris Médical*, 1918, p. 112.

L. GALLAVARDIN. — La tension artérielle en clinique, 2e édit. 1931, Masson édit., Paris.

P. FABBE. — La mécanique des phénomènes sphygmomanométriques 1921. Doin édit., Paris.

LUISADA. — Modifications régionales de la tension artérielle dans les états pathologiques. *Arch. mal. du cœur* T. XIX n° 9, septembre 1926.

E. DOUMER. — Hypotension artérielle aux membres supérieurs avec tension normale aux cou-de-pied. Le rôle de l'aplasie artérielle localisée. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 mai 1932.

P. FABRE. — *In* traité de physio normale et pathologique de H. Roger et L. Binet, T. VI, Paris 1932, Masson édit.

S. BEERENS et L. SOMAIN. — Etude comparative de la tension moyenne et artérielle dans l'artère fémorale et dans l'artère humérale. Soc. Biologie, pp. 113, 355, 357, 1933.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

L'Exophtalmie de la maladie de Basedow (1)

Par le Prof. Félix TERRIEN

L'exophtalmie c'est la saillie du globe oculaire et celle-ci se rencontre dans des affections multiples, le plus souvent indépendantes de l'œil lui-même. S'il est facile de la reconnaître, le diagnostic de la cause, au contraire, est des plus difficiles.

L'exophtalmie basedowienne est l'une des formes les plus intéressantes, particulièrement fréquente, et d'un type assez particulier comme vous pouvez le voir par comparaison entre ces différents sujets.

Votre notre premier malade ; c'est un petit garçon âgé de 8 ans dont l'œil droit est très nettement exophtalme.

Il faut d'abord en pareil cas s'assurer qu'il s'agit bien d'une exophtalmie et non d'une augmentation de volume du globe oculaire, due à une myopie forte, à une hydrophtalmie, ou à une pseudo-exophtalmie résultant de l'augmentation de dimensions de la fente palpébrale.

D'une manière générale et quelque peu schématique on peut distinguer deux variétés d'exophtalmie : l'une d'ordre chirurgical, l'autre d'ordre médical.

Notre petit malade présente une propulsion de son œil droit apparue depuis environ deux ans et celle-ci est unilatérale.

Notez qu'habituellement l'exophtalmie d'ordre chirurgical est unilatérale, par opposition à l'exophtalmie d'ordre médical, le plus souvent bilatérale. Chez notre malade l'exophtalmie est unilatérale, directe et non réductible.

Que faut-il entendre par directe ? Cela veut dire que l'œil est propulsé directement en avant, par opposition à l'exophtalmie oblique où l'œil est repoussé latéralement. Celle-ci chez notre jeune malade s'est développée lentement, progressivement et la vision de ce côté est nulle. Quelle est la cause de cette exophtalmie ?

Voyons tout d'abord s'il s'agit d'une cause orbitaire. Peut-être y a-t-il une tumeur à l'intérieur de l'orbite ? Notons que notre malade ne voit rien de son œil droit, dans les tumeur de l'orbite, habituellement, la vision est conservée assez longtemps.

La palpation de toute la région péri-oculaire ne dévoile aucune masse intra-orbitaire et l'ophtalmoscope nous montre une atrophie complète du nerf optique, avec quelques restes d'une inflammation ancienne. Il s'agit donc vraisemblablement chez cet enfant d'une compression du nerf optique en arrière du globe, provenant de la profondeur. S'il y a tumeur, elle siège en arrière de l'œil et l'hypothèse la plus vraisemblable ici est celle de tumeur du nerf optique, affection des plus graves sur laquelle je ne peux insister plus longtemps aujourd'hui. J'ajoute que la radiographie n'a donné ici aucun renseignement.

S'il n'y a pas de causes étiologiques dans l'orbite même, ce peut être une néoformation des parties voisines. Telle par exemple une tumeur cérébrale, ayant défoncé la voûte orbitaire, une tumeur des fosses nasales ou encore il peut s'agir d'une atteinte de la fente sphénoïdale.

Caractères de l'exophtalmie de Basedow

Je vous ai dit que l'exophtalmie pouvait aussi avoir une

(1) Leçon faite à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 3 mai 1935.

origine d'ordre général. Passons donc à l'étude de l'exophtalmie basedowienne, qui nous intéresse aujourd'hui et qui est une l'exophtalmie d'ordre général par excellence.

On a l'habitude de dire que la maladie de Basedow est caractérisée par la triade symptomatique suivante : goitre, exophtalmie et tachycardie.

La malade que voici présente de l'exophtalmie basedowienne. Remarquez l'éclat brillant tout particulier de son regard. Déjà Trousseau avait insisté sur ce fait. Il y a aussi un certain agrandissement de la fente palpébrale, phénomène qui tient à une rétraction notable de la paupière supérieure. La paupière ne recouvre plus la cornée, et on voit une bande blanche de sclérotique entre la paupière et l'iris.

Notre malade a beaucoup maigri ; elle a présenté des troubles digestifs prolongés, d'autre part, son corps thyroïde s'est notablement développé. La malade fut soignée à Saint-Maurice et c'est de là que les médecins l'ont adressée au Prof. Carnot. Son pouls n'est pas très rapide, on compte 80 pulsations à la minute ; mais elle s'essouffle très facilement et présente un tremblement caractéristique ; enfin, ce qui nous intéresse tout particulièrement, il existe une exophtalmie manifeste.

Cette exophtalmie chez les basedowiens se développe lentement, insidieusement, tantôt légère, tantôt modérée, elle est parfois si marquée qu'elle peut, pendant le sommeil laisser à découvert la sclérotique. Elle peut exceptionnellement devenir extrême et amener la luxation de l'œil.

Chez notre malade, l'œil droit est plus saillant que le gauche. En général, la saillie des globes oculaires chez les basedowiens est bilatérale et à peu près égale des deux côtés. Mais l'unilatéralité de l'exophtalmie est loin d'être exceptionnelle, puisque, il y a quelques années, j'avais pu en retrouver une centaine de cas publiés dans la littérature, et beaucoup certainement n'ont pas été publiés. Enfin il faut remarquer que bien souvent l'exophtalmie se développe de façon différente sur les deux yeux, ce qui pourra au début faire croire à une exophtalmie unilatérale. De même elle peut régresser davantage d'un côté.

Voici les caractères principaux, habituels de l'exophtalmie basedowienne : 1° elle est presque toujours *bilatérale* ; 2° *directe* : l'œil est propulsé directement en avant ; 3° elle est *réductible*, le globe oculaire se laisse refouler facilement dans l'orbite ; 4° elle est *non inflammatoire* ; 5° enfin elle ne s'accompagne *pas de troubles visuels.*

L'exophtalmie de Basedow ne s'accompagne pas, disons-nous, de phénomènes inflammatoires, bien différente en cela des exophtalmies inflammatoires proprement dites, conséquence d'une inflammation du tissu cellulaire de l'orbite (cellulite ou phlegmon de l'orbite) et caractérisées par l'intensité des phénomènes réactionnels : œdème inflammatoire intense avec rougeur, chaleur, douleurs très vives, température très élevée et troubles visuels très accusés. On ne saurait en effet confondre avec ces exophtalmies inflammatoires l'exophtalmie basedowienne, alors même qu'elle s'accompagne d'une légère injection vasculaire péricornéenne, symptôme oculaire précoce, observé tout d'abord par Topolansky et caractérisé par une circulation vasculaire spé- ciale dans la partie antérieure du globe oculaire, près de la cornée et correspondant à l'insertion des quatre muscles droits. Il ne s'agit pas là d'un phénomène inflammatoire, mais d'un trouble vasomoteur.

Notre malade présente quelques troubles vaso-moteurs généraux ; il a des sueurs, des nausées. L'acuité visuelle chez elle est normale, ainsi que l'accommodation, mais il y a un certain degré d'astigmatisme.

Voilà donc les cinq caractères de l'exophtalmie dans la maladie de Basedow ; ces caractères nous permettent de distinguer cette exophtalmie de celle d'ordre chirurgical.

Vous avez vu chez le premier malade une exophtalmie unilatérale, irréductible, mais directe (s'il s'agit d'une tumeur de l'orbite, l'exophtalmie est le plus souvent oblique, l'œil étant étant dévié du côté opposé à la tumeur). Ici elle est directe, ce qui nous a permis de penser à une tumeur du nerf optique et second symptôme important dans ces cas d'exophtalmie dus à une tumeur du nerf optique le trouble visuel précède l'apparition de la saillie de l'œil, alors que c'est presque toujours l'inverse pour toutes les autres tumeurs de l'orbite.

Comment faire le diagnostic de la cause ?

Il y aura lieu de rechercher les caractères de l'exophtalmie et tout d'abord de la mettre en évidence.

Elle peut d'ordinaire être appréciée à la simple inspection. Dans les formes légères on peut recourir à quelques artifices capables de l'augmenter : si, faisant baisser la tête, on comprime les veines jugulaires, déjà chez le sujet normal on voit apparaître une très légère exophtalmie de quelques millimètres ; mais chez le sujet exophtalme, les yeux deviennent très saillants au cours de cette épreuve. Dans certains cas, on pourrait avoir recours à des procédés de mensuration précis, on emploie pour cela des appareils spéciaux, les exophtalmomètres. On compare la position respective du rebord orbitaire externe et du pôle antérieur de la cornée. Chez le sujet normal l'écart est en moyenne de 12 à 14 millimètres ; il est chez notre malade de 24 mm. Elle présente donc une exophtalmie assez marquée.

Je vous ai dit, que lorsque l'exophtalmie était très intense, il pouvait se faire une luxation de l'œil. Pour éviter semblable complication on a recours à la suture temporaire des paupières, mais celle-ci ne semble guère à craindre chez notre malade, tout au moins pour le moment.

Symptômes associés

En plus des caractères propres de l'exophtalmie basedowienne nous devons encore parler des symptômes concomitants ; ils ressortent des mêmes causes, et on peut les grouper sous deux chefs : symptômes palpébraux et troubles musculaires.

SYMPTÔMES PALPÉBRAUX. — Voyons tout d'abord les symptômes palpébraux.

Rétraction de la paupière. — Mentionné tout d'abord par Darymple, ce symptôme de la *rétraction du releveur de la paupière* met à découvert la clérotique et concourt à donner à ces sujets ce regard étrange caractéristique du goitre exophtalmique. Il ne se trouve nullement en rapport avec le degré de l'exophtalmie.

Souvent précoce en effet et indépendante du degré de protrusion de l'œil, il n'est pas rare de voir apparaître cette rétraction de la paupière supérieure alors que l'exophtalmie est encore à peine marquée ou même absente, ou inappréciable. Aussi dans les toutes premières périodes de la maladie elle pourra n'être reconnue que par hasard, à l'occasion d'une brusque rétraction de la paupière supérieure, alors que le sujet est invité à regarder un objet placé devant lui. De même cette rétraction peut persister nettement malgré la régression de l'exophtalmie et sa constance dans certains cas très frustes peut orienter les recherches vers le diagnostic de Basedow.

Chez notre second malade en effet, la rétraction est assez considérable alors que, vous le voyez, l'exophtalmie est à peine marquée. Cette rétraction ne se manifeste en général que sur la paupière supérieure.

Un autre signe palpébral est le *signe de Graefe.* Il est caractérisé par un *défaut d'harmonie entre les mouvements d'abaissement des globes oculaires et ceux des paupières supérieures.*

On le constate lorsqu'on dit au malade de regarder en bas : la paupière supérieure ne suit pas le mouvement du globe et reste en retard ; lui dit-on de regarder en haut, tantôt la paupière remonte plus vite que le globe, tantôt le globe remonte sans être accompagné par la paupière. Il n'y a pas de synergie entre les mouvements des paupières et du globe oculaire. Chez notre malade le signe de Graefe n'est que très peu marqué, on le remarque surtout à droite ; à gauche il n'est presque pas visible. Le signe de Graefe se voit environ dans deux tiers des cas chez les basedowiens.

Parfois la paupière supérieure ébauche un mouvement d'abaissement avec le globe, puis elle revient à sa position première avec de petites contractions spasmodiques.

De même que la rétraction des paupières supérieures, ce défaut de synergie entre l'abaissement des paupières et du

BIBLIOGRAPHIE

Lésions traumatiques des Articulations. Généralités et membre supérieur, par les Docteurs ROUVILLOIS et MAISONNET. 1 vol. gr. in-8 de 720 pages avec 199 figures : 150 francs. (*Nouveau Traité de chirurgie*, publié sous la direction des Docteurs Pierre DELBET et A. SCHWARTZ.) Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VI°).

La chirurgie articulaire a pris, au cours de la grande guerre, un essor considérable et, à la faveur d'un champ d'expérience sans précédent, elle a réalisé des progrès importants qui peuvent être considérés aujourd'hui comme une des belles acquisitions de la chirurgie moderne.

Cet ouvrage a été divisé en deux parties.

Dans la première partie, les auteurs ont groupé les généralités relatives aux contusions, aux entorses, aux luxations et aux plaies articulaires.

Dans la deuxième partie, ils ont groupé, à propos de chaque articulation, les différentes lésions traumatiques dont elles peuvent être le siège.

Souffrances de Frédéric Chopin. Essai de médecine et de psychologie, par Edouard GANCHE. Avec 4 illustrations hors-texte. Un volume gr. in-8° de 287 pages. Edition du *Mercure de France*. Prix : 20 francs.

La vie de douleurs de Frédéric Chopin est révélée dans ce quatrième et dernier livre que lui consacre M. Edouard Ganche. Il a observé l'homme de génie et son œuvre sous les lumières de la médecine pour juger l'influence de la maladie sur la création du musicien, pour découvrir des situations dramatiques insoupçonnées et une existence d'artiste qui dissimula son martyre physique et moral et le supporta stoïquement. Tous les documents indispensables à cette démonstration ont été fournis par Chopin lui-même, par ses amis et par George Sand. M. Edouard Ganche n'a fait que les coordonner et les interpréter avec tact, en écrivain et en homme de science. Il élucide définitivement le problème des relations de Chopin avec George Sand, resté obscur et incompréhensible et qui suscita injustement tant de considérations fausses et insultantes pour la romancière. M. Edouard Ganche place en pleine clarté un grand drame de l'âme et du corps qui inspirera un sentiment d'amour attendri pour la douloureuse et sublime figure de Frédéric Chopin.

Clovis (465-511), par M.-M. GORCE, professeur à l'Institut catholique de Toulouse. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 15 croquis dans le texte et 16 planches hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la *Bibliothèque Historique* a paru récemment un ouvrage dont la presse a beaucoup parlé : *La France au dessus des races*, par M.-M. Gorce, professeur à l'Institut catholique de Toulouse. Le même auteur publie aujourd'hui dans la même collection une remarquable biographie de *Clovis*, fondateur de la France.

« Il avait reçu une peuplade barbare, il a laissé une grande nation », a dit de Clovis l'historien belge Kurth. La réussite est en effet remarquable selon laquelle une tribu barbare se mue en la première des grandes nations modernes. Certes Clovis, fondateur de la France, a été aidé en cette tâche. Il est pourtant inouï que cet homme dont l'intention cachée au fond de sa conscience a constitué un des grands tournants de l'histoire universelle, n'ait jusqu'à présent trouvé aucun biographe en France. Il a paru juste de reconnaître ce tort et d'y remédier par le présent volume qui fera longtemps autorité et doit être lu par tous ceux qui s'intéressent à la question des origines de la France. On ne trouve pas chez le roi des Francs, même après sa conversion, la sainteté de son épouse Clotilde, mais on n'y rencontre pas non plus rien que l'astuce du politicien ou les procédés criminels du Barbare. Franc, il ne l'apparaît pas seulement par la race ou la liberté d'allure, mais par une spontanéité d'esprit où l'on apprécie du meilleur à côté du pire.

La thèse exposée par M.-M. Gorce dans *La France au-dessus des races*, on la retrouve en lisant les remarquables conclusions de son *Clovis* :

Si le mot Clovis, dit-il, est devenu quasi inconnu aux Français, le mot même de France, de *Francia*, en son latin barbare, ce mot qui avait résumé l'idéal des travaux guerriers de ce roi, et de ses joies, comme aussi peut-être l'excuse de ses crimes, ce mot qu'il avait fait grand est resté grand à la surface de la terre comme il l'aurait voulu... Depuis les événements majeurs par où Clovis la créa, s'imagine-t-on que cette *France gauloise* — c'est peut-être le terme le plus exact — vit parce qu'elle a des limites ? En vérité, je vous le dis, ce sont les cœurs et non les arpents qui font la patrie. La terre gauloise vit depuis Clovis — qui fut une première volonté et aussi une première tête — parce que, au long des siècles, la patrie par lui fondée n'a jamais manqué ni de cœurs ni d'intelligences.

Ajoutons que M.-M. Gorce ne se contente pas, dans cet important ouvrage de plus de 350 pages, de faire revivre chacun des épisodes de l'existence mouvementée du roi Clovis, mais évoque encore, avec un don exceptionnel de narrateur, la France d'il y a 1.500 ans, beaucoup moins connue que les régions les plus lointaines de l'antiquité classique et dont pourtant la croissance et les progrès sont si passionnants à suivre tout au long de ce bel ouvrage.

Napoléon II, roi de Rome, prince de Parme, duc de Reichstadt, (1811-1832), par Victor BIBL. Traduit de l'allemand par Maurice SOLLÉ. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

On a beaucoup écrit au sujet de la vie dramatique du duc de Reichstadt. Mais jusqu'à présent il subsistait encore de l'incertitude sur la façon dont le fils de Napoléon avait été traité à la Cour de Vienne. Y fut-il considéré comme un « prisonnier d'Etat », surveillé et opprimé par la haine sournoise du chancelier autrichien, le prince Metternich ? A-t-il été élevé avec la même rigueur que les jeunes archiducs de la famille impériale, suivant la coutume des Habsbourgs ? Son trépas précoce ne fut-il pas causé par l'étouffement moral dans lequel il végétait, avec le regret lancinant d'un passé qu'il ne pouvait pas oublier, malgré les efforts de ses gouverneurs, et le désespoir de n'être pas capable de réaliser ses grandes espérances ? Faut-il aussi en chercher la cause déterminante dans les excès passionnels auxquels il s'abandonna, peut-être pour s'étourdir et oublier son infortune ? A toutes ces questions, M. Victor Bibl répond par une argumentation péremptoire, appuyée sur les découvertes que sa position lui a permis de faire dans les archives viennoises, ouvertes par la révolution. Mais M. Bibl n'est pas seulement un érudit, il est surtout un historien, c'est-à-dire un philosophe et un évocateur. Son livre est essentiellement vivant. Les personnages du drame s'en détachent en couleur et en profondeur, autour de la malheureuse victime. Grâce à lui, l'empereur François II, l'ex-impératrice Marie-Louise et le chancelier de Metternich prennent dans l'histoire leur véritable place, sous la grande ombre de Napoléon I[er]. Rarement, dans un ouvrage historique, la documentation et la vie se sont trouvées si heureusement réunies.

La thèse que soutient le professeur Bibl est exposée dès les premières lignes de sa préface : « La fondation de la République, en m'ouvrant les archives, m'a permis d'y trouver des documents jusque-là tenus secrets et de juger sans indulgence l'ancienne monarchie... J'ai éprouvé les sources utilisées par Wertheimer et Bourgoing. J'ai vu combien leurs documents se concilient difficilement avec la thèse que le duc aurait été bien traité à la Cour de Vienne, entre autres lorsque j'ai connu le fait qu'à dix-huit ans il a été puni à coups de fouet de chasse ! »

D'après ce que nous savons de sa vie malheureuse à la Cour de Vienne, n'est-il pas certain qu'il réalisa le type de l'enfant martyr, martyr peut-être par soi-disant affection et excès de vigilance, mais martyr tout de même.

La mort qui l'a enlevé à la fleur de l'âge, dans sa vingt et unième année, l'a délivré d'une situation intolérable. Que d'ailleurs il ait été empoisonné comme on le murmure, ou bien entraîné à des excès sexuels qui l'ont anéanti, ou simplement qu'il soit mort de phtisie galopante, suivant les rapports officiels, rien n'est changé à la tragédie du jeune Napoléon qui s'est consumé dans une atmosphère d'hostilité, en sorte que sa mort fut un soulagement pour lui comme pour ses geôliers.

Et il termine ainsi son poignant ouvrage : « Hélas ! la soi-disant légende des mauvais traitements que la cour de Vienne fit subir au fils de Napoléon n'est pas une légende. Déjà en 1816, quand le prince avait cinq ans, le comte Dietrichstein et Frédéric Gentz parlaient du martyre du pauvre enfant dont les souffrances devaient s'accroître avec les années. Il est mort d'une vie incurable plutôt que d'une maladie incurable. »

Maximilien, Empereur du Mexique (1832-1867), par Bertita HARDING. Traduction de Maurice SOULIÉ. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 8 planches hors texte. Prix : 21 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bertita Harding, d'origine hongroise, a passé toute son enfance au Mexique, près du palais de Chapultepec, qui a été la résidence des infortunés souverains, Maximilien et Charlotte. Sa jeunesse a été bercée par les récits de ce drame, un des plus pathétiques de l'histoire, et dont le souvenir est devenu légendaire au Mexique. Plus tard, sa destinée l'a emportée en Europe et puis aux Etats-Unis. Mais ses souvenirs d'enfance la hantaient. Elle revoyait sans cesse le drame shakespearien dont sa mère lui contait les péripéties, et un beau jour, pour se délivrer de cette obsession, elle voulut l'écrire. Le miracle est qu'elle y a réussi, complètement sans réserve.

Elle a développé une connaissance et un sens surprenants de l'histoire et surtout le don magique de la faire revivre. Les personnages de Napoléon III et de l'impératrice Eugénie et derrière eux tous les comparses du drame sont saisissants de vie et de vérité... autant du moins qu'il y a une vérité historique. Mais Mme Bertita Harding s'est surtout attachée avec un rare bonheur à peindre l'empereur et l'impératrice du Mexique, qui furent les victimes ingénues de la politique des cours européennes. Il semble qu'elle les ait connus et aimés, et qu'elle ait vécu avec eux le drame qui commença à Vienne, dans les flonflons des valses de Strauss, pour se terminer au Mexique à Queretaro, sur la colline des Cloches et en Flandre, dans le sinistre château de Bouchout.

Son livre est une des plus complètes réussites qu'on puisse lire, d'histoire romanesque... et non romancée.

Schiller, par E. TONNELAT. 1 volume de la Collection « Ecrivains étrangers ». Librairie Didier, 4 et 6, rue de la Sorbonne, Paris.

Les biographies du poète et les études relatives à ses écrits divers sont innombrables. M. Tonnelat en a donné l'essentiel dans ce petit volume qui constitue la emilleure monographie que nous ayons sur l'auteur de *Wallenstein*.

Montaigne devant la postérité, par Pierre VILLEY. Préface de Jean Plattard, professeur à la Faculté des Lettres de Poitiers. Bibliothèque de la Revue des cours et conférences. Un volume in-16 jésus 4-388 pages, broché 21 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Pour beaucoup de personnes cultivées les Essais sont un livre de chevet au même titre que les Pensées de Pascal ou les Caractères de La Bruyère, un de ces livres qui veulent être médités.

Pour la parfaite compréhension de cette œuvre qui a eu une profonde influence sur les contemporains de Montaigne et sur l'évolution des idées il était utile de dépister un grand nombre de jugements portés sur les Essais par ces contemporains, d'autant plus que dans ces opinions nous trouverons « l'avis de ceux qui n'avaient pas le dessein de formuler un avis ». Ils nous montrent ce qui étonnait les premiers lecteurs des Essais, en quoi ils admiraient Montaigne et dans quelles circonstances de la vie ils pouvaient utiliser sa leçon.

Ils nous renseignent aussi sur l'état des esprits de 1580 à 1630.

M. Pierre Villey qui par sa parfaite connaissance du XVIe siècle était particulièrement qualifié pour mener cette enquête, nous fait assister à un jugement de Montaigne en plusieurs audiences où les témoins défilent, vivants ; ce sont des châtelains, des savants, des prélats, des soldats ... : Marie de Gournay, Juste Lipse, Scaliger, Charron, Racan, etc., etc...

Dans la préface, que sa compétence et son amitié pour l'auteur ont dictée à M. J. Plattard, celui-ci nous dit :

« Pour la première fois nous avons en main une enquête méthodiquement menée sur l'accueil que les contemporains de Montaigne ont fait à son livre. Jusqu'ici nos notions sur ce point étaient vagues et même contradictoires... Sans pouvoir indiquer toutes les idées nouvelles qui se dégagent de cette étude, je signale toutefois le fait que la sincérité religieuse de Montaigne ne fut de son temps mise en doute par personne... Le lecteur retrouvera dans ce volume cette scrupuleuse conscience dans les recherches, cette finesse de jugements, cette abondance d'aperçus, cette « liberté » qui caractérisent tous les écrits de Pierre Villey.

Classiques Delagrave. Publiés sous la direction de P. DIMOFF. Chaque volume in-16 de 128 pages, illustré de reproductions, relié pleine toile, 5 francs.

Offrant les avantages de collections plus chères, tant pour la correction du texte que pour la valeur des notices et des annotations dues à des professeurs réputés, elle possède des qualités de présentation et de solidité. (Cartonnage pleine toile, impression nette sur papier de luxe, nombreuses illustrations) qui en font des ouvrages qui durent et que l'on veut conserver.

Vient de paraître : **Chateaubriand** : *Œuvres diverses*, notices et annotations, par Pierre MOREAU.

globe oculaire est indépendant du degré d'exophtalmie. On l'a vu disparaître sans modifications de cette dernière et inversement. Nous l'avons vu disparaître complètement pendant quelque temps après une injection de morphine sans constater aucun changement dans le degré de l'exophtalmie. Il manque d'ailleurs presque toujours quand la protrusion fait défaut. Mais ce peut en être un des symptômes prémonitoires, témoin une observation de A. Terson. C'est donc un symptôme très important à rechercher pour le diagnostic précoce.

Il peut d'ailleurs être assez facilement méconnu, car on l'a vu s'atténuer ou disparaître momentanément sans que la protrusion se modifie.

Un autre signe palpébral décrit sous le nom de *signe de Gifford*, est la difficulté qu'on éprouve chez les basedowiens, lorsqu'on veut retourner la paupière supérieure. Chez notre malade nous n'éprouvons aucune difficulté pour le retournement des paupières supérieures, petite intervention que tout médecin doit être à même de pratiquer en raison de la fréquence des corps étrangers dont le siège de prédilection est la face profonde de la paupière supérieure à sa partie moyenne. Il faut, vous le savez, *faire regarder le malade fortement en bas* puis saisir le bord de la paupière supérieure entre le pouce et l'index de la main correspondant au côté examiné ; par un petit mouvement de bascule de bas en haut, on luxe le cartilage tarse en totalité et la face palpébrale de la conjonctive se présente. Par contre, si le sujet ne regarde pas en bas, et le plus souvent il contracte fortement les paupières et convulse l'œil en haut, on éprouve beaucoup de difficultés ou même on ne réussit pas.

Or, chez les basedowiens, la paupière supérieure étant rétractée en haut, il est naturellement difficile de la retourner.

Mentionnons encore au nombre des symptômes palpébraux accompagnant la maladie de Basedow la *rareté du clignement*, signalée par Stellwag qui croyait trouver là un symptôme caractéristique de cette maladie. Alors que le clignement chez le sujet normal s'effectue 6 à 10 fois par minute le basedowien reste parfois plusieurs minutes sans cligner.

Pathogénie des symptômes palpébraux. — Bien des théories ont été mises en avant : relâchement de l'orbiculaire, d'où prédominance du releveur, conséquence d'un affaiblissement des réflexes comme la rareté du clignement. Mais ceux-ci sont au contraire exagérés et on n'observe jamais ici de paralysie du muscle orbiculaire. De même l'hypothèse d'une altération des centres de coordination réglant l'action consensuelle du releveur et de l'orbiculaire d'une part, de l'élévation et de l'abaissement de l'œil d'autre part, exigerait la démonstration anatomique de semblables centres.

On a invoqué l'élévation du tonus des fibres des muscles lisses de Müller, mise en avant par de Graefe et longtemps en faveur au moment où on rapportait tous les symptômes de Basedow à une hypersympathicotonie. Ce spasme tonique du muscle de Müller semble confirmé par l'action de la cocaïne qui, 20 minutes après une instillation à 2 p. 100, entraîne un élargissement de la fente palpébrale, conséquence d'une excitation des terminaisons nerveuses du grand sympathique. Toutefois la rétraction palpébrale provoquée par la cocaïne est toujours moindre que celle de l'exophtalmie de Basedow ; la paupière inférieure y participe et la mydriase cocaïnique ne s'observe jamais sans Basedow. Sans doute faut-il invoquer une contraction tonique du muscle releveur, dont la pathogénie demeure complexe.

TROUBLES DE LA MUSCULATURE EXTRINSÈQUE. — Le plus caractéristique est l'*insuffisance de la convergence*. C'est le signe de Möbius.

Si nous faisons fixer à notre malade un objet que nous rapprochons lentement, vous constatez qu'un œil, rarement les deux, diverge rapidement en dehors. Le sujet ne peut soutenir la convergence.

Ce signe de Möbius se voit souvent tout au début de l'affection, et il est très net chez notre malade. Dans certains cas il peut y avoir même une véritable paralysie de la convergence, mais ceci est plus rare.

Le relâchement de la convergence doit entraîner nécessairement de la diplopie. Mais celle-ci n'apparaît pas toujours et notre malade ne voit pas double. C'est que, pour ne pas voir double, l'œil dévié neutralise, ou mieux, le centre visuel correspondant neutralise l'image fausse et par ce moyen écarte la diplopie.

Cette neutralisation est d'ailleurs un phénomène très général, commun à tous les appareils sensoriels. Combien de fois ne nous arrive-t-il pas, alors que nous travaillons, de ne pas entendre les bruits de la rue. L'oreille à ce moment les a bien transmis au centre auditif, mais celui-ci les a neutralisés.

A l'état normal, en dépit de la présence de deux images résultant de la fixation d'un objet, nous ne voyons pas double, nous avons la vision simple, conséquence de la vision binoculaire et celle-ci est sous la dépendance de la convergence des deux axes visuels vers l'objet que nous fixons. Si, en effet, fixant un objet, nous refoulons avec le doigt l'un des yeux en dedans nous voyons l'objet double. Le réflexe de convergence est donc indispensable pour la vision simple binoculaire.

Fréquemment les sujets atteints de troubles de la convergence se plaignent de céphalée. Sans doute l'astigmatisme peut suffire à provoquer la céphalée, mais bien souvent aussi les maux de tête sont la conséquence de troubles de convergence, compliqués ou non d'astigmatisme et c'est là une notion trop souvent négligée. On se contente de mesurer la réfraction : myopie, hypermétropie, ou astigmatisme et on néglige de rechercher s'il existe une insuffisance de convergence.

Ces efforts constants de convergence chez les sujets où elle est insuffisante sont le point de départ de nausées, de vertiges, de céphalées persistantes. Bien plus, la diplopie passagère, résultant de cette insuffisance de convergence peut donner lieu à des troubles particuliers. Je vous rappelle rapidement l'histoire d'un professeur de Faculté venu me consulter pour maux de tête intenses et tenaces. Il avait de la diplopie, son Bordet-Wassermann était positif, et on avait pensé chez lui à la confusion mentale, l'inversion de certaines syllabes au cours de la lecture entraînant des confusions de mots.

Il faut donc être averti lorsqu'on procède à l'examen de tels sujets. Ce malade avait bien la syphilis, mais ne souffrait nullement de confusion mentale ; il présentait simplement une insuffisance de convergence très accusée. Le port de prismes de 4 degrés à base interne suffit à faire disparaître tous ces troubles. La soi-disant confusion mentale était due à l'insuffisance de la convergence. On prescrit habituellement en pareil cas le port de prismes à base interne, de 1, 2 ou 3 degrés.

Tous ces éléments : symptômes palpébraux et insuffisance de convergence témoignent de l'origine basedowienne de l'exophtalmie et en précisent la cause. Toutefois, ayant constaté tous ces signes oculaires, il ne nous est pas interdit de pratiquer l'examen complet du malade et de rechercher les autres symptômes de la maladie de Basedow.

Symptômes généraux

On constate, vous le savez, chez ces sujets des symptômes caractéristiques : 1° tachycardie ; 2° goitre ; 3° tremblement ; 4° troubles intestinaux, diarrhée, amaigrissement. Mais il est un symptôme, peut-être le test le plus important de tous, c'est le trouble du métabolisme de base, car la *modification du métabolisme basal* est profonde chez les basedowiens.

Le métabolisme d'un organisme est exprimé par la quantité d'oxygène consommé par sa respiration pendant l'unité de temps. Il varie avec l'intensité des oxydations et s'exagère sous l'influence du froid et de toute dépense musculaire. D'où des variations assez larges se développant entre deux valeurs extrêmes : le *métabolisme du sommet* (représenté par la dépense énergétique la plus forte que puisse réaliser un être pendant l'unité de temps et constituant la limite extrême du travail musculaire, tel celui fourni par exemple par le cerf fuyant devant la meute) et le *métabolisme de base* ou dépense la plus faible que puisse présenter un être qui a supprimé toutes ses

dépenses contingentes. C'est le régime de la machine au ralenti, à son minimum de marche.

Pour mesurer ce dernier on recherche sur le sujet *au repos* et *à jeun* la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé en une heure, ce qui donne le nombre de calories, un litre d'oxygène consommé correspondant à environ 5 calories.

Mais il faut tenir compte de la taille et de la surface de l'individu, on arrive ainsi à cette définition : le métabolisme basal est représenté par le nombre de calories émises pendant une heure.

Traitement. — Une fois le diagnostic précisé, quel traitement faut-il instituer ? Le traitement sera variable, suivant les symptômes constatés et seule ici l'exophtalmie nous intéresse. Mais le traitement du goitre agit en même temps sur la protrusion de l'œil. Et si nous ignorons encore la nature et le mécanisme de celle-ci, nous connaissons tout au moins les deux facteurs essentiels des troubles observés : l'hyperthyroïdie et l'hypersympathicotonie.

A. *L'hyperthyroïdie* n'est pas douteuse car l'administration d'extrait thyroïdien contre l'obésité provoque tous les symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie et troubles cardiaques, amaigrissement, augmentation du métabolisme basal et goitre.

B. A l'*hypersympathicotonie* doivent être réservés l'exophtalmie avec les symptômes oculaires qui l'accompagnent, les troubles vaso-moteurs, également la tachycardie et les troubles nerveux (émotivité, instabilité psychique, etc.).

Les théories sur la pathogénie de la maladie de Basedow sont de deux ordres, les unes incriminent le système nerveux, les autres le système endocrinien, particulièrement la glande thyroïde.

Claude Bernard apporta à cette théorie l'appui de la physiologie. Il a démontré que l'excitation du sympathique cervical déterminait la contraction des vaisseaux du cou et de la face, la dilatation de la pupille, l'agrandissement de la fente palpébrale, l'exophtalmie. Si le goitre exophtalmique est fonction d'une excitation du système cervical sympathique, il est compréhensible de voir la tachycardie et l'exophtalmie, mais la pupille chez les basedowiens reste normale. Les symptômes basedowiens relèveraient d'une excitation des seules fibres vaso-motrices du sympathique cervical. D'autre part, il n'est pas douteux que l'hyperthyroïdie exagère tous les phénomènes sympathiques, l'hypersécrétion thyroïdienne sensibilisant en quelque sorte tout le système sympathique par voie humorale et sans doute aussi par excitation directe des riches arborisations sympathiques de la glande thyroïde, provoquant des poussées d'hypersympathicotonie dans le système sympathique cervical.

Un traitement efficace doit donc agir à la fois sur le corps thyroïde et sur le sympathique.

A. Contre l'hyperthyroïdie. — On a préconisé l'emploi du *sérum thyréotoxique*, pouvant neutraliser la toxine circulant dans le sang des basedowiens ; on a employé dans ce but le sérum d'animaux éthyroïdés.

On emploie aussi l'iode sous forme de la solution de Lugol, à la dose de XX à XXX gouttes par jour, par prises morcelées. Le traitement iodé est basé sur le fait que les cellules de la glande thyroïde contiennent normalement des colloïdes iodés et que chez les basedowiens ces colloïdes disparaissent. Au bout de dix à dix-sept jours de traitement iodé, on examine le malade et on recherche son métabolisme basal, qui le plus souvent a diminué considérablement, ce qui est un signe très favorable. Aussi le traitement de fond est-il le traitement iodé, comme l'a bien établi le Professeur M. Labbé, à la condition, bien entendu, d'en surveiller l'emploi, car Trousseau le considérait comme dangereux.

D'autre part, on emploie actuellement le traitement par l'hémato-éthyroïdine, produit glycériné contenant le sang total du cheval éthyroïdé depuis plus d'un mois. Cette médication a souvent donné de bons résultats.

Enfin la radiothérapie semble actuellement occuper une place importante dans le traitement de la maladie de Basedow. Les irradiations de la glande thyroïde ont donné des résultats parfaits. Mais ce traitement doit être très surveillé, car il ne faudrait pas arriver à l'atrophie totale de la glande. On fait une ou deux séances par semaine. Tous les symptômes se trouvent influencés par le traitement.

Lorsque le traitement médical a échoué, on peut avoir recours à l'intervention chirurgicale, soit par la ligature des *artères thyroïdiennes*, destinée à réduire l'activité glandulaire, soit encore par la *thyroïdectomie* subtotale ou partielle, afin de diminuer par la résection la masse secrétante ou enfin par la sympathicectomie pour lutter contre les troubles sympathiques. Mais cette opération n'agit pas sur les centres autonomes.

Bien entendu le malade sera mis au repos, il devra avoir une vie calme, à l'abri de toute excitation, avec des repos prolongés au lit.

B. Contre l'hypersympathicotonie. — L'hypersympathicotonie étant toujours plus ou moins sous la dépendance d'une hyperthyroïdie qui sensibilise en quelque sorte tout le système sympathique, le traitement de cette dernière demeure le premier à instituer tout d'abord : repos, iode, hémato-éthyroïdine, radiothérapie. En même temps on aura recours aux médicaments sédatifs du grand sympathique : ésérine et ses dérivés : génésérine, hyoscine, associés à d'autres sédatifs : passiflorine, lobélie, cratœgus.

Nous employons habituellement l'ésérine en tant qu'antagoniste de l'atropine : elle paralyse le sympathique.

La formule suivante est recommandable :

Salicylate neutre d'ésérine......	2 centigrammes
Eau distillée..................	3 grammes
Glycérine neutre...............	7 grammes
Alcool à 95°..................	20 c. c.

X gouttes à chaque repas.

ou encore :

Granulés de génésérine (dosés à 1/2 milligr.) 2 à 3 par jour.

Le traitement chirurgical réside dans la résection d'une partie de la chaîne sympathique. Mais l'opération demeure souvent inefficace, en particulier sur l'exophtalmie, en raison de la multiplicité des sous-centres et de leur autonomie. Les centres isolés demeurent hypertoniques aussi longtemps que la sécrétion thyroïdienne n'est pas diminuée.

Enfin le globe oculaire doit être attentivement surveillé chez les basedowiens ayant une grosse exophtalmie, car la cornée étant insuffisamment recouverte par les paupières rétractées, il peut se développer une kératite avec ulcération ; la tarsorraphie médiane en pareil cas constitue le mode le plus sûr de protection de la cornée.

« Chargés (*les Politiciens*) d'établir un Ordre des médecins, ils ont estimé que ceux-ci n'étaient ni capables, ni dignes de rendre leur justice professionnelle. En effet, dans la proposition de loi, adoptée par le Sénat, en séance publique, le 14 février 1935, il est prévu que le Tribunal d'appel du Conseil de discipline, sera composé de : « 1° Trois conseillers à la Cour d'appel en exercice ou honoraires, ayant voix délibérative, désignés par le premier président, l'un d'eux faisant fonction de président et ayant voix prépondérante en cas de partage des voix ; 2° Trois médecins élus pour six ans, au scrutin majoritaire par tous les médecins électeurs du ressort de la Cour. »..................

« Et personne d'entre nous n'a réagi : ni la Confédération des Syndicats médicaux de France ; ni les Syndicats de Paris et de la Seine ; ni les Syndicats de province ; ni la Fédération corporative des médecins de la région parisienne ; ni le Conseil général des Sociétés d'arrondissement ; ni le Corps hospitalier de Paris ; ni les Facultés de Médecine ; ni l'Académie de médecine ;

« A quel degré de veulerie le Corps médical français est-il tombé » (P. Hartemberg. Encore une humiliation. A propos de l'Ordre des Médecins. *Journal des Praticiens*, 27 avril 1935.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Les myosites et plus encore les névrites sont des manifestations très rares de l'infection gonococcique. Deux de ces localisations atypiques ont été observées par MM. Villaret et H.-P. Klotz. Il s'agissait dans le premier cas d'une myosite indurée du deltoïde ; dans le deuxième cas on vit se produire au décours d'une crise d'arthrite gonococcique de l'épaule une névrite du plexus brachial et plus particulièrement du tronc radio circonflexe. L'étiologie fut confirmée par le traitement puisque l'un comme l'autre s'améliorèrent très rapidement sous l'influence d'une thérapeutique étiologique appropriée.

La myosite indurée siège le plus souvent sur les muscles qui entourent l'articulation de l'épaule ou au niveau des masses musculaires de la cuisse. Les muscles atteints ont une « dureté semblable à l'os ». L'opacité aux rayons X a été plusieurs fois notée. L'évolution vers la suppuration est très rare.

Quant aux névrites, il s'agit le plus souvent de névrites des membres inférieurs survenant de sept à trois semaines après le début de la blennorragie. Elles frappent surtout le groupe antéro-externe des muscles de la jambe, parfois aussi ceux de la cuisse. Dans quelques cas, elles se généralisent aux membres supérieurs, au tronc et à la face. On a observé la localisation de la paralysie sur la troisième paire et le nerf optique. Les troubles de la sensibilité sont surtout d'ordre subjectif, parfois marqués au point d'individualiser une forme pseudo-tabétique.

Quoique la durée de l'affection soit assez longue, la guérison en est la terminaison habituelle.

(Maurice Villaret et H. P. Klotz. Deux localisations atypiques du rhumatisme blennorragique : myosite et radiculo-névrite. *Paris Médical*, 9 mars 1935.)

Parmi les affections sanguines de la série blanche, trois principalement présentent d'importantes lésions buccopharyngées :

L'angine à monocytes que l'on suspecte devant toute angine fébrile avec grosse adénopathie persistante ;

La leucémie aiguë et l'agranulocytose qui réalisent des lésions bucco-pharyngées, d'allure grave. Ces lésions sont polymorphes, identiques, n'ont rien de caractéristique. Des lésions analogues sont courantes au cours d'infections variées ou d'intoxications. Elles revêtent donc l'allure générale et habituelle des stomatites graves. Elles relèvent d'ailleurs de microbes banaux (streptocoque et fuso-spirille principalement). Ce qui leur donne un caractère de gravité, c'est l'exagération de virulence des éléments microbiens et plus encore la nature particulièrement déficiente du terrain sur lequel ces lésions évoluent. Ce ne sont donc pas les signes locaux, mais le contexte clinique qui permet de suspecter le diagnostic que l'examen hématologique confirmera.

Les lésions bucco-pharyngées de ces affections sanguines sont parfois très polymorphes. Il n'est pas de type d'angine ou de lésions bucco-pharyngées qui ne puissent relever d'une affection sanguine. C'est dire qu'en présence de toute lésion pharyngée ne faisant pas sa preuve, un examen hématologique doit s'imposer à l'esprit du médecin.

(Roger Maspétiol. Les manifestations bucco-pharyngées au cours des maladies du sang de la série blanche. *Paris Médical*, 9 mars 1935.)

Une large diurèse aqueuse constitue pour les reins une bonne condition de fonctionnement et non, comme on tend à le croire, une fatigue. En revanche, l'émission d'une urine très concentrée, qui est par elle-même une preuve de bon pouvoir sécrétoire rénal, est quand elle se prolonge et devient habituelle, nuisible pour les reins en raison de l'effort excessif et soutenu de concentration, qui leur est imposé, et de l'action irritante pour leur parenchyme d'une urine trop dense et souvent chargée de cristaux plus ou moins vulnérants. Il importe donc, tant pour assurer une bonne dépuration urinaire que pour ménager les reins, de régler les ingestions alimentaire et hydrique de telle sorte que l'urine soit sécrétée sous une concentration modérée. La diurèse aqueuse ou, autrement dit, le volume de l'urine doit être en rapport avec la quantité de substances qui y sont dissoutes et qui constituent la diurèse solide ; car il ne faut pas oublier qu'un gros mangeur peut être en état *d'oligurie par rapport aux déchets de la nutrition*, qu'il a à excréter, avec un volume d'urine en soi normal, qui serait plus que suffisant pour un petit mangeur. Il semble que, au point de vue rénal et sous réserve de l'état des appareils d'absorption et de circulation, il serait d'une bonne hygiène d'uriner plus que ne l'indiquent les chiffres donnés comme normaux pour le volume de l'urine des vingt-quatre heures. Le bien-fondé de cette manière de voire est confirmé par l'utilité des cures de diurèse dans les troubles du fonctionnement rénal par insuffisance absolue ou relative de la diurèse aqueuse, troubles auxquels il est d'autant plus nécessaire de remédier que leur persistance peut porter atteinte au pouvoir sécrétoire même des reins.

(Jules Cottet. Remarques sur l'importance du rôle de l'eau dans la sécrétion rénale. *La Presse Médicale*, 13 mars 1935.)

Clinique thérapeutique

Dans la plupart des cas de maladie d'Addison, le traitement chloruré donne de bons résultats. Quel que soit le mécanisme de l'action du chlorure de sodium, les douze observations rapportées montrent que son efficacité clinique chez les addisoniens est indéniable. Dans un cas les résultats furent surprenants.

« Nous pouvons assurer qu'au cours de notre longue expérience de cette maladie, nous n avons jamais vu avec les traitements habituels y compris l'hormone corticale à grandes doses, des résultats sur l'état objectif et subjectif des symptômes aussi favorables que ceux qui ont été obtenus chez cette malade. Les symptômes qui ont été le plus favorablement influencés sont : le poids, l'appétit, les troubles digestifs et la pigmentation. »

Le traitement salin permet d'économiser considérablement l'emploi de l'hormone corticale. Dans les cas peu graves on peut la réserver pour les moments difficiles comme, par exemple, des infections, des symptômes acidosiques, etc., etc.

L'amélioration de l'état général et de chacun des symptômes n'est pas accompagné de variations nettes et fixes des différents ions qui sont altérés dans cette maladie. Cependant les imperfections techniques qui peuvent exister dans les méthodes d'investigation de ces éléments ne permettent pas d'établir un jugement définitif sur ce point. Néanmoins, il semble que le traitement chloruré tende à rétablir l'équilibre sodium-potassium qui, dans cette maladie, se trouve altéré et porté vers une hyper-potassémie avec hypo-sodémie relative accompagnée d'une déshydratation intense de l'organisme et d'une tendance à l'acidose ; avec le traitement chloruré toutes ces altérations sont mises en voie de guérison.

Le traitement salin est en général très bien toléré. Chez quelques malades il se présente des troubles gastriques, parfois accompagnés de vomissements. Pour les éviter, on peut faire prendre le sel avec du lait ou bien avec du bicarbonate de soude.

Il a été donné à ces malades de 2 à 10 grammes de sel par jour, suivant les cas. Un œdème palpébral a été noté une seule fois.

A remarquer que le traitement hypersalin ne semble pas aggraver la lésion tuberculeuse, qui est généralement la cause de cette maladie ; ceci est contraire à ce que prétend Gerson, qui recommande le régime hypo-salin dans la tuberculose.

(G. Maranon, L.-A. Collazo et J. Jimena. Le traitement de la maladie d'Addison par le sel commun. *La Presse Médicale*, 30 mars 1935.)

Un nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale est proposé par deux auteurs italiens, « traitement s'écartant à ce point des sentiers battus jusqu'à ce jour, que nous pensons rencontrer bien des personnes sceptiques en entendant les faits que nous allons exposer le plus brièvement possible. En réalité, ce sont là des manifestations imprévues de certains phénomènes physiologiques, qu'on ne croyait pas pouvoir provoquer. »

L'étude de nombreux cas de traumatismes encéphaliques, d'hémorragies, de thrombose et d'embolies cérébrales à des périodes différentes de leur évolution a conduit aux conclusions suivantes MM. Rosolino Colella et Guiseppe Pizzillo :

1° On peut agir avec l'auto hémothérapie (injections intra-

musculaires du sang du malade) sur le foyer de l'hémorragie cérébrale, en corriger les conséquences à un degré notable et souvent d'une façon complète.

2° La technique opératoire des injections consiste à prélever 25 c. c. à 30 c. c. du sang d'une veine du bras ou du pied et à le réinjecter immédiatement et profondément dans la région fessière du côté sain. Il est utile d'aspirer par la seringue avant la ponction de la veine quelques centimètres cubes d'une solution de citrate de soude à 25 pour 100, pour empêcher la coagulation prématurée du sang.

3° Les injections intramusculaires auto-hémothérapiques sont hémostatiques et utiles pour le traitement de l'hémorragie, indépendamment de l'âge du malade et de l'époque de l'attaque. Leur utilité est d'une valeur plus ou moins considérable, mais elle est constante.

4° *La guérison* (qui sera considérée par certains comme une chose extraordinaire et paradoxale) est observée dans les cas les plus aigus, surtout dans les traumatismes craniens, où il y avait une hémorragie cérébrale primitive. Les résultats dépendent de la rapidité de l'intervention.

5° L'auto-hémothérapie concourt au traitement de l'hémorragie cérébrale avant, durant et après l'attaque. Elle sera indiquée comme traitement préventif dans les cas d'hypertension artérielle avec hérédité prédisposante ; puisque chez les artérioscléreux souvent le vertige, la faiblesse des membres, les tremblements unilatéraux des extrémités annoncent l'attaque longtemps auparavant. Il faut en éviter et en corriger les conséquences immédiatement par l'injection qui abaisse brusquement la pression vasculaire intracranienne.

6° Les injections de sang permettent le diagnostic différentiel entre l'hémorragie cérébrale pure et le ramollissement du cerveau. Bien que l'hémorragie cérébrale soit beaucoup plus fréquente que le ramollissement et que les prodromes soient souvent les mêmes, on peut les distinguer, puisque l'action curative de l'auto-hémothérapie est plus marquée sur les foyers d'hémorragie cérébrale et qu'elle est nulle sur les foyers de ramollissement cérébral.

7° Les théories de l'auto-hémothérapie sont multiples et indéfinies. On ne peut pas expliquer aujourd'hui le mécanisme de l'action des injections du sang sur la circulation et la congestion capillaire de même que le mécanisme de la disparition souvent si prompte des symptômes.

Il importe peu dans les expériences thérapeutiques que la théorie qui a servi de point de départ soit exacte ou non. Le résultat pratique existe sans doute dans le nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale et de ses conséquences : nous avons voulu attirer l'attention des médecins sur cette thérapeutique.

(Prof. Rosolino Colella et Giuseppe Pizzillo. Un nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale. *La Presse Médicale*, 10 avril 1935.)

Une synergie médicamenteuse anti-choc efficace est réalisée par une association de camphres solubles désignées sous le nom de « polycampho-sulfonates » par M. Fernand Mercier. Deux formules : une formule de solution injectable contenant les campho-sulfonates d'éphédrine, de spartéine, de césium et de sodium, et une formule de dragées contenant les campho-sulfonates d'éphédrine, de spartéine, de césium et de calcium.

Injectés par voie intramusculaire une demi-heure avant la médication capable de déterminer un choc : sérums, vaccins, métaux colloïdaux, arsénobenzènes, les « polycampho-sulfonates » exercent une action anti-choc parfaite et suppriment pratiquement toutes les manifestations alarmantes des chocs anaphylactiques, protéiques et colloïdaux.

Administrés par voie d'injection intramusculaire une demi-heure avant toute injection de sérum thérapeutique, puis ingérés sous forme de dragées pendant les dix jours suivants, les « polycampho-sulfonates » réduisent la maladie sérique à un pourcentage pratique de 6 p. 100 ; *le pourcentage de protection de cette synergie anti-choc est donc de 94 p. 100,* pourcentage qu'aucune des médications préconisées jusqu'à ce jour n'avait encore atteint.

Les « polycampho-sulfonates » exercent une action curative nette dans le traitement : des accidents sériques, des phénomènes de choc, des troubles d'anaphylaxie alimentaire ou médicamenteuse et de certains syndromes anaphylactoïdes. Il suffit alors d'administrer les polycampho-sulfonates sous formes de dragées pour améliorer et même supprimer ces diverses manifestations anaphylactiques.

(Fernand Mercier. Une nouvelle médication préventive et curative de la maladie sérique et des états de choc : les « polycampho-sulfonates ». *Paris Médical*, 1er décembre 1934.)

Cancer

Le venin de cobra, même lorsqu'il est injecté dans les tumeurs, est sans action sur les cancers humains. Quelques cas d'amélioration ou exceptionnellement de guérison ont été signalés. Ils sont trop peu nombreux pour qu'on puisse fonder un espoir sur cette méthode, surtout si l'on veut bien se souvenir qu'en cancérologie il n'est pas absolument exceptionnel de voir des tumeurs abandonnées à elles-mêmes se stabiliser spontanément et régresser de façon plus ou moins marquée.

L'action sur les algies cancéreuses n'est, par contre, pas niable, mais elle est inconstante, irrégulière, souvent très lente à se produire, et le nombre des malades qui n'éprouvent aucune amélioration de leurs douleurs, même à la suite d'un traitement prolongé, est incontestablement très grand.

Dans ces conditions et quand il s'agit de cancéreux incurables, il paraît logique de réserver le venin pour les cas rares où la morphine se révèle inopérante. Pour les autres, cette dernière garde toutes ses indications, d'autant que si l'on s'en tient aux essais thérapeutiques réalisés par Hector Ramirez Calderon, avec le venin de *Lachesis alternatus*, il est vraisemblable qu'il y a avec les venins de serpent une accoutumance aussi nette qu'avec la morphine.

(Jacques Lavedan. Le traitement des tumeurs malignes par le venin de cobra. *Paris Médical*, 16 mars 1935.)

Thérapeutique clinique

Le traitement des hypertonies parkinsoniennes — le plus efficace mais purement symptomatique — est réalisé par le sulfate d'atropine *per os*, à doses progressives, élevées et continues : XX à L gouttes quotidiennes de la solution aqueuse à 50 centigrammes pour cent, en deux fois. On commence par une goutte et progresse d'une goutte par jour ; on tâtonne pour trouver la dose adéquate, souvent supportée malgré la seule sécheresse de la bouche ; des lunettes simples corrigent une fois pour toutes les troubles de l'accommodation.

(Riser. Thérapeutique générale des névraxites primitives aiguës et subaiguës non suppurées. *Journal Médical Français* avril 1935).

Varia

Nous ne pouvons prévoir les conséquences de cette institution (*Ordre des Médecins*) avant de l'avoir vu fonctionner. Peut-être donnera-t-elle les meilleurs résultats ? Peut-être ces résultats seront ils décevants ? Maints scandales récents nous ont, hélas ! montré que malgré son ordre qui date de 125 ans, la profession d'avocat n'a pas été épurée et que la politique aidant, les abus les plus fâcheux ont pu se produire dans son sein et rester impunis.

Un écueil qui pourra être dangereux sera l'élection des membres du Conseil. Que de surprises peut réserver le scrutin ? Les avocats qui se voient tous les jours au Palais, peuvent se concerter. Tandis que les médecins dispersés que l'on a tant de peine à réunir, surtout à Paris, et en très petit nombre, même lorsqu'ils doivent donner leur avis sur les questions les plus importantes, arriveront-ils à se concerter et à déjouer les intrigues qui pourront se produire ?

(Docteur J. Noir. L'Ordre des Médecins. *Le Concours Médical*, 7 avril 1935.)

***

On pourrait peut-être ordonner des cures de silence temporaire dans des sortes de stations où le bruit serait traqué au dehors et au dedans. Ces stations pourraient être organisées dans des sites silencieux et retirés, genre Grande-Chartreuse, par exemple. On viendrait y faire des cures de silence et de détente comme on va faire actuellement une cure thermale.

(Docteur Pierre Maurel. Cure de silence. *Journal des Praticiens*, 9 mars 1935.)

***

La biotypologie a pour objet « l'étude scientifique des types humains, par la recherche des corrélations entre les caractères morphologiques, psychologiques, physiologiques, pathologiques, psychiatriques, et l'application de ces données dans les diverses branches de l'activité humaine eugénique, pathologie, psychiatrie, pédagogie, orientation et sélection professionnelles, organisation rationnelle du travail humain, prophylaxie criminelle ». (Statuts de la Société de Biotypologie de Paris, Art. 1er).

(H. Laugier. Une science nouvelle : la biotypologie. *Le Mouvement Sanitaire*, mars 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1935

La natalité. — L'Académie adopte les conclusions de *M. Brindeau* telles qu'il les a apportées le 12 mars avec l'addition d'un paragraphe final.

« Il est difficile d'établir le degré de fréquence des accidents consécutifs aux avortements provoqués clandestins. Certaines complications immédiates comme les hémorragies, les perforations, les péritonites sont très graves, mais rares. D'autres beaucoup plus fréquentes sont des infections locales comme la métrite, la salpingite, les pelvipéritonites chroniques qui rendent souvent les femmes infirmes et nécessitent parfois l'ablation des organes génitaux internes. Ajoutons qu'un certain nombre de cas de stérilité sont dus aux lésions consécutives à un avortement mal soigné

« Les résultats pratiques de l'avortement tels qu'ils nous sont donnés par le Congrès panukrainien de 1927, ne peuvent à aucun titre constituer un argument en faveur de cette législation. »

Influence thérapeutique du pneumothorax sur la tuberculose pulmonaires des femmes enceintes. Étude statistique. — *MM. Rist* et *Jottras.* — Les grossesses et l'accouchement sont des causes bien connues de tuberculose pulmonaire. L'institution d'un pneumothorax artificiel permet dans un grand nombre de cas de parer à ce danger et d'amorcer la guérison de la tuberculose ; tout en préservant la vie de l'enfant. Lorsque le pneumothorax a été établi durant les derniers mois de la grossesse, la proportion des résultats heureux est de 38 p. 100. Elle est de 55 p. 100 si le traitement est intervenu durant les quatre premiers mois chez les femmes tuberculeuses porteuses d'un pneumothorax qui a rendu inactives leurs lésions. Une grossesse intercurrente est supportée sans incident dans 87 p. 100 des cas. Si la grossesse survient avant que la guérison des lésions pulmonaires ne soit acquise, cette proportion s'abaisse à 58 p. 100. Les résultats qui s'amélioreront encore au fur et à mesure que le pneumothorax thérapeutique entrera davantage dans la pratique courante, sont encourageants.

Les angio-cholécystites infectieuses à bacilles dysentériques, type Flexner. — *MM H. Surmont, R. Buttiaux* et *A. Sevin* (Lille). L'existence de cette variété d infection biliaire — encore niée par beaucoup d'auteurs — est établie de façon indiscutable par deux observations des auteurs, ils précisent les données techniques bactériologiques et sérologiques qui ne laisse aucune place au doute. Ils ont obtenu des résultats thérapeutiques excellents de l'emploi d'un autobactériophage utilisé : dans un cas, par voie buccale ; dans l'autre, par injection intraduodénale.

La vésicule biliaire peut donc être un réservoir de bacilles dysentériques type Flexner, notion aussi importante en pathologie qu'en hygiène.

Les auteurs profitent de ce travail pour appeler à nouveau l'attention des médecins sur la technique de prélèvement aseptique de la bile qu'ils préconisent. Utilisée par eux depuis cinq ans, elle a été présentée à la Réunion biologique de Lille et à la Société de gastro-entérologie de Paris, en avril 1931 ; à l'Académie de médecine le 10 mai 1933.

La sympathectomie interlombo-sacrée dans les artérites oblitérantes et certaines affections chroniques des membres inférieurs. — *MM. Danielopolu* et *A. Aslan* (de Bucarest) rapportent les résultats obtenus avec la méthode de M. Danielopolu (préconisée en 1932) dans onze cas d'artérite oblitérante et plusieurs cas d'ulcère et d'eczéma variqueux, et d'autres affections trophiques des membres inférieurs. Ils rappellent les recherches physiologiques qui ont établi le trajet des vaso-moteurs des membres. Ces recherches ont démontré que l'extirpation de la chaîne lombaire est inutile et qu'une simple section ou petite résection du cordon au niveau du promontoire doit suffire. Les résultats confirment les prévisions de M. Danielopolu. Sa méthode possède la même efficacité que la sympathectomie lombaire, sans en avoir les inconvénients. La sympathectomie lombaire produit des délabrements des plexus abdominaux qui sont cause de phénomènes de péritonisme aigu très désagréables. Cette méthode est longue et laborieuse et nécessite deux opérations pour être pratiquée à droite et à gauche. La sympathectomie interlombo-sacrée ne sectionne que les nerfs qu'il est necessaire de supprimer, ne donne jamais de péritonisme, est une opération très facile et de courte durée qui peut être exécutée des deux côtés dans la même séance.

Diagnostic et traitement des péritonites puerpérales généralisées. — *M.* le Professeur *Cyrille Jeannin* et *M. Chome* relatent leur statistique de péritonites puerperales généralisées. Cette statistique porte sur un nombre total de 70 cas. L'hystérectomie a donné une mortalité de 93,3 p. 100 (29 morts sur 31 opérations). La laparotomie simple a donné une mortalité de 81,8 p. 100. Les auteurs ont obtenu un meilleur résultat par la simple colpotomie suivie de l'injection de sérum de Vincent dans le péritoine par le drain de la colpotomie (50 p. 100 de guérisons).

De ces faits, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Que dans les cas où la péritonite semble être consécutive à un accident aigu (rupture ou perforation de l'utérus, fibrome infecté, rupture d'un abcès de l'utérus, d'un thrombus pelvien, d'un pyosalpinx, etc...), il faut faire une laparotomie médiane suivie de l'ablation de l'utérus et des annexes ;

2° Que dans les cas où la péritonite apparaît d'emblée sans l'intervention d'un de ces accidents aigus, il faut se contenter d'une intervention réduite. Dans ces cas, la colpotomie suivie de drainage par voie vaginale et injections de sérum de Vincent intrapéritonéales leur semble le traitement de choix.

Individualité des insulinoïdes végétaux et des vitamines B. — *MM. Labbé* et *Donard.*

Sur une nouvelle manœuvre de respiration artificielle combinée avec la méthode de Schaefer (avec projections). — *M. Hederer.*

Séance du 21 mai 1935

Quelques raisons de défectuosité dans la fabrication actuelle du pain. *M. Henri Labbé.* — Toute qualité de farine et tout taux d'extraction choisi pour celle-ci à part, la cause la plus évidente, sinon la plus importante, de mauvaise qualité du pain (sous le rapport de la saveur, de l'odeur, de l'agrément de consommation et de la digestibilité) réside dans son mode de fabrication trop hâtif, dans la fermentation brutale et incomplète des pâtes au moyen de la levure, dans son excès d'humidité, croûte et mie, dans le goût souvent fétide que la levure (levure de mélasse) peut leur communiquer. Le mode de cuisson qui favorise la rétention d'eau et rend la pâte molle joue aussi un rôle dans la désaffectation des Français à l'égard de leur aliment favori ; le mazout, par son économie et sa facilité d'emploi, est venu supplanter la cuisson hygiénique au bois seule capable de communiquer à la fournée de pain l'odeur agréable, la saveur et le croustillant sous la dent qui prépare l'estomac et facilité l'élaboration du pain dans les organes digestifs.

Quels sont les remèdes techniques à préconiser pour revenir à un état de choses plus favorable ? Il en est plusieurs à envisager simultanément :

1° Avant tout, le retour à la fermentation des pâtes à pain au moyen du levain avec les façons successives et le temps que cette méthode exige ;

2° La suppression de l'emploi des levures de mélasse si, toutefois, la mauvaise qualité des farines exige l'emploi mitigé des levures ;

3° Le retour à la cuisson au bois de préférence ou, à défaut, au gaz ou à l'électricité ;

4° L'interdiction d'emploi du mazout en boulangerie.

Pour que ces transformations dans les habitudes boulangères soient possibles, il faut :

a) Entraîner la conviction des représentants de l'industrie boulangère durement atteints par la sous-consommation du pain qui atteint près de 20 p. 100 ;

b) L'abrogation de l'interdiction du travail de nuit dans les boulangeries ;

c) La création éventuelle de grandes centrales boulangères travaillant d'après les anciens procédés de fermentation qu'elles appliqueront d'autant plus aisément que leur travail s'effectuera à la continu avec trois équipes de huit heures.

Ainsi le pain redeviendra l'aliment sain, économique, savoureux, digestible, énergétique qui fut traditionnellement celui de nos nationaux.

Etude électrocardiographique de l'influence de la dépression barométrique sur le cœur. — *MM. Cluzet, Piéry, Ponthus* et *Milhaud.* — Chez l'homme, les expériences ont été de trop courte durée, par crainte d'accidents, pour faire apparaître d'autres troubles qu'une légère accélération du rythme cardiaque et quelquefois une courte période de contractions anarobiques du myocarde pendant une dépression correspondant à 6.000 mètres d'altitude.

Quel que soit le sujet en expérience, tous les troubles électrocardiographiques disparaissent rapidement après la fin de la dépression et le retour à la pression atmosphérique ambiante. Chez les animaux et chez l'homme, enfin, les inhalations d'oxygène ou de carbogène suppriment, sans différence constatée entre elles, les troubles électrocardiographiques pendant les plus fortes dépressions réalisées correspondant à plus de 10.000 mètres d'altitude.

Similitudes et dissemblances cliniques du kala azar autochtone de l'enfant et de l'adulte. — *M. D'Œlznitz* se basant sur treize années d'observation du kala-azar autochtone, forme infantile déjà très répandue et forme adulte en progression plus tardive sur le Littoral méditerranéen français, étudie les caractères et les tendances que l'âge des sujets imprime aux apparences de la maladie.

A l'appui de ses observations l'auteur montre que la splénohépatomégalie ne comporte pas de différences importantes dans ses aspects et dans son évolution.

L'anémie progressive et marquée chez l'enfant est plus stable et plus discrète dans les formes de l'adulte.

La pâleur si spéciale et caractéristique du kala-azar infantile, existe quoique moins intense chez l'adulte ; mais, souvent une pigmentation plus ou moins accusée lui est adjointe en certaines régions et en modifie l'apparence.

Les paroxysmes fébriles multiples existent aux âges de la vie : irréguliers chez l'enfant, ils donnent lieu à une courbe thermique désordonnée ; souvent plus régulièrement rythmés chez l'adulte ils réalisent un type fébrile oscillant.

Les formes infantile et adulte du kala-azar se distinguent surtout par leur évolution : maladie aiguë et inéluctablement progressive chez l'enfant, l'affection est d'évolution plus lente chez l'adulte où elle est parfois passible de rémissions spontanées.

Dans les deux cas il existe une susceptibilité particulière aux infections intercurrentes, surtout respiratoires, en sorte qu'à tous les âges le kala-azar non traité reste une affection grave. Heureusement, certains produits stibiés réalisent un traitement véritablement spécifique du kala-azar et, s'ils sont appliqués énergiquement en provoquent la guérison rapide.

Etude expérimentale de l'action antirachitique du phosphore et des composés phosphorés minéraux et organiques. — *M. Raoul Lecoq* montre que les différentes sources de phosphore ne sont pas également actives dans le traitement du rachitisme. Le phosphore pur, les phosphures, phosphites et hypophosphites sont sans action ; l'acide orthophosphorique et ses sels l'emportent en activité sur les dérivés des acides pyro et métaphosphoriques. Les métaux, de même que les alcools, phénols ou glucides susceptibles de se combiner à l'acide orthosphosphorique, modifient plus ou moins son action sur la calcification osseuse.

Les doses minima actives déterminées sur le rat et par l'essai biologiques à partir des diverses substances phosphorées minérales et organiques permettront de faire, parmi celles-ci, un choix judicieux.

Contribution à l'étude de la cure thermale sulfureuse dans les rhumatismes chroniques. — *MM. Rathery* et *R. Wolff-Rangier.*

Sur les conditions dans lesquelles la synthèse de la vitamine C est affaiblie ou complètement supprimée chez le nourrisson. — *MM Rohmer, Bezssonoff* et *Stoerr.*

Action hémopoiétique des lysats globulaires obtenus par photoclase. — *M. Zaepfel.*

Election d'un membre titulaire dans la 3e section (Hygiène) — *Classement des candidats* : En première ligne : M. Tanon.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Burnet, Dujarric de la Rivière, Huber, Nègre, Weil-Hallé.

Adjoints par l'Académie : MM. Armand Delille, Heim de Balsac, Vallery Radot.

M. Tanon est élu par 62 voix. Obtiennent : M. Armand Delille, 2 voix ; M. Nègre, 1 voix ; M. Weil-Hallé, 1 voix ; M. Heim de Balsac, 1 voix ; M. Pasteur-Vallery-Radot, 1 voix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mai 1935

Aiguille à pneumothorax. — *M. J.-A. Bayle* présente une nouvelle aiguille qui permet de percer la plèvre avec un mandrin mousse comme le trocart de Küss. Ses avantages sont un calibre extérieur très notablement moindre et un maniement très simple.

Corps étranger de l'utérus. — *M. Séjournet*, après avoir rappelé que les corps étrangers de l'utérus ne sont pas exceptionnels, en rapporte de nouvelles observations. L'une concerne un fil de laiton qui resta en place cinq ans et fut extrait au cours d'une intervention sur le col et est un exemple de longue tolérance par l'utérus. La seconde concerne un fragment d'os introduit dans un but abortif et dont la présence détermina des signes de septicémie grave. A cette occasion l'auteur expose les manifestations cliniques très variées auxquelles peuvent donner lieu les corps étrangers de l'utérus.

L'électrolyse dans le traitement des rétrécissements. — *M. Charles Schmitt* appelle l'attention sur les services que rend cette méthode dans le traitement des divers rétrécissements, en particulier dans ceux de l'urèthre, du col utérin, du canal lacrymal... Elle agit rapidement (une à dix séances) efficacement (récidives exceptionnelles), est sans danger et ne nécessite aucune immobilisation. Mais elle exige une instrumentation spéciale et des précautions, nettement indiquées par des connaissances théoriques sur l'action propre du pôle négatif du courant continu.

Abcès froids du thorax. — *M. Kaufmann* résume dans sa communication accompagnée de projections les travaux qu'il poursuit depuis 1929 et qui démontrent qu'en matière de tuberculose — dite chirurgicale — l'ostéite est secondaire à la tuberculose des parties molles. Ceci est vrai de l'ostéite costrale, de celle du sternum et des lésions rachidiennes du mal de Pott.

L'auteur décrit les techniques opératoires qui conviennent à ces lésions et envisage la radiothérapie du mal de Pott.

Traitement préventif et curatif des chéloïdes. — *M. René Weil* est d'avis que la chéloïde est une maladie de la cicatrice due à une organisation fibreuse de la trame conjonctive. Pour l'éviter, il faut appliquer préventivement le radium sur les lignes de suture en chirurgie esthétique ; pour l'enlever, lorsqu'elle est constituée, la symbiose « chirurgie et radium » s'impose et guérit.

Les causes d'erreur dans les déterminations des groupes sanguins. — *M. A. Bécart* montre que ces causes d'erreur résultent de trois ordres de faits : 1° mauvaise technique de la détermination des groupes sanguins ; 2° emploi de sérums tests défectueux ou peu actifs ; 3° interprétation erronée des résultats (pseudo-agglutination). Après avoir exposé la technique qui est précise, l'auteur insiste sur la nécessité d'avoir de bons sérums-tests, et il expose les pseudo-agglutinations : a) *La coagulation in situ* (phénomène rare) ; *la concentration* (phénomène purement physique qui fait que les globules s'amassent au centre de la goutte laissant les bords clairs) ; c) *la sédimentation globulaire*, l'homogénéité de la tache n'est pas parfaite. On distingue de petits amas de globules côte à côte. Ce phénomène va depuis la précipitation sableuse jusqu'à la pan-agglutination de Mino. L'épreuve au kaolin de Falgairolles, celle de la lécithine de Lattes, éliminent les pseudo-agglutinations. L'épreuve de la goutte supplémentaire au sérum IV est un procédé indirect simple et élégant permettant d'éviter de prendre pour une agglutination ce qui n'en est pas et vice-versa. En résumé, une technique précise, des sérums-tests actifs et souvent contrôlés, l'épreuve de la goutte supplémentaire, permettent de donner le maximum de sécurité à l'épreuve de Beth-Vincent et de faire une détermination exacte des groupes sanguins.

G. Luquet.

VARIÉTÉS

Barbey d'Aurévilly et la médecine

D'après la thèse du Docteur Robert CORNILLEAU

Dans son travail (1), M. Cornilleau a retracé la vie de Barbey d'Aurévilly, en cherchant en quoi l'écrivain normand pouvait intéresser le médecin. S'appuyant sur de nombreux documents, il dégage les antécédents médicaux de son auteur préféré. Barbey comptait trois médecins dans sa famille : son quadraïeul maternel, Pierre Ango, était docteur en médecine de l'Université de Caen ; l'un de ses fils, qui s'appelait également Pierre, né en 1666, devint professeur royal de médecine à la même université.

Il présida en 1711 la thèse de François de Mestre : *An homo a vermibus ? non ergo a vermibus*. Nous trouvons là une trace de la curieuse polémique qui, à partir de 1700, divisait la vieille Faculté de Caen en deux clans résolument hostiles : « L'invention du microscope, écrit M. Cornilleau, et les premières « observations de Lœuwenhœck qui découvrit, deux siècles « avant Pasteur, les bactéries, déterminèrent en médecine des « prodromes de révolution. Le microscope, en révélant le nom- « bre infini d'animalcules répandu dans le monde, avait donné « naissance à la « théorie vermiculiste » de la génération, « qui « s'affirma dans les thèses de Caen, écrit le Docteur Gidon, « bien plus librement qu'elle ne parait avoir pu le faire dans « les thèses de Paris. » C'est Lœuwenhœck qui avait découvert le « ver spermatique », autrement dit le spermatozoïde, « et la théorie vermiculiste n'était que l'interprétation de ce « fait d'observation ». La majorité de la faculté de Caen était vermiculiste ; cependant Pierre Ango était dans l'opposition.

Pierre Ango eut trois filles et un fils. Celui-ci, Jacques-Pierre Ango eut un fils, Louis-Hector-Amédée Ango, dont l'une des filles, Ernestine, est la mère de Jules Barbey d'Aurévilly ; l'autre fille, Désirée-Marie-Louise, épousa un officier de santé, Jean-Louis-François Pontas du Méril.

Curieuse figure que ce médecin, né à Cherbourg, puis établi à Valogne, dont il fut longtemps maire. Il avait fait ses études à Caen, lui aussi, et soutenu sa thèse de *bachelier en médecine* le 22 juillet 1773 ; bien que sous la Restauration il se fit appeler « docteur », il semble n'avoir jamais obtenu ce grade.

Avec son fils, Edelestand Pontas du Méril, il eut une influence certaine sur son neveu Barbey. Il fit partie de l'une des deux loges maçonniques fondées à Valognes peu avant la Révolution. Quand, en 1778, Necker institua les Assemblées provinciales, une Assemblée des notables se constitua où le fameux officier de santé représenta le Tiers Etat.

Plus tard, après le vote de la Constitution civile du clergé et la confiscation des biens de l'Eglise, il se rendit acquéreur de biens ecclésiastiques, cependant qu'en 1797, le 22 août, il se maria « devant un prêtre catholique ». Barbey d'Aurévilly aimait beaucoup aller chez son oncle, auprès de qui il acquit certainement la plupart de ses connaissances médicales ; c'est là qu'il feuilletait nombre de livres dont le souvenir lui restera toujours et dont on retrouve l'empreinte presque dans chacune de ses œuvres ; c'est là également qu'il rencontrait son cousin Edelestand, qui devait rester son ami intime. Barbey semble avoir eu un véritable culte pour son oncle, « le plus majestueux maire de ville qui fût jamais » ; et Pontas du Méril rendait à son neveu son affection : « mon oncle m'aimait tant », écrivait celui-ci longtemps plus tard, qui en fit un portrait remarquable dans le BONHEUR DANS LE CRIME : « J'étais un des matins « de l'automne dernier à me promener au Jardin des Plantes, « en compagnie du Docteur Torty, certainement une de mes « plus vieilles connaissances. Lorsque je n'étais qu'un enfant, « le Docteur Torty exerçait la médecine dans la ville de V...

« L'avez-vous quelquefois rencontré le Docteur Torty ? « C'était un de ces esprits hardis et vigoureux qui ne chaussent « point de mitaines, pour la très bonne et proverbiale raison « que « chat ganté ne prend pas de souris », et qu'il en avait « immensément pris, et qu'il en voulait toujours prendre, ce « matois de fine et forte race, espèce d'homme qui me plaisait « beaucoup à moi, et je crois bien (je me connais !) par les « côtés surtout qui déplaisaient le plus aux autres. »

(1) Barbey d'Aurévilly et la médecine. Edition Spès, Paris 1934.

A fréquenter son oncle, il avait appris beaucoup de médecine. Aussi bien, quelle part cette science n'a-t-elle pas dans son œuvre ?

M. Cornilleau le montre très clairement, analysant les détails avec une rare précision. D'ailleurs, Barbey lui-même ne disait-il pas ainsi à Trébutien : « Vous savez que je suis médecin ». Il ne faut pas entendre par là qu'il ait fait des études pouvant lui conférer le grade de docteur ou d'officier de santé. « Il est non moins certain, écrit M. Cornilleau, qu'il « possédait une culture médicale beaucoup plus étendue que la « moyenne même des personnes instruites, et en tout cas que « la plupart des écrivains cantonnés dans le domaine de la littérature proprement dite. »

On comprend ainsi pourquoi, faisant un livre sur Brummel, Barbey demandera à Trébutien : « Je n'ai besoin que de son portrait physiologique. Avec son portrait physiologique, j'aurai tout. »

Trop souvent, on n'a voulu voir en Barbey d'Aurévilly qu'un original, un excentrique, et pour tout dire, un malade. On s'en est pris à sa toilette, son pantalon à bande d'or, sa cravate de dentelle, son chapeau haut-de-forme aux ailes doublées de velours.

« *Fantaisie d'artiste*, dira M. Cornilleau. *Les vrais artistes ont tous un côté « enfant »*.

M. Cornilleau cite un long passage de M. E. Seillière, dans lequel cet auteur s'attache à démontrer que Barbey d'Aurévilly, névrosé, toxicomane, était, ni plus ni moins, un fou. D'autres, comme Grasset, écrivaient : *Chez certains êtres supérieurs, les bizarreries du costume et de l'existence suffisent à indiquer l'état névropathique, tels que : Villiers de l'Isle-Adam, Barbey d'Aurévilly, le Sâr Péladan.* Mais, comme le fait remarquer avec justesse M. Cornilleau, *on ne juge pas en trois lignes, fût-on Grasset, un écrivain comme Barbey d'Aurévilly, sur des bizarreries de costume. Quant à son existence, elle n'eut rien de bizarre. Elle fut celle d'un homme de lettres qui demandait à un labeur souvent acharné les moyens de vivre.* Si Barbey adolescent avait dépouillé l'élément fécond, les fortes croyances, pour ne garder que l'élément dangereux, le désir passionné d'une existence *d'outlaw*, comme dit Paul Bourget, s'il foulait tout aux pieds, comme il l'a dit lui-même, c'est, pour M. Cornilleau, à l'influence de son oncle Pontas du Méril qu'il l'a dû, et à son cousin Edelestand, à qui l'écrivain disait : *Tu m'as ouvert l'intelligence.* Un certain *dandysme*, oui, mais une névrose, non. Barbey ne se plaint-il pas, cependant, d'agitation et de fièvre, de rêves affreux, de douleurs de poitrine et d'estomac ? Certes, et M. Cornilleau reconnaîtra que son auteur favori goûtait fort les plaisirs de la table ; mais de là à en faire un alcoolique, un ivrogne, il y a une distance que beaucoup semblent avoir trop vite franchie.

Ceux qui veulent voir dans *La maîtresse rousse* un aveu d'intempérance se trompent lourdement. *La maîtresse rousse*, écrivait François Laurentie, *est un excellent morceau de complaisance et d'imagination, où l'auteur se calomnie et se calomnierait bien davantage encore par littérature et par gracieuseté. C'est de la poésie assez belle, mais c'est de la poésie.*

Il semble assez difficile d'admettre en effet qu'un homme qui a eu la santé de Barbey d'Aurévilly, qui n'a jamais eu de maladies vraiment graves, dont l'ascendance était particulièrement robuste (*planté et solide comme un chêne*, disait-il de son père), fût un malade, un toxicomane, un névrosé. Barbey d'Aurévilly ne s'éteignit qu'à quatre vingt un ans, enlevé par une crise cardiaque.

Le Docteur Cornilleau a complété sa thèse en groupant, sous le titre *Barbey d'Aurévilly, écrivain médical*, d'intéressantes pièces annexes ; ce sont des récits ou des lettres où le grand écrivain a laissé de remarquables portraits de médecins, belles figures admirablement campées, parmi lesquelles on remarque notamment une étude sur le célèbre Flourens. Ces portraits s'accompagnent, pour chaque personnage, d'une notice biographique. Il ne nous est pas possible d'en faire ici l'analyse.

M. Cornilleau a compulsé un grand nombre de documents pour étayer son intéressant travail. Il a certainement contribué ainsi à faire aimer son auteur favori,

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

L'accouchement de l'Impératrice Marie-Louise.

Passage détaché de la conférence faite par M. Octave Aubry à la Société des Conférences : LA VIE INTIME DE NAPOLÉON. MARIE-LOUISE, LE ROI DE ROME. SAINTE-HÉLÈNE, *publiée par* LA REVUE HEBDOMADAIRE (20 avril 1935) :

A ce moment elle est enceinte.

Avec la confiance merveilleuse qu'il eut toujours et qui semble plier le destin à ses désirs, Napoléon ne doute pas qu'il ne lui naisse un fils. Il prépare sa maison, lui nomme pour gouvernante l'une des femmes les plus estimables de la Cour : la comtesse de Montesquiou, femme du grand chambellan.

Dès janvier, les médecins ont choisi une nourrice, Mme Auchard.

Pour loger son fils, l'Empereur fait désigner Duroc et prend son appartement, au centre des Tuileries, derrière l'appartement de l'Impératrice. Toutes les pièces sont repeintes et décorées de frais. Le trousseau de couches de l'Impératrice est commandé sur celui de Marie-Antoinette. La layette garnie de magnifiques dentelles, imite celle du dernier Dauphin.

La grossesse de Marie-Louise lui vaut de l'Empereur, s'il est possible, un surcroît d'attentions. Il ne la quitte plus, et comme elle aime à donner, il la fournit de Gobelins, de Sèvres, de meubles, de bijoux, qu'avec une joie vaniteuse, elle envoie à sa famille.

Cette grossesse est d'ailleurs facile. Hormis quelques nausées, quelques évanouissements, Marie-Louise conserve une santé parfaite.

Elle assiste à toutes les fêtes, va à l'Opéra, aux Français, à Feydeau, danse même, suit les chasses car elle veut accompagner l'Empereur partout où il va. S'il résiste en invoquant l'avis des médecins, elle pleure et il cède aussitôt.

L'accouchement se produit au matin du 20 mars 1811, après une nuit pénible. Si désireux qu'il soit d'être père, Napoléon pense d'abord à sa femme.

« Ne perdez pas la tête, Monsieur Dubois, dit-il à l'accoucheur, traitez-la comme une boutiquière de la rue Saint-Denis. Oubliez qu'elle est Impératrice. »

Dubois en mots confus explique que l'enfant se présente mal, par les pieds.

— Comment allez-vous faire ? Ah ! mon Dieu ! est-ce qu'il y aurait du danger ?

— Sire, il faut ménager l'un ou l'autre...

La mère, dit Napoléon, sans hésiter, la mère, c'est son droit.

L'enfant naît enfin. On croit d'abord qu'il est mort. Mais Mme de Montesquiou le prenant sur ses genoux lui frotte tout le corps et souffle dans sa bouche quelques gouttes d'eau-de-vie. Après sept minutes, il jette un cri. Napoléon, en l'entendant sursaute.

Il quitte Louise qu'il tenait embrassée et court à son fils.

— Il vit, murmure-t-il.

Il pousse un terrible soupir, prend l'enfant dans ses bras, le baise au front et le porte à sa mère. Il est neuf heures un quart.

Il monte chez lui s'habiller. « Son visage, dit Constant, reflétait la joie ». En apercevant son valet de chambre, il dit :

— Eh bien, Constant, nous avons un gros garçon ! Il s'est fait joliment tirer l'oreille, par exemple ! Presque aussitôt, il ajoute :

— Pauvre femme, qu'elle a dû souffrir ! A ce prix-là, je ne désire pas d'autres enfants....

Etudiantes de Paris. — *Sous ce titre, la* REVUE DES DEUX MONDES (15 mai 1935) *vient de publier un article de Mme Odette Pascand. En voici un extrait :*

... Nous rentrons, pour le dîner, à la pension.

Une dizaine d'étudiants sont déjà réunis autour d'une longue table, dans la salle à manger aux meubles ornés de torsades de bois bien astiquées. Au-dessus de la desserte, une corbeille de fruits... sur un tableau. La servante est familière. Elle connaît son monde. Elle sert avec un soin particulier un jeune Russe au teint pâle, qui parle peu. Les appétits sont excellents, la nourriture saine. D'énormes plats sont rapidement « nettoyés ».

Certes, la vie n'est pas facile pour tous, chacun a ses inquiétudes, examens, argent, avenir.

Pourtant, la conversation, à bâtons rompus, va son train.

. . . .

Renée raconte la « dernière » de son patron qui lui fait la cour sans en avoir l'air. Tout le monde, à l'hôpital, s'en aperçoit, mais elle fait semblant de l'ignorer et le fait « marcher ». Andrée très féministe, marque avec emphase ! chaque point de cette victoire sur le soi-disant sexe fort. L'ambiance est sympathique, et personne ne s'aperçoit de la véritable tabagie qu'est rapidement devenu l'étroite pièce. Les garçons ont toujours dans leur sac quelques nouvelles histoires. On danse jusqu'à ce que la propriétiare vienne énergiquement frapper à sa porte. Puis, selon les rites, on ne se sépare pas sans avoir chanté en chœur, presque à voix basse, quelques hymnes consacrés : *La femme du roulier* et *Ma femme est morte*...

BUREAUX OFFICIELS DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e et 3e classes.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 22 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er JUIN 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



NOUVELLES

Société catalane de Biologie. — La Société catalane de Biologie, que préside le Docteur L. Cervera et qui est une filiale de la Société de Biologie de Paris, vient de fêter à Barcelone son vingtième anniversaire et d'inaugurer son nouveau siège dans une partie désaffectée de l'hôpital Santa Creu.

Elle avait eu l'aimable pensée d'inviter à cette cérémonie qui a eu lieu le 11 mai, le président de la Société de Biologie de Paris. Le Professeur Achard s'est rendu à cette invitation et a fait une conférence sur la clinique expérimentale. M. G. Ramon, de l'Institut Pasteur, avait envoyé une note sur l'immunité locale.

Une fois de plus s'est manifestée à cette occasion la chaude sympathie des Catalans pour notre pays, et l'accueil fait au professeur français a été aussi somptueux qu'émouvant.

L'Institut français de Barcelone, que dirige avec beaucoup de zèle et de succès M. Bertrand, avait organisé le 10 mai une réception, sous la présidence du Consul général de France. Les notabilités de la colonie française et de la médecine catalane s'étaient rendues à son invitation.

Le Professeur Achard a pu admirer la belle installation du nouvel hôpital San Pace et une très utile fondation médicale qui porte le nom de « Maison du Médecin (*Casal del Metge*). On y trouve groupé tout ce qui peut intéresser la profession : Mutuelle médicale, Coopérative de consommation, Caisse de bienfaisance, Caisse de prévoyance et de crédit, assurance maladie, assurance de responsabilité civile, accidents du travail, Bibliothèques, Salles de réunions et de conférences, chambres pour loger des médecins de passage, etc... C'est un modèle que tous les médecins de beaucoup d'autres pays pourraient imiter.

Guerre. — Mutations :

M. le médecin colonel Epaulard, directeur du Service de santé de la 5e Région, nommé, par intérim, directeur du Service de santé du 19e Corps d'armée, à Alger.

M. le médecin colonel Couturier, sous-directeur de l'École d'applicatoin du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, nommé par intérim, directeur du Service de santé de la 5e Région, à Orléans.

M. Paître, professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre consultant du Comité consultatif de santé, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris, est affecté comme sous-directeur de l'École d'application du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris ; maintenu membre consultant du Comité consultatif de santé.

MM. les médecins commandants Forgues, des salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes, est maintenu et désigné comme médecin chef de la région de Paris : Janson, de l'Etat-Major et place de Paris, est affecté au musée du Val-de-Grâce, médecin-chef, Paris.

M. le médecin général des troupes coloniales Pézet, sous-directeur de l'École d'application du Service de santé militaire des troupes coloniales à Marseille, a été nommé directeur de ladite École, à compter du 1er août 1935.

M. le médecin colonel Cazanove, détaché au ministère des Colonies, a été nommé par intérim, à compter du 13 mai 1935, adjoint à l'inspecteur général du Service de santé des colonies, en remplacement de M. le médecin général Viala placé, à la même date, dans la section de réserve.

Clinique médicale propédeutique. (Hôpital Broussais, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* du 17 juin au samedi 13 juillet inclus, par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, F. Bordet, Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Génévrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, Lonjumeau, Mamou, de Massary, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Racine, Ribadeau-Dumas, Rouget, Thiébaut, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

Conférences a l'Hôpital Broussais. — Lundi 17 juin, 9 h. 30, M. Sergent : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : conceptions anatomiques.

Mardi 18 juin, 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : les formes anatomiques ; 17 h. 30, M. Durand : Bactériologie générale : les voies d'infection.

Mercredi 19 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Les réactions humorales : leur valeur diagnostique.

Jeudi 20 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; 17 h. 30, M. Sergent : Les éléments généraux du diagnostic.

Vendredi 21 juin, 16 h. 30, M. Génévrier : Les signes physiques et stéthoscopiques ; 17 h. 30, M. Rouget : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx.

Samedi 22 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 24 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose pleurale ; 17 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose des séreuses.

Mardi 25 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 26 juin, 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale ; 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Jeudi 27 juin, 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 28 juin, 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance ; 17 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 29 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 1er juillet, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques.

Mardi 2 juillet, 16 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux ; 17 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 3 juillet, 16 h. 30, M. MIGNOT : Le pneumothorax artificiel ; 17 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 4 juillet, 16 h. 30, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indications et résultats.

Vendredi 5 juillet, 16 h. 30, M. EVROT : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; 17 h. 30, M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi ; 6 juillet Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 8 juillet, 16 h. 30, M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 9 juillet, 16 h. 30, M. BORDET : Le traitement des complications ; 17 h. 30, M. MIGNOT : Climatologie.

Mercredi 10 juillet : Visite d'un preventorium.

Jeudi 11 juillet, 16 h. 30, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose ; 17 h. 30, M. DE WINTER : L'apicolyse.

Vendredi 12 juillet, 16 h. 30, Mme GOUIN : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Les conférences téoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

STAGE HOSPITALIER ET EXERCICES PRATIQUES. — 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin : répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : démonstrations cliniques et radiologiques : examens de laboratoires, visites de dispensaires, d'un preventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 francs, et aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66, boulevard Saint-Michel).

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi). Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : lundi 17 juin, à 9 h. 30, à l'hôpital Broussais.

Premier Congrès de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques et de leurs effets biologiques et pathologiques. — Ce Congrès se tiendra le 15 juillet à La Malou (Hérault). Toutes les opinions pourront y être exposées. On s'efforcera d'y réunir toute la documentation nécessaire.

Tous ceux que ces questions intéressent sont priés d'y assister. Les demandes de renseignements et les offres de collaboration devront être adressées au secrétariat de l'Association, 24 rue Verdi, à Nice.

Vacances médicales. — Les médecins de La Malou informent leurs confrères que des logements gratuits leur sont offerts pendant la saison. La station est située sur le versant méridional des Cévennes et son climat sec convient aux rhumatisants. La variété de ses eaux chaudes tempérées et froides, radio-actives et carbo-gazeuses, toniques et sédatives, accompagnées d'établissements de rééducation et d'hôtels de régime, forme un ensemble exceptionnel de moyens de cure très efficaces dans le traitement de toutes les formes de maladies du système nerveux. La régularité de la température, le calme de la vie et la douceur des paysages, font aussi de La Malou, un séjour de repos particulièrement apprécié. Enfin, sa position géographique (entre les gorges du Tarn et la cité de Carcassonne) dans un pays boisé, montagneux et très pittoresque, y permet des vacances agréables et instructives.

Les médecins, cordialement invités à accepter cette offre bénévole, sont priés d'écrire au Syndicat d'initiative de La Malou (Hérault), qui est chargé de la répartition des logements disponibles.

Il ne pourra être donné satisfaction qu'aux demandes écrites pour lesquelles la date et le lieu de séjour auront été fixés à l'avance.

Congrès de l'A.F.A.S. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son 59e Congrès à Nantes, du 22 au 28 juillet, sous la présidence de M. le Professeur Tiffeneau, de la Faculté de médecine de Paris.

Il sera suivi d'une excursion de quatre jours permettant de visiter toute la Basse-Bretagne, les Laboratoires maritimes et les curiosités archéologiques et naturelles de la région.

Nous rappelons que l'A. F. A. S. comprend vingt deux sections intéressant toutes les disciplines scientifiques et qu'elle a fait appel à tous les chercheurs pour lui apporter le résultat de leurs travaux, sous forme de communications orales ou écrites pouvant être publiées dans les comptes rendus du Congrès.

Pour tout ce qui concerne cette manifestation scientifique, prière de s'adresser au secrétariat de l'Association qui enverra renseignements et programme et fera connaître les avantages réservés aux participants.

Secrétariat de l'Association française pour l'avancement des sciences, 28, rue Serpente, Paris (VIe). Tél. : Danton 93-13.

Commémoration de l'œuvre du Professeur Léon Bernard. — Les amis, les collègues et les élèves du Professeur Léon Bernard, voulant honorer sa mémoire, désirent placer un médaillon à l'hôpital Laënnec, où il a enseigné et où il a passé toute sa vie hospitalière. Ils ont également l'intention d'apporter leur contribution aux fondations que de hautes personnalités ont décidé de créer, à l'étranger, pour commémorer l'œuvre scientifique du Professeur Léon Bernard.

Une reproduction du médaillon sera adressée à chaque souscripteur.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Médaille du Professeur Alexandre Couvelaire. Les amis et les élèves du Docteur Alexandre Couvelaire, ont eu la pensée, à l'occasion de sa vingtième année de professorat à la Clinique Baudelocque, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille, dont l'exécution a été confiée au maître graveur A. Lavrillier, grand prix de Rome.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille, dont la remise aura lieu à une date qui sera ultérieurement fixée.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Hôpital Foch. — Un poste d'interne, homme, n'ayant pas encore passé sa thèse, va être vacant à l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud, à Paris (XIIIe).

Les inscriptions sont reçues dès maintenant, et la nomination se fera sur titres dès la clôture des inscriptions le 15 juin 1935. Prière d'indiquer : âge, scolarité, services hospitaliers et militaires. 300 francs par mois, logé et nourri.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'Administration de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud, à Paris.

Nécrologie. — Docteur Jean-Bernard Beig, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, décédé à l'âge de 41 ans, victime du devoir professionnel. — Docteur B[illegible], de Montluçon, décédé à l'âge de 58 ans. — Docteur Magnus Hirschfeld, décédé à Nice.

« Depuis que la lutte antituberculeuse a été méthodiquement engagée avec un prétendu « armement » qui, après une longue période a donné bien des déceptions, l'acte que l'on appelle du terme barbare et d'un français douteux de « dépistage » est devenu une véritable manie. On a créé un corps de visiteuses d'hygiène qui, en se bornant à leur rôle d'éducatrices sanitaires, peuvent rendre de grands services, mais on a voulu en faire des dépisteuses et on les a convaincues à un tel point de l'utilité de ce rôle que certaines le poussent à l'extrême, se substituant au médecin, et ont fini par déconsidérer dans certains milieux leur utile mission. » (Docteur J. Noir. — Une nouvelle psychose sociale : la manie du dépistage. *Le Concours Médical*, 21 avril 1935.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les imidazols de quelques aliments

Par M. LOEPER, A. LESURE et A. MOUGEOT

Nous avons dans plusieurs notes insisté sur le rôle des composés imidazols dans la détermination de certains troubles ou de certains accidents morbides. Ces troubles sont d'ordre vasculaire surtout et exsudatifs : et l'hypotension, la vasodilatation et l'œdème en sont les caractéristiques. En effet les imidazols sont presque tous toxiques, mais à des degrés différents ; beaucou pont une action hypotensive et tous ont une action vasculaire.

Ils se forment dans les tissus grâce à la désintégration des éléments cellulaires et des protéines, ils se résorbent dans l'intestin grâce à la désintégration des substances alimentaires.

Cette dernière origine est la plus fréquente. Aussi est-il intéressant de rechercher la proportion de ces corps dans nos divers aliments. Déjà quelques recherches, en particulier celles de Clifford, ont fait voir la richesse en histamine du tissu pulmonaire, en langage de triperie appelé mou de veau ; en histidine du foie, de la chair musculaire et d'autres protides animales et végétales ; en carnosine enfin des muscles du bœuf, du veau et du porc où elle atteint jusqu'à 17 ou 26 centgr. pour 1000 suivant les auteurs, 0,61 et 1 gr. 12 même d'après Clifford.

Nous avons repris ces dosages, mais, comme il est d'autres imidazols que l'on ne dose pas ou que l'on dose en bloc sans les caractériser, nous exprimerons nos chiffres en imidazols totaux.

Aliments naturels :

	en milligr. %
Chair musculaire de cheval	80
» » de jambon	90
Foie de porc	22
» de bœuf	33
Rognons de mouton	57

La cervelle ne contient que 4 et le beurre et le saindoux 0.

Aliments préparés :

Le bouillon Kub	500
Saucisson	24
Chipolata	100
Poisson frais	18 à 56
Hareng fumé	78
Sardine salée	166
Moules	9

Il ne faut pas croire que le taux d'imidazols suffise à fixer la toxicité d'un aliment.

En effet, quand on prépare une solution presque pure des imidazols d'une viande ou d'un organe et qu'on l'injecte dans le péritoine d'un animal, on n'obtient ni l'hypotension ni l'exsudat proportionnels à la richesse de cette solution. Le bouillon Kub est moins hydropigène que la chair musculaire. De même la viande de cheval ou de jambon est plus hypotonique que les moules ou le bouillon Kub sur le cœur d'escargot et sur l'artère *in vitro*. La chair musculaire est également plus hypotensive sur la circulation *in vivo* que les moules ou le bouillon. Il faudrait étudier aussi l'action érythémateuse.

Ces discordances tiennent sans doute au mélange dans un même produit d'imidazols d'action et de toxicité différente et dont les effets sur les artères, les vaisseaux ou les tissus se combinent ou se neutralisent.

Nous verrons ultérieurement quelle importance peut avoir sur la richesse en imidazols d'un tissu la putréfaction ou la digestion de ce tissu.

Le Sulfate de soude en thérapeutique

Par Y. KERMORGANT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Brides-les-Bains

Le sulfate de soude (SO^4Na^2) a été découvert par Glauber. Il l'a décrit sous le nom de sel admirable, définition due au mode de cristallisation des sels en prismes hexaèdres cannelés, terminés par des sommets dièdres d'une grande beauté.

C'est un des sels les plus employés dans l'industrie, utilisé en particulier pour la fabrication du carbonate de soude (industrie du verre et du savon).

Le sulfate de soude est au point de vue médical, un des purgatifs les plus communément prescrits et cependant son mode d'action est assez mal connu par les médecins qui l'utilisent.

Mode d'absorption des solutions salines

L'absorption du sulfate de soude dans l'organisme est régi comme les autres sels par l'ensemble des lois physiques et physiologiques déterminant l'absorption des solutions salines en général. Il présente cependant des modalités d'absorption qui lui sont propres, dues à la composition chimique du sel.

Toute solution saline hypertonique introduite dans l'organisme provoque un appel d'eau provenant des milieux intérieurs pour faciliter le passage des sels de l'intestin vers le sang et rétablir l'équilibre rompu par l'ingestion des sels. Une solution hypotonique est plus vite résorbée qu'une solution hypertonique (Heidenhein), il y a contraire dans ce cas, absorption d'eau par l'organisme avant absorption des sels.

La pression manométrique dans l'anse intestinale, régie par la quantité de liquide ingéré, la vitesse de diffusion, la concentration du sel, autant de facteurs physiques qui interviennent dans le mécanisme de l'absorption. Mais les facteurs physiologiques ont une importance au moins égale. L'absorption des sels par les glandes digestives supérieures existe mais elle est pratiquement pour ce qui nous occupe très peu importante.

L'absorption stomacale n'est pas négligeable comme certains le croient mais la durée du séjour de la solution saline dans l'estomac est le phénomène capital, provoquant une sensation de lourdeur au niveau de cet organe si ce séjour est d'une durée anormale. Ce séjour est en rapport avec la concentration moléculaire qui provoque le mécanisme d'ouverture du pylore ; une solution iso-

tonique quitte l'estomac aussi vite que de l'eau. Tandis qu'une solution hypotonique y séjourne plus longtemps. Mais c'est l'intestin grêle qui constitue l'organe d'absorption par excellence. Le rôle du gros intestin au contraire est moindre. La cellule épithéliale comporte un protoplasma. Ce protoplasma est un milieu semi-fluide constitué par une très grande proportion d'eau contenant en dissolution de nombreux cristalloïdes et en suspension des colloïdes. Cette cellule se gonfle au contact de la solution saline en l'absorbant et il se produit au cours de ce stade cellulaire une transformation de l'état physico-chimique du sel. La cellule n'est pas seulement un organe traversé mais un milieu modificateur.

La solution saline contient, avant absorption, des ions à l'état de combinaison et des ions à l'état libre dont il ne faut pas négliger l'existence. Ce sont surtout ces ions à l'état libre qui provoquent l'action modificatrice de la cellule sur la solution saline. La transformation intra cellulaire a pour résultat la dissociation des molécules et l'augmentation des ions libres. Ces ions de dissociation viennent s'ajouter aux ions libres de la solution. Le pouvoir d'absorption de la cellule est en plus complété par la force d'aspiration créée par le courant des petits capillaires qui empêche la saturation du pouvoir hydrophile de la cellule.

La température de la solution modifie le mécanisme d'absorption : une température plus élevée rend plus importante l'action cinétique des molécules d'où augmentation des chocs qui constitueront la cause ionisante et viendront encore augmenter le nombre des ions libres. La concentration de la solution influera également, car plus la dilution sera grande, plus la pression osmotique qui s'oppose à l'ionisation diminuera.

Le terme final de cette absorption sera la décomposition du sulfate de soude en ions électro-positifs (cations) et ions électro-négatifs (anions). C'est d'ailleurs un problème complexe car certains facteurs qui influent sur les colloïdes hydrophiles à l'état de gel nous sont encore inconnus.

Phénomènes d'absorption propres au sulfate de soude

Un fait est certain : l'ion sodium n'est pas toxique comme tant d'autres sels employés en thérapeutique.

Une solution de sulfate de soude introduite sous la peau n'a qu'une action minime. Une solution isotonique de sulfate de soude injectée dans la veine augmente la masse sanguine. Cette dernière reprend une demi-heure après son volume initial. Nous verrons plus loin qu'une forte proportion du liquide est passée dans l'intestin, l'autre dans le rein, les molécules salines ayant d'ailleurs quitté le milieu sanguin, avant l'élément liquide qui les contenait.

Introduite dans l'estomac la solution de sulfate de soude augmente la quantité de suc gastrique en diminuant la teneur en pepsine et en HCL ; cet effet inhibiteur est attribué aux ions SO^4. Cette notion explique les bienfaits résultant de l'emploi des solutions de sulfate de soude au cours du traitement médical de l'ulcus gastrique ou de l'hyperchlorhydrie. Le sulfate de soude introduit dans le duodénum augmente la sécrétion du suc entéritique. Le sulfate de soude est résorbé par l'épithélium intestinal plus vite que l'ion magnésium et moins vite que l'ion chlorure.

L'action du sulfate de soude sur la sécrétion biliaire est indiscutable. Nous croyons que dans ce cas c'est le sodium qui joue un rôle plus important que les sulfates. Le mécanisme de l'action biliaire du sulfate de soude est assez complexe. La présence de la solution saline dans le duodénum, un mécanisme réflexe direct à point de départ intestinal et un mécanisme indirect à point de départ humoral interviennent. Si les deux premiers mécanismes sont démontrés par le tubage duodénal, le troisième peut paraître une vue de l'esprit. Ce mécanisme est cependant en tout point analogue à celui démontré par l'expérience de Henri et Portier sur le rôle de l'injection intraveineuse de secrétine dans la sécrétion biliaire.

L'imbibition sodique des cellules hépatiques est due au sel absorbé au niveau de l'intestin grêle et charrié par les veines sous-hépatiques. L'énorme réseau vasculaire du foie et le rôle régulateur de la concentration sanguine que joue cet organe interviennent également pour favoriser la fixation hépatique du sodium.

La combinaison chimique du sulfate de soude avec le protoplasma des cellules hépatiques n'est pas niable, nous en montrerons plus loin la preuve clinique : sans ce fait comment expliquer la suppression de la sécrétion biliaire par absorption répétée de sulfate de soude ; la théorie de l'épuisement cellulaire par hyperfonctionnement ne s'applique pas à tous les cas et cette hypothèse est démontrée par maints faits cliniques.

Les albumines des protoplasmes cellulaires en se combinant avec le sel de soude cèdent d'autres produits toxiques ou des substances de déchets qui se trouvent ainsi éliminées par les cellules. L'administration répétée du sulfate de soude change les caractères des tissus, augmente l'activité de ces derniers et suivant une comparaison facile elle « décalamine le moteur ». C'est surtout au sein des glandes à sécrétion interne que cette suractivation est importante. C'est également cette action sur les glandes régulatrices de l'assimilation des graisses, qui a pu faire écrire très légitimement à certains auteurs que le sulfate de soude jouait un rôle dans la combustion des graisses.

Elimination du sulfate de soude

Les deux organes d'élimination principaux sont le rein et l'intestin. L'élimination intestinale est complexe. Il existe certainement un sens d'élimination allant des cellules vers l'intestin, mais ce mode d'élimination est minime car la paroi intestinale est peu perméable de dedans en dehors.

Absorbé au niveau du grêle, charrié par les veines sous-jacentes, le sulfate de soude est déversé à nouveau dans l'intestin par la bile, les cellules hépatiques ont donc été traversées de part en part du pôle sanguin vers le pôle biliaire et imprégnées par le sulfate de soude. Evacué par la bile le sulfate de soude augmente la quantité de bile excrétée. Nous ne reviendrons pas sur le rôle de la bile, sur son action sur la contraction intestinale et dans la désinfection de l'intestin. Ces sels de soude éliminés par la voie biliaire dans l'intestin sont décomposés dans celui-ci d'où l'odeur d'œufs pourris caractéristique des matières fécales des sujets ayant absorbés des sels de soude officinaux et surtout thermaux.

Le rein est le gros organe éliminateur du sulfate de soude, d'abord parce que le sang a tendance à se débarrasser par voie rénale des solutions salines. Ensuite parce que le rein est plus perméable au sulfate de soude que l'intestin et que ce sel est plus diurétique que le chlorure de sodium. Mais le mécanisme de l'élimination rénale est complexe car il y a deux éléments à considérer :

1° Le rôle de la diminution de la rétention d'eau par les colloïdes tissulaires et plasmatiques et celui de l'augmentation de l'appport sanguin au rein ;

2° D'autre part les sels absorbés jouent le rôle de substances irritantes diminuant la capacité d'élimination des tubes urinifaires.

Un point peut paraître à certains obscurs ; l'accumulation des sels dans l'organisme entraîne la diminution de la diurèse. C'est le blocage rénal bien connu de tous


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les praticiens qui utilisent le sulfate de soude. L'action irritante du médicament, les altérations antérieures du parenchyme rénal peuvent expliquer certains cas d'oligurie. Mais pour nous le mécanisme est lié simplement aux lois d'absorption des sels en général. C'est la nécessité de fixer l'eau plasmatique dans les tissus pour diluer le sel humoral ou tissulaire et rétablir l'équilibre osmotique des humeurs qui crée d'abord la diminution des urines.

Ensuite intervient, si l'absorption continue, le rôle des sels en dissolution ou à l'état colloïdal saturant et bloquant les cellules et les courants intercellulaires et créant au sein des protoplasmes des « barrages » salins une sorte d'embâcle s'opposant au mécanisme normal de la circulation cellulaire et plasmatique. Le pouvoir important *in vitro* de fixation de l'eau du sulfate de soude nous confirmant dans toute cette manière de voir. Les malades traduisent ce phénomène en cure thermale en disant : « Je suis gonflé par l'eau ».

C'est alors que l'on voit apparaître le rôle d'élimination par la sueur. Nous en avons observé des cas typiques, mais la peau reste un organe accessoire d'élimination et le rein reste l'organe d'élimination principal.

Propriétés physico-chimiques

Le sulfate de soude est de saveur fraîche, salé, moins amer que le sulfate de magnésie. Il effleurit à sec et est très soluble dans l'eau. Il existe au point de vue officinal sous deux états : état anhydre ou sulfate de soude hydraté (sulfate de soude ordinaire). Cette notion est très importante à connaître, car la dose à employer varie dans la proportion de 1 à 2,5 suivant l'état du sel. Il n'existe comme incompatibilité que les sels dont les bases donnent un sulfate insoluble (calcium, plomb).

Le sel de soude thermal, tel qu'il est contenu dans l'eau de Brides, donne à l'eau un goût très particulier.

Applications thérapeutiques

Comme tout médicament, le sulfate de soude possède un seuil d'action qui est constitué par la dose minimale active, dose dont le témoin peut être, par exemple, la sécrétion de la bile ou la selle verdâtre, caractéristique de l'action du sel. Ce seuil d'action varie avec chaque individu avec l'évolution annuelle d'un organisme, avec chaque cas clinique.

La zone maniable est au contraire constituée par les limites entre lesquelles on observe l'effet thérapeutique désiré sans intervention d'un autre effet pharmaco-dynamique.

Nous avons vu qu'il n'est pas question de doses toxiques et que le seul effet nocif du sulfate de soude est la suspension de la sécrétion hépatique et en cas de saturation organique une oligurie révélatrice.

Le point important de la posologie du sulfate de soude est le degré de concentration de la solution administrée. Une solution concentrée hypertonique fait passer l'eau du sérum vers la cavité intestinale (mécanisme de dedans en dehors), la solution concentrée crée donc l'appel séreux décongestionnant les organes abdominaux, favorisant la déplétion ayant pour résultat la selle séreuse, c'est la purge classique, la saignée séreuse « telle que Landouzy a décrit l'action de l'eau de Brides. »

Au contraire, en solution étendue ou par doses fractionnées et répétées, le sulfate de soude aura une action hépato-biliaire différente, action de modification et de rénovation glandulaire et tissulaire sur laquelle nous ne reviendrons pas à nouveau.

Le rôle de la saturation cellulaire est certain, un foie déficient, une sécrétion biliaire absente sont modifiées par l'effet de la dose répétée. Les albumines cellulaires pour se combiner aux sels ayant dû se débarrasser des produits de déchets ou de dépôts qui les encombraient avant de reprendre leur fonctionnement cellulaire normal.

De même l'action de la cure sulfatée sodique cessera de se faire sentir lorsque l'imprégnation cellulaire aura disparu et que les dépôts ou déchets encombreront à nouveau la cellule.

L'action diurétique est certaine ; nous n'y reviendrons pas à nouveau.

Nous devons rappeler à titre de curiosité, un mode d'action du sulfate de soude utilisé autrefois ; on employait le sulfate de soude comme hémostatique en dissolvant le sulfate de soude dans de l'eau à laquelle on incorporait du muriate d'ammoniaque : le froid ainsi dégagé en faisait un hémostatique local.

Notons en passant que Reverdin a préconisé l'emploi du sulfate de soude dans les hémorragies capillaires et chez les hémophiles à la dose de 0 gr. 10 par jour.

Les doses habituelles de sulfate de soude varient suivant l'effet cherché de 0.10 à 60 grammes *pro die*.

Nous allons indiquer les divers modes d'emploi du sulfate de soude.

Sel de Guindre :

Sulfate de soude effleuri.......	24 grammes
Sel de nitre....................	0 gr. 60
Émétique........................	0,025

à prendre en deux fois dans du bouillon d'herbes.

Médecine noire du Codex : Apozème purgatif.

Feuilles de Séné................	10 grammes
Sulfate de soude................	15 grammes
Rhubarbe concassé...............	9 grammes
Manne en sorte..................	60 grammes
Eau.............................	120 grammes

Tisane royale.

Feuille de Séné.................	15 grammes
Sulfate de soude................	15 grammes
Anis............................	5 grammes
Feuilles de persil..............	5 grammes
Eau.............................	100 grammes

Acidifier avec un citron préparé en macération.

Potion purgative.

Sulfate de soude................	16 grammes
Séné............................	6 grammes
Mauve...........................	60 grammes
Eau bouillante..................	140 grammes

à prendre en une seule fois le matin à jeun.

On associe également le sulfate de soude à la manne et au romarin.

Lavement :

Sulfate de soude................	15 grammes
Feuilles de Séné................	15 grammes
Eau bouillante..................	500 grammes

On associe le sulfate de soude au sulfate de magnésie.

Sulfate de soude................	10 grammes
Sulfate de magnésie.............	10 grammes
Eau distillée...................	650 grammes

Solution classique de Bourget de Lausanne.

Sulfate de soude desséché.......	1 gramme
Phosphate de soude desséché.....	3 grammes
Bicarbonate de soude............	5 grammes
Eau.............................	100 grammes

On peut d'ailleurs adapter cette solution à chaque cas clinique en modifiant sa teneur en sel. Nous employons souvent la solution suivante :

Sulfate de soude................	7 grammes
Bicarbonate de soude............	3 grammes
Phosphate de soude..............	1 gr. 50
Citrate de soude................	1 gramme
Eau.............................	1 litre

que nous prescrivons à la dose de un à deux verres à Bordeaux le matin au réveil, en recommandant au malade de se tenir couché sur le côté droit pendant une vingtaine de minutes.

Rappelons pour mémoire que le sulfate de soude a été utilisé en lotion à la dose de 9 ‰ dans les brûlures provoquées par l'acide phénique à l'époque où l'on employait ce dernier comme désinfectant en chirurgie.

Le sulfate de soude dans les sources thermales

Sans parler des stations étrangères, il existe en France deux sources contenant en certaine quantité du sulfate de soude, Miers et Brides-les-Bains (Savoie).

La source Hybord à Brides est une source thermale (+ 31°) polymétallique. Sa minéralisation totale est de 5 gr. 50 par litre, son débit important, 1.500.000 litres par jour. La teneur en sulfate de soude est de 1 gr. 50, le reste étant représenté par des sels alcalins, un peu d'arsenic, etc... Il existe des gaz en suspension, en quantité notable dans l'eau ainsi qu'en témoigne l'odeur de l'atmosphère autour de la source, odeur surtout prononcée lorsque l'atmosphère humide favorise la diffusion des gaz hermaux.

Un fait doit être bien mis en évidence. Un litre d'eau de source contient 1 gr. 50 de sulfate de soude. Quelle serait l'action de 1 gr. 50 de sulfate de soude officinal dissous dans un litre d'eau ordinaire : un très léger effet laxatif.

Au contraire, cette dose n'a pas besoin d'être atteinte avec l'eau de Brides pour obtenir les selles journalières multiples caractéristiques de la cure bridienne. Donc en cas de sulfate de soude thermal, nécessité de donner des doses moindres. Enregistrons ce fait sans chercher à l'interpréter.

Même remarque pour le traitement hépato-biliaire avec des doses fractionnées : 3 à 400 grammes d'eau de Brides, soit 0 gr. 50 de sulfate de soude thermal au maximum permettant d'obtenir d'excellents résultats. La posologie varie d'ailleurs avec chaque cas clinique et suivant le degré de sensibilisation des sujets au sulfate de soude et aux eaux thermales.

L'effet de saturation sodique hépatique n'est jamais obtenu avec du sulfate de soude officinal comme on l'obtient à Brides. Les anciens patients de Brides observent avec soin quel jour de leur cure ils ont obtenu le phénomène de déblocage hépatique qu'ils viennent chercher à Brides. Ceci ne va guère avec la thèse de l'épuisement cellulaire hépatique par administration de sulfate de soude. Cette théorie ne pouvant s'appliquer qu'à quelques cas cliniques de thérapeutique par le sulfate de soude officinal.

L'action diurétique de l'eau de Brides est pour certains plus accentuée que la diurèse provoquée par certaines eaux à réputation diurétique bien connue. Le seuil d'élimination de l'eau et des sels qu'elle renferme varie avec chaque individu. Le phénomène de blocage rénal provoqué par le sulfate de soude nécessite par prudence l'adjonction à la cure sulfatée sodique d'une cure de diurèse rendue possible à Brides par la présence d'une source diurétique froide de faible minéralisation.

Tout ce que nous avons dit sur le mode d'absorption, d'action, d'élimination des solutions salines et du sulfate de soude, nous dispense d'insister sur les indications thérapeutiques du sulfate de soude officinal ou des eaux de Brides.

Stimulation et rénovation des glandes digestives du foie en particulier, élimination des substances de déchets, action sur le métabolisme de la nutrition et sur le métabolisme des graisses. Décongestion des organes abdominaux par réduction de la masse liquide. Désinfection intestinale, action sur la motricité intestinale et l'atonie digestive, telles sont, à côté de son emploi comme purgatif, les principales indications de la thérapeutique par le sulfate de soude.

Les notions actuellement acquises sur l'absorption, l'action et l'élimination des solutions salines nous permettent de remplacer par des bases plus précises les méthodes empiriques qui ont régné jusqu'à maintenant pour l'administration du sulfate de soude.

PSYCHIATRIE

Les persécutés psychoneurasthéniques ; réactions criminelles

Par Henri DAMAYE

Médecin des Asiles

En différents travaux nous avons fait ressortir que les malades mentaux sont presque toujours, sinon toujours, non pas un syndrome psychique bien net, pur et unique, mais un assemblage, une imbrication, une association en proportions très diverses de plusieurs syndromes psychiques, et quelquefois, en outre et en même temps, de syndromes névropathiques. Ce fait, qui semblerait de peu d'importance, en a cependant une énorme. Il est, en effet, de ceux qui contribuent le plus à dérouter un médecin non spécialisé ou un débutant et à leur faire considérer la psychiatrie comme une bouteille à encre. Dans la réalité, un malade mental est un assemblage, en proportions diverses, de deux, trois ou davantage des syndromes psychiques décrits dans les manuels et souvent, en outre, avec adjonction de bribes de syndromes névrosiques (1).

Cette notion et la connaissance des adjonctions névrosiques aux troubles psychiques n'ont point pour unique résultat de clarifier la pathologie mentale. Elle permettra en même temps de faire face aux indications thérapeutiques, parfois très importantes, posées par les symptômes névrosiques. Enfin, l'association de certains syndromes a une importance en criminologie : un syndrome étant susceptible d'en rendre un autre plus redoutable et plus dangereux. L'observation ci-dessous montre précisément combien doit entrer en ligne de compte, pour la thérapeutique, la surveillance et le pronostic, l'adjonction psychoneurasthénie des commotionnés à un délire des persécutions.

G.... Ferdinand, 45 ans, infirmier d'hôpital, divorcé, depuis plusieurs années connu comme persécuté, asséna en février 1935, de violent coup de barre de fer sur le crâne a un malade qu'il croyait son persécuteur, laissa celui-ci pour mort et fut à la gendarmerie se constituer prisonnier.

A la prison, G... a un regard terrible, sinistre et menaçant, de bête traquée. Il entend, par moments, des voix qui le font tressaillir et se retourner. Il dit que sa victime voulait lui faire manger tout son argent, l'attaquer en diffamation. « C'est un homme qui m'en veut !..... qui m'en a toujours voulu !.... » G... connaît sa victime depuis 1919 que tous deux sont à l'hôpital ; mais c'est depuis deux ou trois ans seulement, dit-il, que ce malade lui en veut. G... semble n'avoir que ce seul persécuteur désigné. « C'est un homme qui a lu de mauvais livres dont j'avais peur par moments !.... Un jour que je revenais de

(1) DAMAYE. — Questions modernes de neuro psychiatrie. Maloine édit. Psychiatrie et civilisation. Félix Alcan, éditeur.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

la gare, deux ou trois femmes commandées par lui, qui portaient des valises bleues, m'ont suivi jusqu'à l'hôpital!...Tout le monde causait de moi ! Tout le monde se groupait. J'étais suspecté par tout le monde !.... »

G.... a eu une pleurésie en 1911. A la guerre, il fut commotionné et gazé. Il eut en 1916, une fièvre typhoïde. En 1928, néphrite avec hématuries et albuminurie.

G.... a l'aspect non seulement d'un mental, mais aussi d'un névropathe. Il a des accès de pleurs, s'énerve par moments. Il a de grands et fréquents maux de tête surtout frontaux et des vertiges lorsqu'il se baisse. Il est très facilement fatigué lorsqu'il travaille ou marche et ne peut s'adonner à la lecture.

Il ne dort qu'avec du gardénal, et encore d'un sommeil léger, difficile et agité, troublé par des cauchemars, des rêves de chutes. Une nuit, il se leva brusquement, sauta par la fenêtre, tomba, fort heureusement, sur un tas de charbon sans trop se blesser.

Réflexes tendineux légèrement forts. Pas de tremblements, de troubles pupillaires, ni de zônes hystérogènes. Dentition en très mauvais état ; mais bien conformé physiquement. Léger souffle aortique. Respiration un peu rude au sommet droit, mais ne tousse plus ; a craché du sang avant la guerre, mais n'en crache plus.

Donc, délire des persécutions avec syndrome psychoneurasthénique chez un commotionné gazé, ayant eu, en outre, pleurésie et typhoïde. Pas d'éthylisme. Toutes les réactions d'hémolyse et de floculation, faites par le Docteur Duvic, ont été négatives.

Entré à l'asile en fin mars, G... s'améliore rapidement. Après dix jours de cacodylate à hautes doses et des préparations iodées, il était déjà transformé. Pas d'albuminurie. Un mois plus tard, les maux de tête et les vertiges avaient disparu ; le malade dormait et mangeait normalement. Nous ne nous attendions pas à une amélioration si rapide chez un sujet que bien des psychiatres auraient qualifié de « délirant chronique ».

Au commencement de mai, après plusieurs séries de cacodylate de soude à hautes doses, G... est tout à fait guéri mentalement.

Ceci montre bien qu'un malade mental ne doit jamais être étiqueté ni pronostiqué sans la connaissance de son état somatique. Il n'y a de psychopathologie certaine et solide, qu'avec le concours de la pathologie somatique générale.

Chez G..., nous avons, dans l'étiologie, les perturbations somatiques créées par la pleurésie, la commotion, la typhoïde, la néphrite.

Cette observation a un double intérêt ; clinique et médico-légal. Cliniquement, elle offre une association de syndrome psychique et de syndrome névropathique. Ces syndromes associés réagissent l'un vis-à-vis de l'autre, s'influencent réciproquement pour donner à la psychose physionomie et évolutions particulières. L'association psychoneurasthénie aux délires de persécutions, rend ces derniers plus dangereux pour autrui ou, quelquefois, pour le malade lui-même. La psychoneurasthénie des commotionnés ou celle des trépanés semble être toujours une association redoutable. Chez les mélancoliques, elle pousse très souvent au suicide, chez les persécutés à l'homicide.

Commotionnés, trépanés, méningitiques de l'enfance guéris, sujets guéris de coups de chaleur graves sont candidats aux troubles mentaux, aux névroses, aux perversions morales, soit à brève, soit à longue échéance.

Commotionnés et trépanés ont déjà fourni un contingent très important de criminels, de suicidés, de pyromanes, de kleptomanes, d'éthyliques, etc. soit par impulsions, soit par état psychoneurasthénique spécial, associé le plus souvent à un autre syndrome psychique.

« Il y a dans la littérature chirurgicale d'aujourd'hui trop de « bernards-l'ermite » prestes à se loger dans une coquille qu'ils n'ont pas fabriquée, mais qui devient leur création personnelle dès qu'ils l'ont occupée. » (Professeur LERICHE. *Lyon Chirurgical.*)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'angine nécrotique de Henoch constitue une affection nettement définie, qui apparait le plus souvent comme une complication de la scarlatine, plus rarement de la diphtérie, maladies qui prennent du fait de cette association un caractère particulièrement grave. Mais l'angine nécrotique peut apparaître également comme maladie autonome et primitive.

C'est une maladie infectieuse, pouvant être contagieuse et donner même lieu à de petites épidémies.

Les germes anaérobies, le *bacillus perfringens*, plus rarement l'œdematiens, semblent jouer dans son déterminisme un rôle prépondérant, sinon exclusif.

L'injection de sérum antigangréneux polyvalent constitue dans l'état actuel de nos connaissances le seul traitement efficace, qui doit être administré dans tous les cas.

(A. Stroé et D. Hortopan. L'angine nécrotique primitive. *La Presse Médicale*, 2 février 1935.)

Une enquête sur les **méningites tuberculeuses apparues chez des enfants vaccinés au B. C. G.** a été faite par M. Georges Schreiber.

Il ressort de cette enquête qu'un certain nombre de méningites tuberculeuses indubitables (quatorze au moins) sont survenues chez des enfants ayant absorbé à la naissance du B.C.G. par voie buccale.

Ces méningites tuberculeuses ne paraissent pas devoir être attribuées au B. C. G.

Ces méningites tuberculeuses ont vraisemblablement fait leur apparition malgré le B. C. G. ; soit qu'il n'ait pas été absorbé, soit qu'il n'ait pas eu le temps d'agir, soit qu'il ait été inefficace.

Cette constatation ne doit en aucune façon être considérée comme une condamnation du B. C. G., mais elle impose une prolongation indispensable : la prolongation de la séparation du nouveau-né et de toute personne de son entourage atteinte de tuberculose ouverte.

(Georges Schreiber. Méningites tuberculeuses apparues chez des enfants vaccinés au B. C. G. *La Clinique*, avril 1935-B.)

Parmi les sujets qui meurent d'apoplexie cérébrale, il en est beaucoup plus qui meurent de ramollissement que d'hémorragie. Sur dix ictus mortels, sept sont dus au ramollissement.

Parmi les sujets qui survivent à l'apoplexie cérébrale et qui présentent des reliquats plus ou moins considérables, les neuf dixièmes sont atteints de ramollissement cérébral.

L'hémiplégique qui chemine et vit avec son hémiplégie pendant un temps plus ou moins considérable est presque toujours la victime d'un ramollissement cérébral.

(Charles Foix et Pierre Hillemand. Généralités sur le ramollissement cérébral et sur les grands syndromes vasculaires. *La Science Médicale pratique*, 1er avril 1935.)

Six cas d'ulcère duodénal ont été observés dans une seule famille. Il semble bien qu'il y ait eu dans ces cas une prédisposition héréditaire transmise par la branche maternelle. Bien que plusieurs auteurs aient attiré l'attention sur la possibilité d'une prédisposition familiale à l'ulcère peptique, relativement peu de livres médicaux récents la mentionnent comme l'un des facteurs étiologiques.

En 1921, Hurst, résumant la littérature relative à cette question écrit que les malades souffrant d'ulcère ont, d'habitude, d'autres membres de la famille atteints du même mal. Déjà avant cette publication, un certain nombre d'auteurs avaient souligné l'évidence d'une prédisposition familiale.

Un des plus intéressants groupements est celui décrit par Ohly, dans lequel la grand'mère paternelle meurt d'hématémèse, le père d'un « ulcus carcinomatosum », deux fils subissent des gastrojéjunostomies pour obstruction par ulcère du duodénum, un autre fils souffre d'hémorragie due à un ulcère duodé-

nal, une fille présente des symptômes d'ulcus duodénal, et un autre fils souffre d'hyperchlorhydrie.

(Edward L. Turner, de Beyrouth et Albert G. Lattuf. *La Presse Médicale*, 2 mars 1935.)

Obstétrique

Toute femme enceinte porteuse de fibrome, même si elle est accouchée spontanément, doit être surveillée attentivement dans ses suites de couches. Il ne faut pas oublier que les fibromes se nécrosent presque toujours pendant la grossesse. Ce serait même pour certains auteurs une explication de leur régression dans le *post-partum*. Or ce fibrome mort se gangrène avec la plus grande facilité quand les suites de couches se compliquent d'infection. Une hystérectomie abdominale s'imposerait dans ces cas. La crainte de l'infection dans les suites de couches doit guider l'accoucheur qui vient de pratiquer une césarienne pour fibrome prævia L'opération ne se limitera pas à l'extraction du fœtus mais se continuera par une myomectomie si elle est possible, ou par une hystérectomie si l'ablation de la première seule semble dangereuse.

(A. Brindeau. La nécrose aseptique des fibromes utérins. *Le Documentaire Médical*, avril 1935.)

En présence d'une malformation congénitale, nous pensons d'abord à l'hérédité, à la syphilis, à l'alcoolisme, au saturnisme ; mais, à défaut de toutes ces causes tératogéniques, cherchons les menaces d'avortement, dit Mme Nageotte-Wilbouchewitch, qui apporte un certain nombre de faits à l'appui de cette opinion.

Les tentatives volontaires et les menaces accidentelles ou pathologiques sont équivalentes quant aux conséquences qu'elles peuvent avoir pour l'enfant, endommagé au cours de la phase embryonnaire de son développement ; le siège et la gravité des malformations dépendent avant tout de l'époque à laquelle se sont produites les perturbations, d'autant plus graves qu'elles sont plus rapprochées de la conception.

Il faut, répandre largement cette notion que les tentatives d'avortement, même timides, même vite abandonnées, restées sans effet, ne sont pas inoffensives et peuvent aboutir à la naissance d'un monstre.

(Marie Nageotte-Wilbouchewitch. Influence tératogénique des menaces d'avortement. *La Presse Médicale*, 26 décembre 1934.)

Thérapeutique clinique

Le carotène en application locale constitue dans les recto-colites ulcéro-hémorragiques un traitement efficace, à en juger d'après cinq cas où ce traitement a été utilisé. En l'espace de deux mois on a assisté dans deux cas à une guérison totale, pour les deux autres malades à une amélioration considérable : guérison segmentaire des deux tiers des lésions dans un cas ; dans l'autre, assèchement de la muqueuse avec larges zones de cicatrisation se multipliant à chaque examen alors que, depuis trois ans, toute autre thérapeutique avait été inefficace. Il faut certes compter avec les rémissions spontanées de cette maladie à rechutes successives. L'avenir dira si ce traitement donne des résultats durables. Le moins qu'on en puisse dire est que ce traitement constitue un progrès certain, en regard des thérapeutiques proposées jusqu'ici.

D'autres états pathologiques de la région ano-rectale sont susceptibles de bénéficier de l'application locale du carotène : ulcérations anales, anites hémorroïdaires ulcéreuses récidivantes, etc.

C'est en solution dans l'huile d'olive désoxygénée que le carotène a été employé.

Pour réaliser l'apport local de facteur A dans les recto-colites ulcéro-hémorragiques, le lavement huileux constitue le moyen le plus simple et le plus efficace. Deux précautions doivent être prises s'il s'agit d'une forme aiguë où la sécrétion hématique et purulente est abondante : donner, une heure avant, un lavement évacuateur et détergeant de décoction de guimauve; pour les premières applications, ajouter quelques gouttes de laudanum qui permettent de garder plus longtemps le lavement au carotène.

Quant aux suppositoires, qui peuvent être utilisés dans d'autres cas, ici leur action est trop limitée.

On ajoutera 2 à 3 centimètres cubes de carotène en solution huileuse (3.000 à 4.500 unités Javillier) à de l'huile d'olive pure, absorbée par les muqueuses. Après avoir agité ce mélange pour répartir uniformément le carotène, on l'injectera sous faible pression ; la quantité de véhicule huileux utilisé sera, suivant la tolérance intestinale du malade, de 150, 200 ou 300 centimètres cubes.

Les lavements seront répétés tous les jours, pendant plusieurs semaines, et gardés aussi longtemps que possible ; rapidement la durée d'application atteint dix à douze heures.

(Jean Rachet et André Busson. Le traitement des recto-colites ulcéreuses par la vitamine « A ». *Paris Médical*, 6 avril 1935.)

Eaux minérales

Toutes les dyspepsies gastriques ne sont pas également justiciables de la cure de Vichy. Il est possible d'établir une sorte de classification permettant de grouper d'un côté certaines affections gastriques auxquelles la cure doit être favorable et de réunir d'un autre celles pour lesquelles la cure devrait être déconseillée.

La dyspepsie sensitivo-motrice de Mathieu, l'hypopepsie, l'atonie gastrique sont franchement améliorées ; mais les hyperacidités, les hyperchlorhydries avec ou sans hyperkinésie, avec ou sans hypersécrétion et stase, demandent une distinction préalable et certaines précautions lorsqu'il s'agit pour elles de la prescription de la cure alcaline de Vichy.

S'agit-il d'une hyperchlorhydrie essentielle, d'origine seulement sécrétoire et uniquement gastrique : la cure de Vichy ne donnera qu'un résultat incertain. Si cette hyperchlorhydrie coïncide avec un ulcère en évolution, la cure de Vichy, qui serait capable de donner un coup de fouet à l'ulcère, de l'exacerber, et d'être cause d'hémorragie plus ou moins sérieuse, sera, dans ce cas, franchement contre-indiquée.

Mais si l'hyperacidité gastrique coïncide avec une irritation de la vésicule biliaire, elle n'est alors que secondaire et réflexe ; dans ce cas, la cure de Vichy, qui est capable seule d'amener le calme dans une vésicule biliaire irritée même par la présence de calculs, donnera rapidement le résultat demandé et, en supprimant tout spasme vésiculaire, supprimera du même coup l'hyperacidité gastrique.

(H. Mauban. Quelques indications particulières de la cure de Vichy dans certaines dyspepsies gastriques. *Paris Médical*, 20 avril 1935.)

La cure de Vittel est un élément important du traitement de la goutte.

Elle diminue la *pléthore* ;

Elle *assouplit les régions tophiques* .

Elle *désensibilise le malade* et diminue par là le nombre des accès goutteux.

Cette cure ou une cure similaire est donc indiquée dans l'immense majorité des cas de goutte ; il est parfois utile de la compléter par une cure plus pénétrante au point de vue hépatique (Vichy), plus pénétrante au point de vue intestinal (Châtel-Guyon) ou par une cure où la thérapeutique externe domine le traitement (Aix, Bourbon-Lancy, Dax).

(Henri Paillard. Le traitement de la goutte à Vittel. *Paris Médical*, 20 avril 1935.)

Varia

Assez souvent, dans les sciatiques traitées par la *diathermie*, les résultats m'ont paru assez médiocres et j'ai même assisté à des aggravations d'algies sous l'influence de ce procédé. En tout cas, il ne faut l'utiliser qu'à intensité modérée, sans production de chaleur.

(Docteur Florent Coste. La névralgie sciatique rhumatismale. Orientation thérapeutique. *Journal des Praticiens*, 23 mars 1935.)

***

Malgré le discrédit dans lequel, aux yeux des cardiologues, est tombée la radiothérapie de l'hypertension (de même que la haute fréquence et la diathermie qui ont pourtant à leur actif d'heureuses atténuations de troubles fonctionnels chez les hypertendus) les radiologistes ne se sont pas découragés. Toujours attentifs à l'évolution des théories cliniques et des découvertes physiologiques, ils ont cherché sans cesse à perfectionner leur technique pour en obtenir de meilleurs effets. La radiothérapie n'a pas dit son dernier mot dans l'hypertension.

(Emile Bordet. La radiothérapie dans l'hypertension. *Le Bulletin Médical*, 30 mars 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

L'évolution psychiatrique. Année 1934, fascicules III et IV. Artrey, éditeur.

Les rédacteurs de cette publication, les Docteurs Codet et Minkowski, méritent nos félicitations, car ils font paraître les divers fascicules avec une rapidité remarquable. Les auteurs ne méritent pas moins d'éloges en raison de la nature de leurs articles et de la perfection de leur exposé qui nous renseignent sur les questions les plus actuelles, dont voici les indications. Docteur Ey : position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques. L'auteur expose les différents problèmes que soulève cette question et conclut qu'il y a lieu d'abandonner la dénomination de démence précoce ou de lui donner le sens exact des psychose discordante avec deux formes typiques la schizophrénie délirante (démence paranoïde) et la schizoprasie.

Docteur Minkowski : le conflit cosmique : étude psychologique très poussée démontrant les rapports de la constitution avec l'ambiance et les réactions psychiques qui en sont la conséquence.

Mme S. Morgenstein : les bourreaux domestiques, ce type de pervers instinctif dont la malignité est surtout portée sur la famille. Mme Mogenstein, psychanalyste éminente, détermine l'évolution et les particularités de cette déficience.

Docteur Fichne : la polarisation masculin-féminin. Etude très fouillée tendant à éclairer les doctrines un peu confuses de Freud. A noter des considérations linguistiques démontrant que l'Europe occidentale romane et la France en particulier possèdent un mode de civilisation propre, très profondément ancré dans l'inconscient de leurs peuples et qui est en accord avec les aptitudes réelles des deux sexes.

Dans le fascicule IV : le Docteur Codet étudie la syntonie excessive et conclut que si les termes syntonie et schizoïdie d'un usage courant s'opposent, il n'en est pas moins vrai que la syntonie considérée comme un état normal et désirable devient, poussée à l'excès, un état anormal.

Docteur Montassut : les compensations imaginatives. La compensation légitime et féconde chez le normal devient l'apanage monstrueux de certains psychopathes constitutionnels : mythomanes ou schizoïdes. A elle seule cette maladie de l'imagination fait constituer une psychose (psychose de compensation). Lorsqu'elle est symptomatique de psychoses nettement caractérisées, elle est un indice de gravité.

Docteur Nacht : Contribution à l'étude des facteurs psycho-affectifs dans la genèse des états hallucinatoires. Si des auteurs attribuent l'origine d'un trouble hallucinatoire à des causes uniquement extérieures au malade, il importe de reconnaître que des états affectifs pénibles et prolongés peuvent à la longue affaiblir le moi, d'où une dissolution des fonctions psychiques supérieures. La régression du psychisme vue des stades inférieures étant possible, surviennent des mécanismes primaires, telle que la projection. Celle-ci est une tentative d'autodéfense contre des sentiments pénibles, et l'hallucination est créée.

Docteur Jean Picard : les parentés psychologiques et cliniques de l'épilepsie et de la psychose maniaque dépressive. L'auteur n'affirme pas l'identité de ces deux affections, toutefois il démontre que c'est plus qu'une hypothèse, car les phases de condensation et de déchaînement dans l'épilepsie instituent cliniquement des raccourcis brefs des épsiodes de la psychose maniaque dépressive. La différence des manifestations exprime les atteintes différentes de la sidération mentale.

Docteur Schiff : les anormaux devant la refonte du Code pénal. Notre confrère fait une critique du projet de loi ayant pour but de transformer le Code pénal et essaie de prouver que l'avenir de la criminalogie dépend des notions de prévention et criminologie psychiatrique. Seule l'intervention des psychiatres permet de mieux connaître le terrain criminel, de mieux préparer les méthodes préventives et de rénover heureusement les conceptions lombrosiennes. J'apprécie d'autant plus les idées du Docteur Schiff qu'elles sont conformes aux notions que j'enseigne dans mon cours d'anthropologie criminelle à l'Ecole d'anthropologie.

G. PAUL-BONCOUR.

L'Avenir de l'Espèce humaine. LA SURPOPULATION, C'EST LA GUERRE. Leçon d'ouverture du cours libre d'hygiène sociale, par le Docteur SICARD DE PLAUZOLES (janvier 1935).

Le cours toujours intéressant du Docteur Sicard de Plauzoles s'occupe cette année d'une question hautement importante. Le professeur estime que la paix du monde et l'avenir de l'espèce humaine sont liées à la limitation et à l'équilibre des populations. Réaliser dans chaque pays la « population optima », organiser internationalement la production et la répartition des subsistances ainsi que le travail pour tous, tel doit être le but commun des peuples. Sicard se rend compte des angoisses de notre pays devant notre infériorité numérique relative, mais il déclare qu'il ne se renferme pas dans ce problème national et qu'il étudie sociologiquement et largement l'ensemble de la question. Il se place donc sur une base scientifique concluant qu'il faut choisir entre l'organisation de l'humanité et la guerre. Il faut « organiser l'humanité de telle sorte que les populations, dans les champs de paix, soient conduites vers un état de mieux être ou de perfectionnement, ou bien organiser la guerre, le massacre en vue de l'extermination des classes et des sous-inférieures. »

Espérons que Sicard de Plauzoles sociologue averti et ingénieux, nous enseignera le moyen d'imposer la première alternative!

G. PAUL-BONCOUR.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Médecine générale

L'endocardite infectieuse aiguë à évolution maligne est rarement observée dans la pratique journalière.

Un cas typique vient d'être observé à l'hôpital militaire de la Rochelle ; il s'agit d'un sergent colonial, de bonne santé habituelle, qui a d'abord présenté une infection de nature indéterminée ayant duré 25 jours ; après une période de latence de 10 jours, il a présenté une rechute probable de l'infection, grave, brutale, avec hémoptysies, syndrome de déficience cardiaque suraiguë, asystolie, hypertension violente, bruit de galop et souffles variables et intermittents au foyer aortique.

Devant ce tableau clinique on n'a pu poser un diagnostic certain ; c'est l'autopsie qui permit de comprendre l'étiologie de cette grave infection, en nous montrant l'intégrité de l'appareil pulmonaire et des lésions typiques d'endocardite infectieuse aiguë ; les végétations des valvules sigmoïdes renfermaient des streptocoques.

(Malard et Balan. Sur un cas d'endocardite infectieuse aiguë à évolution maligne. *Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de La Rochelle*, février 1935).

Chirurgie

Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique reste toujours un diagnostic difficile, auquel il faut toujours songer chez tout malade présentant les signes d'une infection générale sans localisation évidente.

Il faut savoir qu'en dehors de la forme d'évolution aiguë avec phénomènes généraux il existe une forme à évolution chronique, avec périodes d'apyrexie coïncidant avec la sédation des douleurs.

Dans le cas particulier rapporté par les auteurs, ce qui a fait errer le diagnostic, ce ne sont point les signes de localisation, puisqu'on avait constaté à l'examen l'existence d'un abcès de la région lombaire, mais :

1° L'aspect froid de cet abcès, qui n'était pas très douloureux et évoluait sans fièvre ;

2° La douleur à la percussion des vertèbres lombaires qui donnait le change avec une douleur à point de départ vertébral liée à un mal de Pott lombaire ;

3° L'état général déficient.

(Duboureau et Ormières. A propos d'un cas de phlegmon périnéphrétique secondaire à une lithiase rénale. *Maroc Médical*, 15 mars 1935).

Ophtalmologie

Parmi les maladies oculaires l'iritis est une affection relativement rare.

D'une manière générale l'iritis est la localisation d'une infection ; toutefois ce terme d'infection reste imprécis et n'englobe pas toutes les causes d'iritis ; ces causes sont très diverses et il est assez difficile de les classer ; la classification la plus généralement adoptée divise les iritis en iritis de causes endogènes ou générales et en iritis exogènes, survenant après un traumatisme ou au cours de lésions de voisinage.

En tête des iritis de cause endogène il faut placer l'iritis syphilitique ; c'est la forme la plus fréquente ; elle apparaît en général avec les lésions spécifiques de la peau et des muqueuses ou peu de temps après elles.

L'iritis rhumatismale relève d'une étiologie moins nette, car le rhumatisme a perdu toute signification précise ; elle évoque un ensemble de troubles où les manifestations articulaires constituent les principaux symptômes.

L'iritis blennorragique est une affection relativement rare.

L'iritis tuberculeuse existe soit comme premier stade de la tuberculose de l'œil, soit comme forme restant indéfiniment au stade inflammatoire simple.

L'iritis a été signalée dans les maladies infectieuses aiguës.

Les iritis de cause externe ont pour origine un traumatisme accidentel ou opératoire ; elles apparaissent surtout dans le cas d'infections de la cornée ou de la conjonctive.

Les infections de voisinage, dites focales, peuvent être le point de départ d'iritis et l'on sait l'importance attribuée par certains auteurs à l'origine dentaire.

Dans certains cas plusieurs causes prédisposantes ou déterminantes peuvent se réunir chez le même individu ; beaucoup d'iritis peuvent survenir chez des sujets qui sont à la fois rhumatisants, syphilitiques, tuberculeux ; c'est cette étiologie combinée qui explique les difficultés qu'il y a dans la pratique à préciser avec certitude la nature de l'iritis chez les sujets âgés.

(L. Genet. Étiologie et pathogénie des iritis. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1935).

Chimie

Le cobalt se concentre dans le pancréas et fait remarquable, dans la substance nerveuse, cerveau et moelle, en dehors des lieux électifs d'accumulation (foie et reins).

La toxicité élevée, attribuée au cobalt, semble due aux impuretés arsenicales.

Chez l'homme l'ingestion d'un à cinq centigrammes de cobalt métal ne produit d'autre symptôme apparent qu'une brève vaso-dilatation au niveau de la face.

Les annales de la toxicologie ne relèvent aucun cas d'empoisonnement accidentel ou criminel par les sels de cobalt.

Il peut paraître téméraire de vouloir dès à présent *situer* le cobalt dans l'arsenal thérapeutique ; le plus sage est d'indiquer les aptitudes pharmacodynamiques, un peu disparates, découvertes par les chercheurs.

La fonction hématopoiétique du cobalt existe indubitablement ; il peut remplacer le fer dans la molécule d'hémoglobine.

Le cobalt a une action protectrice incontestable contre les cyanures.

L'action de ce métal sur le grand sympathique provoque une vaso-dilatation.

Le cobalt aurait encore des propriétés hypoglycémiantes.

(F. Caujolle. Biochimie du cobalt. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er mai 1935).

Le coefficient de Maillard est-il périmé ?

Il avait été proposé pour représenter la fonction uropoiétique du foie et remplacer le rapport azoturique ; il mesurait le rapport existant entre l'azote uréiable et celui qui avait échappé à la fonction uropoiétique.

On considérait l'ammoniaque comme un produit accessoire, prenant naissance dans le foie, qui, grâce à cette fonction, jouait un rôle occasionnel dans la lutte contre l'acidose ; voilà comment on avait accordé au coefficient de Maillard le caractère d'un test fidèle des divers états d'acidose.

En réalité on ne peut retenir de ce coefficient que la connaissance de l'élévation de l'ammoniacogénèse, qu'il traduit dans les processus de défense de l'organisme contre la masse des acides ; il ne permet nullement de vérifier le bon ou le mauvais fonctionnement du foie.

En effet la transformation et la dégradation des acides aminés n'est pas seulement le simple fait du foie ; la physiologie moderne n'admet plus comme autrefois qu'un seul organe préside au métabolisme de telle ou telle substance. L'élimination urinaire ne peut donc manifester pour un même métabolisme qu'une sorte de somme algébrique des actions et des réactions localisées, éparses ; la preuve irréfutable d'une déficience fonctionnelle ne se trouve donc pas dans les rapports urinaires. En dehors de certaines conditions de régime rarement réalisables, il semble bien que l'étude de l'élimination urinaire de certains déchets soit illusoire et qu'elle ne renseigne nullement le clinicien sur le métabolisme véritable.

(J. Guérin. A propos de l'ammoniaque urinaire. *Gazette Médicale de Picardie*, février 1935).

Thérapeutique

Les sels d'or ont fait merveille dans deux cas de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse évolutive où le pneumothorax avait été différé ; ce qui présente un intérêt réel, c'est l'apparition exceptionnelle d'une tuberculose ostéo-articulaire dans un cas et d'une pleurésie séro-fibrineuse dans l'autre.

Dans les deux cas les complications n'apparurent que lorsque l'évolution des lésions pulmonaires fut nettement arrêtée.

L'explication de ces faits est assez difficile. Si l'on admet la théorie de Ranke, tout se passe comme si les sels d'or guérissaient les lésions anergiques et provoquaient un retour à l'allergie avec réaction extra-pulmonaire dans un cas et fluxionnaire dans l'autre. Si l'on admet les idées de Lumière, tout se passe comme si les sels d'or transformaient le bacille en un virus filtrant, ne donnant plus que des manifestations atténuées ou bénignes.

De toute façon il faut signaler cette régression anormale.

(Roclore et Leneman. Deux cas de tuberculose pulmonaire chez l'adulte à évolution atypique due à l'aurothérapie. *Bourgogne Médicale*, mars 1935).

Les sels d'or ont été employés un peu empiriquement dans les rhumatismes chroniques.

L'action du traitement est assez mystérieuse ; est-elle métabolique ou spécifique ? est-elle due au soufre ou à l'or.

Les auteurs ont réussi à déceler, dans un cas personnel, la nature bacillaire d'un rhumatisme chronique et à confirmer leur diagnostic par les résultats brillants d'un traitement par l'or.

(Hautefeuille et Avinens. Guérison d'un rhumatisme chronique tuberculeux par les sels d'or. *Gazette Médicale de Picardie*, janvier 1935).

Le sérum de Jousset a eu une influence heureuse sur une granulie.

Un enfant de 10 ans est atteint de péritonite tuberculeuse ascitique avec température oscillant entre 38° et 39° ; état général très mauvais, sueurs profuses, amaigrissement rapide, etc ; il présente également une zone de condensation pulmonaire péri-hilaire gauche.

L'administration de sérum de Jousset à doses décroissantes fait tomber rapidement les températures et arrête l'évolution aiguë de cette tuberculose. Au sixième jour, après la première injection de sérum, apparition d'un léger épanchement de la plèvre gauche. Malgré cela l'amélioration survient rapidement et, trois mois après le début de la maladie, l'enfant peut aller parachever sa guérison dans un sanatorium.

(P. Simonin et P. Louyot. Régression d'une granulie, influence du sérum de Jousset. *Revue Médicale de l'Est*, 15 février 1935).

Le sérum antidiphtérique n'agirait-il plus comme autrefois ?

Telle est la question posée par Dournay, d'Amiens, à l'occasion d'un cas mortel.

Ai-je été en face d'un cas exceptionnel ?... Cliniquement il ressemblait à tous les autres que j'ai connus et je dirai même que, soit en clientèle, soit aux armées... j'en ai vu bien souvent guérir, qui, au premier abord, paraissent infiniment plus graves...

Dois-je, avec d'autres, constater que le sérum n'agit plus, comme autrefois ?... Je me garderai de conclure.

Il y a là évidemment un problème extrêmement grave.

(Dournay. Au sujet des maladies régnantes. *Gazette Médicale de Picardie*, janvier 1935).

Art vétérinaire

Le naganol, en injection sous cutanée à la dose de 0,0035 gr. par kilo, répétée tous les dix jours, assure une protection certaine contre des contaminations très sévères de la muqueuse nasale du cheval par la dourine.

Ces injections ne peuvent que *blanchir* les animaux infectés, elles doivent donc précéder de plusieurs jours la mise en service des étalons.

Le traitement curatif de Ciuca (novarsenobenzol à dose subtoxique) peut être parfois défaillant ; il ne doit être institué que sous contrôle sérologique.

La prophylaxie de la dourine peut être assurée désormais :

1° Par le contrôle sérologique (déviation du complément) des géniteurs ; 2° par le traitement préventif au naganol ; 3° par la cure radicale des malades selon la méthode de Ciuca.

Cette prophylaxie, basée sur l'assistance sanitaire et la coopération de l'éleveur, doit remplacer la police sanitaire draconienne actuellement encore en vigueur et qui n'est plus en concordance avec les récentes acquisitions scientifiques.

(H. Velu et G. Zoltner, docteurs vétérinaires. Chimioprévention et chimiothérapie de la dourine sous contrôle sérologique, *Maroc Médical*, 15 mars 1935).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1935

Un cas de bronchectasie cylindrique récente des bases traitée avec succès clinique et radiologique par l'alcoolisation successive de deux nerfs phréniques. — *MM. M. Chiray* et *A. Malinsky* ont vu chacune de ces interventions avoir un effet rapide et remarquable sur l'expectoration et les signes généraux de leur malade qui est cliniquement guéri. L'arbre bronchique a subi également des modifications favorables intéressantes. Cette observation vient confirmer l'opinion de beaucoup d'auteurs qui voient dans la paralysie du diaphragme une intervention de choix dans certaines bronchiectasies, la meilleure indication étant la forme cylindrique et récente. L'immobilisation des deux hémi-diaphragmes n'a pas présenté d'inconvénient et doit être tentée quand les lésions sont bilatérales. L'alcoolisation du nerf phrénique est à préférer à son exérèse.

M. Rist souligne l'efficacité de la phrénicectomie dans les bronchectasies ; il n'est pas opposé à l'intervention bilatérale qu'il n'a pas eu l'occasion cependant de faire pratiquer.

M. Lereboullet pense que les indications de la phrénicectomie sont moins précises chez l'enfant que chez l'adulte car on observe chez le premier de très longues rémissions par des moyens très simples, en particulier par la position déclive.

M. Chiray insiste sur l'intérêt de la phréno-alcoolisation ; cette intervention présente sur la phrénicectomie l'avantage de réserver l'avenir du nerf.

M. Sergent pense que l'alcoolisation du phrénique est une intervention excellente qui doit donner de bons résultats quand la sclérose n'est pas avancée.

Myélome multiple simulant des métastases néoplasiques des os. — *MM. René, S. Mach* et *Evelyn Mach* (de Genève), présentent un cas de myélome multiple à plasmocytes contrôlé à l'autopsie qui simulait cliniquement et à l'examen radiologique une carcinose généralisée du squelette. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic différentiel qui provient du peu de précision du tableau clinique du myélome multiple et de la ressemblance existant entre les images radiologiques de ces deux affections. Les auteurs étudient l'image sanguine intéressante présentée par leur malade : il existe une anémie de type hyperchrome et une réaction normoblastique ; les plasmocytes ont fait irruption dans le sang et constituent 10 % des globules blancs.

Valeur des troubles de la réaction vaso-motrice au bain chaud. — *M. Etienne May* montre que ces troubles de la réaction vaso motrice au bain chaud signalés chez les parkinsoniens se retrouvent dans diverses variétés de rhumatisme chronique ; cette réaction ne permet pas de conclure à l'origine sympathique d'un rhumatisme.

A propos de l'épreuve de la sécrétion pancréatique externe provoquée par l'injection intra-veineuse de sécrétine purifiée. Etude de deux cas de lithiase pancréatique. — *MM. Chiray* et *Bolgert*, à propos d'une lithiase généralisée intra-parenchymateuse du pancréas, de diagnostic radiologique certain, montrent l'intérêt de l'épreuve à la sécrétine purifiée par l'exploration de la sécrétion pancréatique externe.

Cette épreuve, qu'ils ont récemment modifiée et perfectionnée, a permis dans ce cas de mettre en évidence au cours de trois tubages successifs, le dernier pratiqué un an après les deux autres, une suppression presque absolue de la sécrétion externe et de sa valeur diastasique. Le volume du liquide recueilli reste faible ; en outre, par comparaison avec des standards normaux établis par les auteurs, les coefficients numériques exprimant l'activité lipasique et trypsique de ce suc pancréatique se montrent extrêmement bas.

Dans un autre cas de lithiase localisée au canal de Wirsung, l'épreuve à la sécrétine a montré également une déficience incontestable de la fonction pancréatique externe, mais moins prononcée que dans le cas précédent.

La nouvelle technique de l'épreuve à la sécrétine paraît grâce à sa précision relative, susceptible de fournir des ren-


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex _ PARIS-4

seignements intéressants sur les altérations anatomiques et fonctionnelles du pancreas. Peut-être pourra-t-on, en la confrontant avec la réaction de Wohlgemuth dans l'urine, discriminer les déficiences pancréatiques externes liées à la destruction des acinis d'avec celles que commande l'occlusion du canal de Wirsung.

L'injection intra-cardiaque d'ouabaïne comme traitement de la syncope mortelle. — *M. J. Paraf*, comme suite à la communication de *M. Faure Baulieu*, rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, amené à l'hôpital en état de mort apparente par syncope, qui fut ranimé par une injection intra-cardiaque de 1/4 milligr. d'ouabaïne et qui survécut plusieurs semaines.

Interprétation des images radiographiques triangulaires de la base du poumon. — *MM. Sergent* et *Kourilsky* montrent que de telles images révèlent exceptionnellement d'une origine pleurale. Dans la presque totalité des cas, elles sont le témoin d'une condensation limitée du parenchyme du lobe inférieur.

Elles ont pour cause soit des bronchectasies qui ne siègent pas nécessairement au niveau du triangle, soit une atélectasie pulmonaire par sténose bronchique, soit de simples condensations inflammatoires au sein desquelles on trouve parfois de petits abcès.

Les sténoses transitoires du pylore. — *MM. Gutmann* et *Jahiel* montrent l'existence de sténoses transitoires du pylore caractérisées par les faits suivants : survenue brusque sans aucun signe prémonitoire de gêne à l'évacuation gastrique, dilatation énorme de l'estomac par parésie inflammatoire, cessation rapide des troubles par le seul traitement médical, contre-indication absolue de l'intervention chirurgicale.

Les auteurs rapprochent ces faits des poussées inflammatoires subaiguës à symptomatologie sténosante que l'on peut observer chez les malades porteurs d'une lésion ulcéreuse du duodénum et chez ceux qui ont subi une gastro-enterostomie.

M. Flandin se demande si l'on ne peut pas faire entrer ces faits dans le cadre des phénomènes d'intolérance.

M. Chevallier a étudié l'estomac des urticariens et des malades atteints d'œdème de Quincke ; il n'a pas observé dans ces cas de lésions diffuses œdémateuses mais une atrophie gastrique avec effacement des plis de la muqueuse.

Embolie dite gazeuse au cours d'une ponction exploratrice. Hémiplégie droite avec aphasie et amaurose transitoire ; guérison. — *MM. Emile Sergent, Bernard Desplas, Raoul Kourilsky* et *François Thiébaut* ont observé, au cours d'une ponction exploratrice faite immédiatement avant l'ouverture chirurgicale d'un abcès du poumon une embolie gazeuse à symptomatologie très particulière. L'étude clinique des accidents a permis de vérifier le mécanisme de l'embolie dite gazeuse, constituée en réalité par un fragment de spume formée par l'aspiration sanguine à l'orifice de la veine pulmonaire perforée. D'autre part, la bilatéralité des accidents nerveux implique la production, en même temps que la migration embolique, de spasmes vasculaires diffus dans le domaine de l'artère sylvienne gauche et de l'artère cérébrale postérieure droite. Le rôle de ces spasmes est aussi important que celui de l'oblitération embolique dans la symptomatologie de l'embolie gazeuse cérébrale.

M. Justin Bezançon insiste sur la diffusion des spasmes artériels que l'on peut obtenir expérimentalement par injection unilatérale des vaisseaux de l'œil. On constate alors facilement à l'ophtalmoscope le spasme bilatéral des artères rétiniennes.

M. Hillemand a observé une épilepsie de type Bravais-Jacksonienne se terminant par la mort, à la suite d'une ponction exploratrice intra-pulmonaire.

Trois cas de dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la poliomyélite antérieure aiguë. — *MM. F. Chevrel, M.-L. Chevrel-Bodin* et *E. Barré* (Rennes) ont observé ces trois cas sur une cinquantaine de malades étudiés. La dissociation albumino-cytologique s'accompagne de l'augmentation de la teneur en globulines ; dans un des cas, on nota la positivité de la réaction au benjoin colloïdal.

Septicémie mixte à streptocoques et à bacilles d'Eberth. — *MM. Ch. Flandin, Gallot, Boussert* et *Budié* rapportent l'observation d'une septicémie double à bacille d'Eberth et à streptocoque, réalisant un état anémique aigu avec très grosse rate et température élevée. L'évolution cyclique se fait vers la guérison. Le bacille d'Eberth et le streptocoque sont retrouvés dans trois hémocultures successives. La séro-agglutination au bacille d'Eberth se montre positive à des taux de plus en plus élevés.

Les auteurs font remarquer la rareté des septicémies doubles. Ils tentent de démontrer que le streptocoque comme le bacille d'Eberth est responsable de l'état infectieux et qu'il ne s'agit pas d'un simple germe de sortie. Ils montrent enfin combien remarquable est la guérison, malgré la gravité de la maladie ; de cette guérison il semble qu'on puisse rendre responsable la thérapeutique ; onze transfusions et vaccination par les lysats-vaccins antistreptococcique et antityphique.

Ictère hémolytique consécutif à une septicémie double à bacille d'Eberth et à streptocoque. — *MM. Ch. Flandin, G. Mallarmé* et *J. Bernard*. — Cette observation qui vient à la suite du cas précédent, est celle d'un ictère hémolytique : splénomégalie chronique avec subictère, anémie légère, réticulocytose et fragilité globulaire. Le taux des pigments biliaires du serum sanguin est de 72 mmgr.

Les auteurs, à propos de ce cas, rappellent que la baisse de la résistance globulaire est un signe inconscient du syndrome de l'ictère hémolytique. Mais il ne faut pas pour celà négliger sa recherche car elle constitue à peu près le seul test d'hyperhémolyse pratique que nous possédons.

Ils insistent ensuite sur la difficulté qu'il y a à trancher entre ictère hémolytique acquis et ictère hémolytique congénital. Malgré la rareté de l'ictère hémolytique acquis chronique, une longue discussion leur permet de penser qu'il existe un rapport direct entre la maladie hémolytique actuelle et la double septicémie observée l'an dernier.

En terminant enfin, le problème est posé de savoir si la splénectomie est indiquée et si le mariage peut avoir des conséquences pour la descendance de la malade.

Séance du 17 mai 1935

Rhume des foins, asthme bronchique et tuberculose pulmonaire. — *MM. G. Caussade* et *R. Amsler* (Angers), en se basant sur dix observations personnelles, exposent les faits suivants :

1° Il y a des modalités différentes dans la transmission de l'asthme et même du rhume des foins dans la descendance de tuberculeux pulmonaires dont l'hérédité est plus ou moins chargé de ces affections.

2° L'asthme de la première enfance peut se prolonger au delà de la puberté.

Infarctus du myocarde à forme purement digestive. — *M. Ed. Doumer* (Lille) apporte deux observations du myocarde qui ne se sont traduits, en l'absence de toute sensation véritablement angineuse, que par des troubles digestifs d'allure bénigne.

Dans le premier cas, un homme de 53 ans est réveillé brusquement en pleine nuit par des nausées et des vomissements accompagnés de brûlures à l'estomac, bientôt suivis de coliques et de diarrhée, sans douleur constrictive, même à l'épigastre, sans aucune sensation douloureuse dans la poitrine. Les jours suivants, à la persistance de l'état nauséeux et des brûlures gastriques s'ajoutent des signes qui ne pouvaient que fixer l'attention sur le tube digestif : ballonnement abdominal, éructations, borborygmes, tranchées intestinales et constipation. Le malade fait de la fièvre pendant six jours. C'est au neuvième jour seulement, au moment du premier lever, que l'attention est attirée pour la première fois sur le cœur par des palpitations et de la dyspnée à l'occasion d'un effort. L'examen ultérieur devait donner des signes évidents d'un infarctus du myocarde qui entraîna la mort quelques semaines plus tard au milieu d'un syndrome d'insuffisance cardiaque progressive compliquée d'embolies.

Le second cas est celui d'un homme de 70 ans qui se plaignait exclusivement de nausées, survenant après le repas, mais se développant nettement à l'effort et cédant au repos. On ne put en préciser la signification que grâce à d'importantes déformations de l'électrocardiogramme, car le cœur semblait tout à fait normal à l'oreille aussi bien que sous l'écran. Elles furent pendant plusieurs semaines les seules manifestations cliniques d'un processus de coronarite qui devait entraîner, sans douleur, un infarctus rapidement mortel après une courte phase de bradycardie par dissociation.

Dilatation bronchique du lobe supérieur droit et mastite. — *MM. Costedoat, Coumel* et *Bourdon.* — L'acuité des poussées d'infection bronchique qui marquent souvent, même chez l'adulte, le début des manifestations cliniques de la bronchectasie est parfois telle que la paroi thoracique et les plans superficiels participent, eux aussi, au processus inflammatoire. Les symptômes cliniques sont alors ceux de la fluxion de poitrine, mais les caractères de l'expectoration, sa précocité, son abondance inhabituelle et son odeur, jointe à l'image que l'injection intratracheale de lipiodol donne au niveau des dilatations bronchiques permettent le diagnostic.

Le malade dont les auteurs communiquent l'observation était un jeune soldat qui, sans avoir jamais rien présenté de notable dans son histoire, fut atteint successivement de quatre poussées inflammatoires du lobe supérieur droit avec bronchorrhée fétide et, d'emblée, très abondante. Au cours de la seconde et de la troisième, la région se tuméfia et devint douloureuse ; le mamelon s'infiltra. Cette mastite disparut peu à peu sans avoir abouti à la formation d'un abcès. Le liquide obtenu par la pression du mamelon ne contenait pas de germes.

Deux comas diabétiques avec complications. Dosage des corps cétoniques dans les tissus.- *MM. Dalous, Rister* et *Valdiguie* rapportent deux cas de coma diabétique avec complications rénales d'une part, coexistence de lésions pulmonaires tuberculeuses d'autre part. Les lésions rénales et pulmonaires ont aggravé l'évolution clinique de ces comas et semblent avoir joué le principal rôle dans leur détermination.

Dans le premier cas, déficience rénale, augmentation progressive de l'urée sanguine et succession d'un coma azotémique mortel à un coma diabétique paraissant évoluer vers la guérison.

Dans le second cas, aggravation de lésions pulmonaires bacillaires par cessation du traitement du diabète ; bronchopneumonie tuberculeuse aggravant à son tour le diabète par les troubles du métabolisme qu'elle entraîne. Ceux-ci sont dus aux lésions pulmonaires, par insuffisance de l'hématose et perturbation des fonctions éliminatrices du poumon.

Le rôle de l'acidose diabétique dans les accidents décrits a été suivi grâce à des dosages répétés des corps cétoniques portant dans chacun de ces cas sur le sang, les humeurs, les urines, l'air expiré et grâce à une détermination faite sur certains organes après la mort. Ces derniers dosages montrent une persistance notable des corps cétoniques dans les tissus alors que les taux sanguins ont considérablement baissé sous l'action de la thérapeutique insulinienne. La diminution de ces corps dans le sang ne renseigne qu'imparfaitement sur le degré de céto-acidose existant encore dans les tissus. Les taux d'acétone observés sont particulièrement élevés dans le foie et le pancréas, puis par ordre décroissant dans le rein et le muscle. Pour l'acide β-hydroxybutyrique on observe un ordre à peu près inverse : pancréas, muscle, poumon, rein et foie.

Influence de la coqueluche sur la tuberculose chez l'enfant. — *MM. Roger Amsler* (Angers) et *Eugène Ruais* pensent qu'on a trop schématisé les relations de la coqueluche et de la tuberculose, du fait que la coqueluche est anergisante.

Les auteurs montrent qu'en réalité, dans la clientèle privée la tuberculose évoluant après la coqueluche de l'enfant est peu fréquente ; elle s'observe plutôt à l'hôpital chez des enfants déjà contaminés dans le milieu familial. Cette tuberculose est rarement aiguë ; et, si elle est grave au début, elle est généralement curable. La tuberculose préexistant à la coqueluche n'est pas forcément influencée défavorablement par celle-ci : ainsi une coqueluche évolue chez un enfant tuberculeux sans infliger à sa tuberculose une poussée aiguë ni, quand cette dernière se manifeste, empêcher sa guérison ultérieure.

Réactions sérologiques de la leishmaniose chez un malade atteint d'endocardite maligne. — *MM. Paul Giraud, Berthier, Ciaudo* et *Praliaud* (Marseille) ont observé un malade atteint d'endocardite maligne avec très grosse rate dont le sérum donnait les réactions sérologiques de la leishmaniose interne. L'absence de parasites vérifiée par ponction sternale et par l'examen histologique d'un fragment de rate permit d'éliminer l'association des deux affections. L'examen du sérum sanguin ne saurait donc remplacer la recherche directe des parasites pour le diagnostic de la leishmaniose.

Un cas de myoclonies arythmiques localisées du psoas gauche et durant depuis plus de dix ans. — *MM. F. Rathery, P. Mollaret* et *Mlle J. Sainton* présentent une malade, âgée de 31 ans, atteinte d'un syndrome myoclonique depuis dix ans. Ce phénomène s'est accentué progressivement et s'accompagne de douleurs depuis deux mois. L'examen en position couchée l'objective sous forme de soulèvements irréguliers de la moitié gauche de la paroi abdominale. La palpation les montre obliquement dirigés en bas et en dehors, semblant battre et saillir à la surface de la paroi postérieure ; ils donnent la sensation d'une corde se tendant brusquement sous la main. Ils sont variables dans leur intensité, non synchrones au pouls radial, non rythmés.

Il s'agit de contractions musculaires intéressant le corps du psoas ; actuellement permanentes, elles existent pendant la marche, la station debout, le sommeil. Ces myoclonies sont isolées ; l'examen neurologique est négatif, les résultats de la ponction lombaire sont normaux, seul l'examen électrique montre des variaons dans les chronaxies en faveur d'une atteinte des neurones centraux.

Dans l'histoire de la malade il faut retenir une somnolence invincible pendant vingt-quatre heures à l'âge de 16 ans suivie de céphalées et de diplopie. Ces faits pour intéressants qu'ils soient ne permettent pas d'affirmer la nature encéphalitique de ces myoclonies ; elle semble la plus logique mais n'est nullement démontrée.

M. Netter se rallie volontiers à l'origine encéphalitique de ces myoclonies.

Sur le syndrome humoral du myxœdème — *MM. Jacques Decourt, L. Meyer* et *Ch.-O. Guillaumin* ont étudié le sang de quatre myxœdémateux typiques, principalement en ce qui concerne les lipides et les protides. Ils ont noté l'augmentation des lipides et principalement du cholestérol, notion actuellement classique. Ils ont observé, d'autre part, des modifications importantes de la protidémie, qui confirment la notion de la fonction protéocrasique du corps thyroïde, décrite par Loeper et ses élèves. Il existait dans les quatre cas une augmentation des protides du sérum, portant exclusivement sur la sérine, le taux des globulines étant au contraire très abaissé dans trois cas, et normal dans un cas. Dans ce dernier cas, il est vrai, la malade était soumise au traitement thyroïdien et, quoique typiquement myxœdémateuse, ne présentait qu'un faible abaissement du métabolisme basal. Il existait enfin une diminution de la teneur en eau de plasma et des globules, et des modifications variables de la chlorémie.

Les auteurs ont pu suivre dans deux cas les modifications du syndrome humoral sous l'influence du traitement thyroïdien. Ils ont observé, parallèlement à l'amélioration clinique et au relèvement du métabolisme basal, l'abaissement de la cholestérolémie et le retour vers la normale de l'équilibre protidique : diminution considérable de la sérine, relèvement du taux des globulines.

Il leur paraît, en définitive, que l'élévation très notable du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, liée à l'hypersérinémie et à l'hypoglobulinémie, doit être considérée, à côté de l'hypercholestérolémie, comme un des stigmates humoraux essentiels du myxœdème.

Un nouveau cas de maladie de Hanot avec biopsie du foie. — *MM. M. Chiray, G. Albot* et *A. Malinsky* rapportent un nouveau cas de cette affection hépatique et le comparent à ceux de MM. Noël Fiessinger, Thiébaut et Albot, de MM. May, Albot et Debray.

Ils conçoivent la maladie de Hanot comme une entité clinique bien définie cliniquement par une hépato-spléno-mégalie chronique fébrile avec ictère, biologiquement par l'absence de troubles de la galactopexie et du métabolisme de l'eau, anatomiquement enfin par des lésions d'hépatite mésenchymateuse diffuses, primitives sans hépatite parenchymateuse diffuse.

Il apparaît de plus en plus que la maladie de Hanot doit rentrer dans le cadre des maladies de système.

M. Fiessinger est d'avis qu'il convient d'isoler nettement la maladie de Hanot dont la caractéristique histologique consiste en une réticulose bien particulière, qui se retrouve dans tous les cas authentiques étudiés à ce point de vue.

A propos d'un cas d'adénopathies médiastines volumineuses calcifiées chez l'adulte. — *MM. Rist* et *Hautefeuille* insistent sur l'impossibilité de poser le diagnostic clinique de ces adénopathies latentes qui ne donnent aucun signe à l'examen direct et dont seule la radiographie faite de profil permet de préciser le siège et l'énorme volume. Ces adénopathies calcifiées sont certainement le reliquat d'une adénopathie tuberculeuse de l'enfance qui, bien que très volumineuse passa complètement inaperçue, d'autant plus qu'à sa

phase active de début, elle n'était certainement pas visible à l'écran.

M. Sergent souligne l'extrême difficulté du diagnostic précoce des adénopathies médiastines profondément situées, qui ne sont décelables ni par la percussion, ni par l'auscultation ; non visibles sous l'écran à leur stade d'intumescence du début, elles ne peuvent être décelées que plus tardivement, quand elles sont déjà calcifiées.

Etude radio-cinématique d'un épanchement interlobaire. — *MM. Rist* et *Hautefeuille* montrent que les modifications cinématiques présentées par l'ombre suspendue d'un épanchement interlobaire suivant les mouvements d'inspiration et d'expiration forcées peuvent être utiles pour le diagnostic de pleurésie interlobaire.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1935

Péritonite à entérocoques. — *M. Bréchot* a observé un syndrome péritonéal aigu ayant tous les caractères cliniques de la péritonite à pneumocoques. Le prélèvement du liquide a montré l'existence d'entérocoques. Il rappelle les difficultés du diagnostic de ces affections avec la péritonite appendiculaire. En cas de doute, il conseille une intervention exploratrice à l'anesthésie locale.

M. Mondor connaît plusieurs cas de péritonite à entérocoques, secondaires, soit à une appendicite, soit à une ascite, soit à une entérite phlegmoneuse. Il souligne la rareté des péritonites à entérocoques primitives.

MM. Leveuf et *Sorrel* ne croient pas à la gravité opératoire des péritonites à pneumocoques.

M. Mathieu s'oppose à ces opinions et rappelle la différence à établir entre les péritonites au cours d'une septicémie à pneumocoques, et les péritonites d'aspect primitif, en voie de localisation.

M. Moure compare et oppose l'intervention large qui est dangereuse et la simple incision de drainage moins grave.

Sur l'anesthésie à l'évipan sodique. — *M. Desplas* constate la parenté entre l'évipan et les autres dérivés barbituriques et considère leur emploi fréquent comme insuffisamment justifié.

Traitement de la sacrocoxalgie. — *M. Le Fort* (Lille) à propos d'un greffon d'enchevillement sacro-iliaque qu'il retira au bout d'un mois, insiste sur le développement des canaux de Havers, et sur le rôle biologique et calcique du transplant.

Traitement des adénites tuberculeuses par l'injection intralymphatique de chlorophylle. — *MM. Moure Rouault* et *Baude*. — Les auteurs, qui emploient une solution éthérée de chlorophylle formolée, contenant un anesthésique spécial, injectée directement dans un des ganglions superficiels de la chaîne cervicale atteinte, apportent une statistique de 112 cas avec des résultats favorables. Le traitement amènerait la guérison après trois mois environ. A ce propos ils émettent des considérations pathogéniques.

M. Cunéo se demande si l'effet obtenu est dû à la chlorophylle seule, ou si éther et formol n'ont pas un rôle important.

M. Bazy suggère que la chlorophylle agit en mettant en liberté par la lyse cellulaire qu'elle entraîne, des produits tuberculeux. Ce serait une véritable tuberculinothérapie indirecte.

Maladie de Kümmel Verneuil, et fracture du rachis. — *M. Sorrel* rappelle que des fractures légères du rachis sont toujours à la base du pseudo-syndrome de Kümmel.

Séance du 15 mai 1935

Amputation du rectum par le procédé de Coffey. — *M. Hartmann* a utilisé autrefois ce procédé. Il a modifié l'incision et le drainage.

Infection opératoire par les poussières de l'air. — *M. Moure* a lui aussi remarqué la disparition de certaines complications infectieuses post-opératoires après formolage de la salle d'opérations. Il insiste sur le danger que présente le coton cardé non stérilisé comme vecteur de microbes.

M. Desplas attribue aux bouches de chaleur et à une aération insuffisante un rôle dans certaines complications qu'il signale.

Immuno-transfusion et septicémie. — *M. Desplas* dans une lésion hyperseptique à marche progressive, a obtenu un résultat heureux par l'immuno-transfusion, après échec des autres thérapeutiques.

Déformation du duodénum par ptose rénale droite. *M. Breton* (Pontoise). — *M. Alglave* rapporte ce travail qui concerne une femme de 24 ans présentant un syndrome douloureux abdominal rythmé, associé à une ptose rénale droite.

La néphropexie amena la sédation de tous les troubles. A ce propos, l'auteur rappelle les divers travaux parus sur cette question et étudie les compressions digestives attribuables aux ptoses rénales, ainsi que leur traitement.

Suites éloignées des pancréatites hémorragiques. — — *M. Huet* a suivi un malade guéri de pancréatite hémorragique, qui présenta ensuite des crises douloureuses répétées. A chaque intervention les voies biliaires et le pancréas apparaissent sains. Cependant la guérison fut obtenue par la cholécystostomie. L'auteur se demande comment apprécier l'état réel des voies biliaires et l'utilité d'en effectuer le drainage.

M. Moulonguet pense que l'examen des voies biliaires au lipiodol est sans inconvénient en dehors des périodes de digestion.

M. Sénèque rapporte un cas de pancréatite aiguë guérie par le drainage et la cholécystostomie immédiate. Cependant le malade fit, trois ans après, une nouvelle crise pancréatique aiguë.

M. Brocq a observé également des troubles qui cédèrent à la cholécystostomie. Chez ce même malade, le drainage de l'arrière-cavité a permis l'évacuation de nombreux fragments glandulaires nécrosés. A ce propos il discute des nouvelles théories pathogéniques et critique les indications d'abstention que certaines ont voulu en tirer.

M. Grégoire estime que le drainage pancréatique, adjuvant peut-être utile, est impuissant à lutter seul contre le processus lésionnel.

M. Okinczyc rappelle qu'il a insisté à plusieurs reprises sur la nécessité d'un drainage biliaire immédiat. C'est pour lui le temps essentiel de l'intervention quel que soit l'état apparent des voies biliaires.

M. Desplas par la simple cholécystostomie sans drainage pancréatique a obtenu des succès.

Epilepsie Bravais-Jacksonienne guérie après intervention. — *M. Ferey* (Saint-Malo). — L'intervention permit le traitement d'une arachnoïdite chronique par la technique de de Martel. Les crises épileptiques ont complètement disparu.

Présentation d'un kyste du ménisque externe enlevé chez une fillette. — *M. Sorrel.*

Séance du 22 mai 1935

Occlusion après appendicite aiguë. — *M. Huet* apporte quatre nouvelles observations d'occlusion, où en se portant directement sur la cause soit par incision d'abcès, soit par levée de brides ou d'adhérences, il a obtenu la guérison. Il n'a dû fistuliser le grêle qu'une seule fois sur les dix-huit cas que comprend sa statistique. L'auteur estime donc que la fistulisation n'a que peu d'indications : occlusions vues très tardivement, ou agglutinations d'anses trop étendues.

Petite exstrophie de la vessie. — *M. Gautier* (Angers) a observé un cas de malformation congénitale tenant le milieu entre l'épispadias et l'exstrophie totale, qu'il traita par dissection de l'urèthre : abaissement de la vessie et plicature vésico-uréthrale. A ce propos l'auteur et le Professeur Ombrédanne discutent la symptomatologie et le traitement de cette affection.

Sur la prévention du tétanos. — *M. Bazy* apporte à nouveau des faits décisifs en faveur de la vaccination préventive contre le tétanos. Il extrait ses arguments d'une vaste en-

quête qu'il a eu l'occasion de faire auprès des médecins de la Compagnie du P. O. Le sérum doit être réservé à la cure, le vaccin à la prévention.

M. Fredet appuie d'observations personnelles l'opinion de M. Bazy. A son avis il conviendrait de généraliser l'emploi de la vaccination dans les corps de métier particulièrement exposés au tétanos.

Indications opératoires dans les ptoses rénales. — ***M. Wolfromm*** apporte des myelographies montrant que les indications opératoires dans les ptoses rénales ne doivent pas être aussi systématiques que pourraient le faire croire les observations apportees précédemment par d'autres auteurs.

Présentation d'appareils. (Appareil universel à ostéosynthèse. — *M. Reinhold*.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 mai 1935

Névrose traumatique consécutive a une fracture de l'extrémité inférieure des deux radius, droit et gauche. — ***M. Peugniez*** communique cette observation concernant une femme de 38 ans. La réduction des deux fractures a été très bonne mais il a persisté une incapacité fonctionnelle de la main gauche avec troubles sensitifs, vaso-moteurs, trophiques etc., sans qu'on puisse invoquer aucune simulation. Ces phénomènes semblent devoir être rattachés à des troubles sympathiques dus au traumatisme.

Le forage des épiphyses articulaires. — ***M. Raphaël Massart*** publie la statistique des interventions qu'il a faites pour traiter des arthrites chroniques douloureuses de la hanche, et il montre qu'il a étendu avec succès la méthode à une arthrite non tuberculeuse de l'épaule et à une arthrite du genou. La simplicité de la technique qu'il utilise lui permet de pénétrer ainsi au sein des épiphyses dans un but thérapeutique dont l'efficacité est certaine. Poussant plus loin ses investigations au sein de l'épiphyse, l'auteur en a profité pour prélever des fragments de tissus, mais surtout (et il croit sa méthode originale), pour introduire dans l'épiphyse un tube à vision directe qui le renseigne sur les aspects osseux observés. Le forage thérapeutique se complète ainsi d'un moyen diagnostique sur lequel l'auteur attire l'attention de tous ceux qui cherchent à voir un peu clair dans les arthrites chroniques.

Un nouveau traitement des ostéomyélites aiguës à forme envahissante du maxillaire inférieur. — ***M. Marcel Darcissac.*** — Le traitement classique des ostéomyélites du maxillaire inférieur à forme envahissante était fait jusqu'ici d'expectation. Cette manière de faire présentait le grave inconvénient de laisser envahir progressivement tout le corps du maxillaire, envahissement pouvant aboutir à l'élimination totale de cet os, tout au moins à des fractures pathologiques d'un pronostic particulièrement grave dont l'auteur rapporte deux exemples typiques. M. Darcissac a adopté une conduite différente et il montre l'heureux résultat que sa nouvelle technique permet d'obtenir dans le traitement de cette grave affection. Dès que le diagnostic d'ostéomyélite est posé (signes cliniques, signes radiologiques) — en général vers la troisième semaine après le début des phénomènes phlegmasiques — et mise en œuvre de tous les moyens thérapeutiques usuels, toute la portion atteinte est soigneusement curettée par la voie alvéolaire. On réalise ainsi un véritable évidement du corps du maxillaire ; la cavité obtenue est soigneusement cautérisée à l'acide trichloracétique, puis sa cicatrisation est assurée à ciel ouvert par introduction d'une masse d'étain (préparée sur un moulage de cette cavité) qui est maintenue en permanence en place, n'étant enlevée que pour les lavages, et qui s'élimine automatiquement dans les semaines qui suivent par le travail de cicatrisation. On évite ainsi les fusées purulentes péri-mandibulaires pouvant entraîner la rupture de l'arc basilaire et l'inclusion ultérieure de séquestres amenant des fistulisations interminables.

Cinq observations illustrées de nombreuses figures accompagnent cette communication et permettent d'établir un parallèle entre le traitement classique et cette nouvelle méthode qui a permis à l'auteur, soit seul, soit en collaboration avec les Docteurs Dufourmentel, Thibaut et Hennion, d'améliorer très nettement le pronostic de cette grave affection.

Une observation de diverticule du duodénum. — ***M. Jean Lanos*** communique l'observation d'une malade ayant un diverticule de la deuxième portion du duodénum. L'auteur fit la résection de ce diverticule implanté sur la face postérieure. Une radiographie de contrôle faite par le Docteur Levassor trois semaines après l'intervention permit de découvrir deux autres petits diverticules, à pédicule mince, probablement intra-pancréatiques.

L'auteur insiste sur les difficultés du traitement dans ce cas de diverticules multiples de la deuxième portion du duodénum.

Un cas de diverticule de l'œsophage. — ***M. G. Luquet*** communique l'observation d'un diverticule de l'œsophage opéré en un temps et guéri. Il insiste sur l'avantage qu'il y a à faire le premier plan de sutures, sur pince, sans prendre la muqueuse œsophagienne, ce qui a pour résultat d'invaginer cette dernière automatiquement. On diminue ainsi considérablement les risques de désunion, fistule et infection secondaire.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Fonte d'un néoplasme cutané à la suite d'injections de préparations lécithinées

Des injections intramusculaires d'émulsion aqueuse de lécithine, irradiée en présence d'hématoporphyrine, ont provoqué l'élimination par nécrose d'un épithélioma spino-cellulaire de la joue, chez une femme de 70 ans. (Juster, Cailliau et Huerre *S. de Derm. et de Syph.*, 14 févr. 1935.)

Traitement des verrues par l'autohémothérapie

L'autohémothérapie a été employée dans quinze cas de verrues planes ou vulgaires par MM. Sézary et Horowitz, (*S. de Derm. et de Syph.*, 14 févr. 1935) avec les résultats suivants :

Dans neuf cas, succès complet et rapide en 2 à 4 semaines.
Dans quatre cas : échec.
Dans deux cas : demi-succès.

Cette méthode, utilisable dans la pratique courante, est souvent plus efficace chez l'enfant que chez l'adulte et semble agir non par la suggestion, mais par un choc biologique.

Le pouvoir anti anémique de la chlorophylle, des sels de fer et de cuivre (étude expérimentale)

MM. Léon Binet et M. V. Strumza (*Le Sang*, novembre 1934, n° 9, pp. 1011-1047), rapportent leurs expériences faites sur le chien fortement anémié et recevant, suivant les cas, de la chlorophylle ou des composés de fer ou de cuivre. Ces expériences confirment que le fer agit surtout sur la production d'hémoglobine et le cuivre sur la formation des hématies.

La chlorophylle a été administrée par voie digestive à la dose quotidienne de 5 à 10 centigrammes. Les résultats ont été extrêmement démonstratifs : l'action sur la formation des hématies est moins grande que celle du cuivre ; mais l'action sur la formation d'hémoglobine est considérable. Par exemple, chez un chien en expérience, la quantité d'hémoglobine produite en quinze jours était de 28 gr. 32 et passe à 88 gr. 64 après absorption de chlorophylle ; chez un autre, dans les mêmes conditions, la quantité passe de 25 gr. 50 à 41 grammes.

Les conclusions des auteurs sont les suivantes : chez des chiens atteints d'anémie grave par saignées répétées, l'administration de chlorophylle ou de sels de fer, facilite grandement la formation d'hémoglobine, celle d'un produit cuprique active la réparation du taux des hématies.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Remède très éprouvé contre la rage (1). — Prenez des coquilles d'huître male et dont le poisson a un bord noir quand l'huître est vieille, et quand les marques sont jaunes, il faut des coquilles de dessous. Vous faites calciner lesdites coquilles jusqu'à ce qu'elles se rompent sans effort et les réduisez en poudre très fine, que vous passez par le tamis le plus fin et que vous faites prendre au malade des trois manières suivantes :

La première est celle qui agit le plus promptement, c'est-à-dire de donner cette poudre en bol comme le quinquina en la mettant simplement dans de l'hostie qui sera humectée. On fera le bol de la grosseur proportionnée à la facilité avec laquelle le malade pourra les avaler.

La seconde manière de les donner est de la faire prendre dans du vin blanc.

La troisième enfin est de battre quatre œufs frais, dont on aura otté le germe, avec cette poudre, et de les faire cuire avec de l'huile de noix, et non avec du beurre, ce qui empêcherait tout à fait l'effet du remède. On fait manger cette omelette sans pain et sans boire ; la dose ordinaire, pour ceux qui sont dans l'accès, est le poids de six gros pour la première fois, elle doit se donner au malade le plustot qu'il est possible, il faut lui en donner les deux jours suivants à jeun quatre gros à chaque jour, et qu'il ne mange que trois heures après la dose. Pour ceux qui ont été mordus jusqu'au sang est le poids de quatre gros pour chacun des trois jours. Il faut toujours le premier jour donner le remède au malade sans différer. Les deux autres jours suivants il faut faire prendre le remède à jeun.

Pour ceux qui n'ont été qu'égratignés ou pincés ou qui se sont trouvés dans une grande peur, ce qui est souvent, dit-on, aussi dangereux que la morsure, il n'en doit prendre qu'une seule fois.

Le remède a été éprouvé sur plusieurs personnes léchées, égratiniées, mordues et même enragées, une a été guérie après trois accès.

Cette recette m'a été donnée par Madame de Sartiges de Sournive.

(Notes et papiers de Raymond Lacombe, médecin, mort à La Roqueleron, au diocèse de Saint-Flour, en Auvergne, le 26 juillet 1761.)

(1) Il y a quatre-vingts ans à peine, cette thérapeutique était encore pratiquée chez le meunier du château de Sourniac, près Mauriac, Cantal. L'omelette était seule employée, mais corsée, si on peut dire, de poudre de têtes de vipères, d'yeux d'écrevisses et de raclures de cornes de cerfs.

Docteur DE RIBIER.

La question de la contagion de la tuberculose dans le personnel infirmier et dans le personnel médical. — LE MOUVEMENT SANITAIRE (avril 1935) *vient de consacrer un numéro spécial à la tuberculose. Voici un extrait d'un article de M. le Professeur Fernand Bezançon intitulé* : LA NOTION DE CONTAGION DE LA TUBERCULOSE :

L'étude de la fréquence et de la gravité de la tuberculose dans le personnel infirmier peut encore apporter une contribution intéressante à cette question de la contagion de la tuberculose de l'adulte, elle a été l'objet d'une très importante revue générale d'Arnould parue en décembre 1932, dans la *Revue de Phtisiologie*.

Les anciens cliniciens ne s'entendaient pas sur cette question de la fréquence de la tuberculose du personnel infirmier : alors que les anticontagionnistes comme Lombard, tiraient argument de la rareté de la tuberculose chez les infirmières pour nier la contagion, des contagionnistes, comme Cornet, affirmaient que les deux tiers des décès des sœurs hospitalières étaient dus à la tuberculose.

Le problème est, en effet, délicat. S'il semble bien que dans certains milieux, la tuberculose soit fréquente chez les religieuses comme l'a bien montré Macke, ce sont, en général, les plus jeunes sœurs qui sont touchées, et souvent dès leur noviciat, avant tout contact avec des tuberculeux. Comme l'a-

montré Kutschera, si, dans certaines communautés, la tuberculose est d'une extrême fréquence, elle l'est autant chez les sœurs chargées de l'enseignement ou des jardins d'enfants que chez celles qui sont en contact avec les malades. Ce n'est donc pas la contagion qui intervient ici, mais les conditions souvent antihygiéniques de la vie religieuse.

Pour les infirmières laïques, il semblerait, d'après certaines statistiques, que la morbidité serait de 5 %, c'est-à-dire un peu supérieure seulement au chiffre de morbidité tuberculeuse des jeunes femmes du pays.

Kristenson, à Upsala, a noté chez les infirmières une morbidité de 21,9 %, une mortalité de 1,6 % et chez les élèves d'écoles ménagères une morbidité de 11,5 % et une mortalité de 0,25 %.

La statistique de Rist et Bellière, portant sur les observations prises lors du contrôle du personnel infirmier des hôpitaux de Paris, aboutit à la notion que le personnel infirmier des salles de tuberculeux a payé le plus lourd tribut. Cette morbidité plus marquée ne s'observe pas, d'ailleurs dans les sanatoriums et dans les services spécialisés de tuberculose qui sont l'objet d'une hygiène appropriée.

De toutes ces observations, il semble résulter qu'en milieu contaminé, il se produit lors des premiers contacts, surtout durant les deux premières années de service, des manifestations tuberculeuses traduites le plus souvent non seulement par les cuti-réactions positives, mais aussi par des manifestations tuberculeuses, d'ailleurs en grande majorité très bénignes : érythème noueux, pleurésie.

Ces manifestations deviennent plus rares au bout de la deuxième année.

En somme, qu'il s'agisse de sanatorium ou de milieu hospitalier, il semble bien réel qu'il se produise un grand nombre de contagion tuberculeuse à minima, puisque le nombre des cuti-positives va croissant à partir de l'entrée du personnel dans les sanatoriums, mais il semble bien qu'il s'agisse d'apports bacillaires minimes qui n'aboutissement presque jamais à la tuberculose maladie et même à l'apparition de signes radiologiques visibles.

Il en est de même de la tuberculose des étudiants en médecine et des médecins.

Alors que certains cliniciens, comme Peter, voient dans la rareté de la tuberculose chez les médecins la preuve de l'absence du rôle de la contagion, disant que si la tuberculose était contagieuse, nous serions tous morts ou mourants, que d'autres comme G. Sée, Lancereaux, Hardy, considèrent que la tuberculose n'est pas plus fréquente chez les médecins que chez les autres, certains comme Debove, Letulle, Landouzy, Marfan, et plus près de nous Pissavy, estiment que la tuberculose atteint une fréquence exceptionnelle parmi le personnel hospitalier

Il semble bien démontré par les recherches de Heimbeck et de Scheel, de Hetherington, Mc Phedran, Landis et Opie que le chiffre des cuti augmente lors de l'arrivée des *étudiants* dans les services, et qu'il y a une légère augmentation de la morbidité tuberculeuse, et même apparition de quelques cas d'ailleurs très rares de tuberculose maladie, alors que par contre chez les médecins praticiens, il est bien réel que la tuberculose ne sévit qu'avec très peu de malignité, puisque la plupart n'en présentent pas de manifestations au cours de leur carrière.

La pyrothérapie dans le passé. — De *M. Pasteur Vallery-Radot dans la* Revue des Deux Mondes (15 mai 1935) : La fièvre curatrice :

... Le vieil adage de l'antiquité : *febris accedens spasmos solvit* montre que les anciens avaient reconnu l'action favorable de la fièvre sur les phénomènes spasmodiques. Hippocrate avait constaté que les maladies fébriles ont une action sur les psychoses. Galien voulait guérir la mélancolie par la malaria. Les Grecs et surtout les Romains avaient une prédilection pour les bains chauds qui ont la propriété d'élever la température. Dès le Ve siècle avant Jésus-Christ, les bains de vapeur étaient utilisés. On sait combien les villes d'eaux thermales étaient fréquentées par les Romains.

Il n'est guère de peuples de l'antiquité qui n'aient fait usage

de la balnéothérapie chaude et des eaux thermales : Egyptiens, Juifs, Gaulois, Maures, Turcs.

Plus près de nous, les médecins n'avaient-ils pas conseillé à Louis XI de contracter la fièvre quarte pour guérir ses attaques d'épilepsie ? « Procurez-moi le moyen de donner la fièvre, disait un médecin du Moyen-Age cité par Tzanck (1), et je guérirai la plupart des affections. »

En Amérique du Nord, au Japon, à Java, existent des sources chaudes qui depuis bien longtemps ont la réputation de guérir les lépreux qui ont le courage de s'y immerger (2). « En Afrique tropicale, les nègres fébriles se soumettent à des transpirations abondantes et prolongées qu'ils provoquent à l'aide du sable chaud et d'eau chaude. Les Indiens d'Amérique font agir la température d'eaux chaudes sur les membres endoloris par la fièvre. Les Chinois et les Japonais suivent depuis des temps immémoriaux des espèces de traitements analogues, à l'eau dite bouillante (3). »

De tout temps la sagesse populaire ou l'empirisme médical ont constaté les résultats obtenus par l'élévation thermique dans certaines maladies. Il n'est pas un médecin qui n'ait été frappé d'étonnement en voyant disparaître momentanément ou définitivement une maladie chronique à la suite d'une infection.

Cependant, c'est en ces dernières années seulement que la fièvre provoquée devint un mode de traitement rationnellement expérimenté. Toute méthode a des précurseurs ; mais tant qu'elle n'a pas trouvé un homme qui en conçoive la portée, qui patiemment l'expérimente et scientifiquement en démontre le bien-fondé, elle demeure dans le domaine de l'empirisme. Pour vivre, se développer et faire partie intégrante de notre pensée, elle a besoin d'avoir pour base de raisonnement logique, l'observation attentive des faits, l'expérimentation rigoureuse.

C'est à un neurologiste viennois, le Professeur Wagner-Jaurreg, que revient le mérite d'avoir montré l'action remarquable de la fièvre provoquée dans la paralysie générale. Ses travaux lui ont valu le prix Nobel de médecine.

Les programmes de nos grandes Ecoles. — *De M. Georges Guy dans le* MERCURE DE FRANCE (15 mai 1935) : CRITIQUE DE L'ÉDUCATION FRANÇAISE.

Les programmes de toutes nos grandes écoles sont viciés par ce singulier fétichisme de la culture scientifique, dont il importe de rappeler les méfaits.

Nous lui devons le pragmatisme, qui exalte le principe d'utilité, générateur d'un égoïsme forcené, négateur de ce qui est vraiment humain : la charité, la générosité, le désintéressement.

Nous lui devons le matérialisme qui affirme la supériorité du réel, guerre au rêve ! Guerre à l'imagination !

Mort à tout ce qui n'est pas immédiatement perceptible : sentiment, beauté, tendresse ! Sus au qualitatif ! A tout ce qui élève, à tout ce qui ennoblit !

Nous lui devons ce besoin criminel de chiffrer l'impondérable, de considérer comme négligeables les valeurs spirituelles, d'introduire le raisonnement dans le domaine sentimental, de vouloir tout résoudre par une formule, un total, une moyenne.

Nous lui devons la platitude et la vulgarité de notre époque utilitaire, la faillite de l'idéal, le crépuscule de la fantaisie, la décadence de l'art.

C'est au fétichisme scientifique que nous devions la redoutable civilisation des termitières, dont G. Duhamel prophétisa naguère l'avènement.

(1) A. TZANCK. — Fièvre et biophylaxie. Premier Congrès français de thérapeutique, 1933.)

(2) Nous empruntons les renseignements précédents aux rapports remarquables de A. Bessemans, H. Roger, Ch. Richet fils, au Congrès de Québec (1934).

(3) A. BESSEMANS. — Pyrétothérapie. (Congrès français de médecine, 1934.)

CHEMIN DE FER DU NORD

Visitez les forêts de Compiègne et de Villers-Cotterêts
Billets d'excursion du dimanche à destination facultative.

En vue de favoriser les excursions dans les forêts de Compiègne et de Villers Cotterêts, la Compagnie du Chemin de fer du Nord délivre jusqu'au dernier dimanche d'octobre des billets du dimanche à « destination facultative ».

Ces billets à prix réduits permettent aux touristes partant de Paris-Nord ou de certaines gares de la banlieue nord de descendre à la station de leur choix parmi celles indiquées.

Au retour les voyageurs peuvent reprendre le train à l'une quelconque de ces stations pour revenir à leur point de départ.

Les billets de l'espèce peuvent être utilisés indifféremment par l'itinéraire de Creil ou celui d'Ormoy-Villers, avec faculté de passer par Paris à l'aller et au retour.

Leur prix est uniformément de 25 francs en 3e classe, 40 francs en 2e classe et 50 francs en 1re classe (demi-tarif pour les enfants de 3 à 7 ans).

Pour la liste des gares de départ de destination, consulter les affiches spéciales ou téléphoner à Trudaine 70.00.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 28 mai. — M. MAYERSOHN. Etude sur la chronaxie vestibulaire appliquée à l'otologie. — M. BRUNETON. Indications chirurgicales dans la lithiase rénale bilatérale. — M. ELBRIN. La luxation habituelle antérieure de la mâchoire inférieure, pathogénie et traitement chirurgical. — M. MARTIN. Evolution des calculs abandonnés dans l'uretère après néphrectomie. — M. WACHS. Forme dysphagique de la syphilis nerveuse. — M. STEINER. Etude du bassin oblique ovalaire de Naégelé.

29 mai. — M. MARTINOT. Auprès d'un mourant. — M. BAILLARD. Syndromes neuro-anémiques au cours des anémies symptomatiques. — M. LICHTENBERG. Traitement des sciatiques rebelles par la radiothérapie profonde. — M. FROMAGEOT. Manifestations bucco-pharyngées de l'agranulocytose. — M. BARDERY. Etude de l'intoxication par l'essence de térébenthine. — M. POLLAK. Etude du surmenage intellectuel et de l'hygiène mentale. — M. STERN. Détermination des sexes par la fécondation artificielle. — M. ZILBER. Hygiène des ouvrières des exploitations de pétrole.

31 mai. — M. NAFTALISCHI. Etude de la forme ascitique du cancer de l'estomac. — M. EBRON. La chrysocyanose et son traitement par l'extrait parathyroïdien.

Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine. (Professeur : M. Raymond GRÉGOIRE.) — Un cours de perfectionnement de gynécologie médico-chirurgicale sera fait du lundi 17 juin au samedi 22 juin, tous les jours à 17 heures, par M. Claude BÉCLÈRE, assistant de gynécologie.

PROGRAMME DU COURS. — *Les troubles fonctionnels en gynécologie ; diagnostic et traitement* : Lundi 17 juin, 17 heures. *Généralités* : Développement des organes génitaux internes. Physiologie de l'ovulation, de la fécondation, de la menstruation. Examen clinique dans un cas de trouble fonctionnel.

Mardi 18 juin, 17 heures. *Les règles douloureuses* : Dysménorrhée primitive des jeunes filles. Dysménorrhée secondaire des femmes. Crise intermenstruelle et hémorragie intermenstruelle.

Mercredi 19 juin, 17 heures. *Les menstruations insuffisantes* : Aménorrhée primitive et aménorrhée secondaire. Règles trop rares (oligoménorrhée). Règles diminuées (hypoménorrhée).

Jeudi 20 juin, 17 heures. *Les menstruations excessives* : Règles trop abondantes (ménorragies). Règles trop rapprochées (polyménorrhées). Hémorragies utérines chez les jeunes filles.

Vendredi 21 juin, 17 heures : *Les hémorragies utérines de cause inconnue* : Métrorragies chez les femmes jeunes. Métrorragies entre 40 ans et la ménopause. Métrorragies survenant après la ménopause.

Samedi 22 juin, 17 heures. *La stérilité* : Stérilité masculine. Stérilité féminine. Stérilité d'origine utérine, d'origine tubaire, d'origine ovarienne.

Le cours aura lieu chaque jour à 17 heures dans l'amphithéâtre de la Clinique. Des examens cliniques de malades et des démonstrations d'hystéro-salpingographie auront lieu chaque matin, à la consultation de gynécologie du service à partir du mardi 18 juin, à 10 heures.

Association générale des médecins de France. L'Assemblée générale annuelle a eu lieu récemment à l'Hôtel Chambon, siège social de l'Association, sous la présidence de M. Chapon, président, qui, dans son discours, a insisté sur la nécessité de procéder avec méthode, avec discipline, si l'on veut résoudre les problèmes particulièrement complexes soumis aux décisions de l'Assemblée. Celle-ci, obéissante aux conseils de son président, a été, du commencement à la fin, de la plus parfaite tenue.

Cinquante sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que l'Association avait distribué en 1934, en secours à la famille médicale, *plus d'un million de francs*.

Après le rapport très documenté de M. Paul Lutaud, secrétaire général, l'Assemblée a étudié les vœux émis au cours de l'année par les Sociétés locales. Plusieurs d'entre elles ont demandé que les différentes œuvres médicales soient unies, sinon fusionnées. D'autres réclamaient l'augmentation — et certaines l'unification — de la cotisation. La proposition qui a, le plus longuement retenu l'attention de l'Assemblée avait trait à un avant-projet de retraite variable par répartition, que son promoteur, M. Boullard (de Vimoutiers, (Orne), a défendu avec énergie.

M. Siredey a été nommé vice-président de l'Association, MM. Brindeau (de Paris), Bertin (de Lille) et Mariani (d'Eure-et-Loir), ont été élus membres du Conseil.

Le soir, un banquet de trente couverts a réuni, au Centre Marcelin-Berthelot, les présidents et délégués des Associations départementales. Des discours ont été prononcés par M. Chapon, président, M. Stillmunkès, au nom du Professeur Larder, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse qui, empêché, n'avait pu présider le banquet, M. Dartigues, président-fondateur de l'Umfia, M. Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, M. Bonnefous, député, président de la section locale de l'Aveyron, M. Siredey, nouveau vice-président.

Ces deux réunions ont montré, une fois de plus, l'entente cordiale qui règne entre l'Association générale et la Confédération des Syndicats.





Magnan et " Le Progrès Médical "

Le *Progrès Médical* a décidé, à l'occasion du Centenaire de Magnan, de consacrer en hommage à sa mémoire un numéro spécial à la neuro-psychiatrie dans laquelle il s'illustra.

Le *Progrès Médical* l'eût fait en tout état de cause, tant est grande la place que Magnan occupe dans l'histoire de cette science, tant est grand le renom qui, par lui, a jailli au cours du siècle dernier, et au début de ce siècle sur la médecine française.

Lorsqu'on se reporte aux pages admirables dans lesquelles Sérieux, dans son ouvrage « *Magnan, sa vie, son œuvre* », retrace le tableau de la psychiatrie, avant que paraissent les travaux de l'illustre médecin de Sainte-Anne, on est surpris du chaos où elle se débattait, malgré tant de noms réputés : Esquirol, Falret, Baillarger (dont Magnan fit l'éloge à l'Académie de médecine) et tant d'autres.

Magnan survient et bientôt, par son sens clinique pénétrant, par sa puissance de synthèse, il met partout l'air et la lumière !



Si on se reporte pour la juger à l'époque où il enseignait, son œuvre paraît considérable ; mais lorsqu'on étudie l'évolution de la psychiatrie depuis que sa voix s'est éteinte, il n'est aucun psychiâtre qui ne convienne que les progrès d'aujourd'hui ou ceux de demain, n'auront été, ou ne seront possibles, qu'à la faveur de ses travaux.

Ces raisons suffisent à elles seules pour justifier à nos yeux un numéro spécial à l'occasion du Centenaire de Magnan.

Mais en outre, le *Progrès Médical* pouvait-il oublier que l'illustre psychiâtre fut dès le début parmi ses plus fidèles collaborateurs, et compta parmi cette pléiade de grands médecins qui, dès la fondation du journal, réservèrent à la neuro-psychiatrie une place importante dans ses colonnes ?

C'est avec une leçon du Prof. Charcot « De la compression lente de la moelle », recueillie par Bourneville, que débute le premier article du premier numéro du *Progrès Médical* le 14 juin 1873, et dès cette époque, ce sont, avec le nom illustre de Claude Bernard qui reparaît souvent dans ses colonnes, ceux de Charcot maintes fois répété, de Luys, de Raymond, de Pitres, de Féré, de Brissaud, de Déjerine, et tant d'autres que l'on retrouve le plus souvent dans les collections de ces années.

H. de Boyer, dès le numéro du *Progrès Médical* du 23 déc. 1876, analysait les « Recherches sur les centres nerveux », que Magnan venait de publier.

« C'est, disait-il, le manifestation d'une méthode scientifique apportée dans l'étude si confuse encore de la pathologie mentale. On ne saurait trop louer l'auteur de se dégager de considérations purement psychologiques, pour ne voir dans certaines formes de folie, que des maladies à lésions déterminées. »

Mais c'est surtout à partir de 1881, que l'on retrouve dans les colonnes du *Progrès Médical*, la trace des travaux de Magnan.

Le *Progrès Médical* du 29 janvier 1881 annonce la reprise de ses cours à l'Asile clinique et indique qu'il traitera cette année, des « *impulsions dans les différentes formes mentales* » ;

Le 3 décembre 1881, il note que ses leçons seront consacrées, en 1882, à *l'idiotie, aux dégénérescences intellectuelles et aux formes chroniques de la folie* » ;

Le 3 février 1883, il annonce ses leçons sur les « *délirants chroniques* » ;

Le 24 nov. 1883, celles sur «*les dégénérés* » ;

Le 15 nov. 1890, celles sur « *l'alcoolisme et son influence sur les maladies mentales* » ;

Le 11 nov. 1891, celles sur *les délires et les syndromes épisodiques des dégénérés* ».

Dès 1881, en présence du succès qui a accueilli son enseignement, Magnan publie *in extenso* au *Progrès Médical*, ses leçons recueillies par une pléiade d'élèves qui tous laissèrent un nom dans l'histoire de la psychiatrie : Marcel Briand, qui devait lui succéder au Service de l'Admission de l'Asile clinique Sainte-Anne, Journiac, Sérieux, Legrain, Pécharmant notamment.

A puiser dans la collection de notre journal, on trouve ainsi, au 26 janvier 1881, ses leçons sur la Dipsomanie.

En 1882, celles sur l'épilepsie ;

Le 18 décembre 1886, les Considérations générales sur la folie ;

Le 24 nov. 1888 et le 7 déc. 1889, le Délire chronique à évolution systématique, et les Délires systématisés sur les dégénérés ;

Le 22 sept. 1894, l'Etat mental des dégénérés ;

En 1895 et 1896, les Délires de l'épilepsie et de l'hystérie, le délire alcoolique et les délires systématisés dans la paralysie générale.

Toutes ces leçons ont été reprises depuis par l'auteur ; elles seront rappelées à la séance solennelle du Centenaire que lui consacre la Société médico-psychologique par des rapporteurs éminents ; nous n'y ajouterons rien ; elles ont été publiées à nouveau soit dans les tomes I et II, de ses « *Recherches sur les centres nerveux* », soit dans ses « *Leçons cliniques* », mais n'avons-nous pas la légitime fierté d'écrire que c'est le *Progrès Médical* qui a le premier fait connaître et répandu cet enseignement qui allait rénover la psychiatrie universelle !

* * *

Dans les dernières années de sa vie et dans les premières qui suivirent, des esprits rapides en leurs jugements discutèrent parfois sa doctrine et en voulurent déplacer les valeurs.

Or, voici que vingt ans se sont écoulés, son œuvre a repris toute sa vigueur et toute sa force : l'œuvre de Magnan demeure dans sa plénitude et y demeurera : elle sera la raison nécessaire de l'effort de demain : il a construit le « monumentum ære perennius » dont parle le poète latin ! Le *Progrès Médical* ne reste-t-il pas honoré d'avoir été plus de 30 années l'instrument de sa pensée !

Le Progrès Médical

LE CENTENAIRE DE MAGNAN A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Sur la proposition de son secrétaire général, M. le Dr René CHARPENTIER, la Société médico-psychologique a procédé, le 27 mai 1935, à la célébration du Centenaire de la naissance de Magnan.

A 3 h. le Bureau de la Société s'était rendu à l'Asile Ste-Anne et avait déposé des gerbes de fleurs au pied du monument élevé par les élèves et les amis de Magnan, et adossé au mur du pavillon qui porte aujourd'hui son nom et où il habita 45 ans.

Il avait été reçu par le Dr et Mme Fillassier, gendre et fille de Magnan, par M. le Dr et Mme Péron ses petits enfants, le Dr Delestre son neveu. M. le Sénateur Paul Strauss, vice-président du Sénat, M. le Dr Durand-Saladin s'étaient joints à la famille, ainsi que M. le Dr Toulouse, qui, le monument Magnan étant accolé à son service, l'avait fait aménager et entouré de plantes vertes et de fleurs, auxquelles s'ajoutèrent les couronnes de la Société médico-psychologique et une couronne offerte par le département de la Seine. La séance de la Société était présidée par M. le Dr Th. SIMON, ancien Assistant de Magnan. Elle fut ouverte devant une assistance nombreuse, où beaucoup durent rester debout, par une allocution dans laquelle M. le Dr Th. Simon exposa ce qui avait été fait par le Bureau pour assurer le centenaire de la naissance de Magnan. Il indiqua la démarche faite peu d'instants auparavant devant le monument de Magnan à Ste-Anne, et donna la parole au Dr Charpentier, secrétaire général. Celui-ci communiqua la correspondance qui comprenait notamment :

— Une lettre de M. le Dr J.-M. Massaut, au nom de la Ste de médecine mentale de Belgique, affirmant que nul » n'a peut-être eu plus d'influence sur la formation des aliénistes belges » : — un télégramme de M. le Dr Ariens Kappers, président de la Ste Hollandaise de psychiatrie et de neurologie ; — une lettre de M. le Dr Arturo DONAGGIO président de la Ste Italienne de Psychiatrie, qui en exprimait l'adhésion au centenaire.

« La neuro-psychiatrie doit au génie de Valentin Magnan des progrès fondamentaux. Entr'autres, une des œuvres de ce grand savant, les mémorables leçons sur les maladies mentales, ont eu en Italie, ainsi que dans tout le monde, une influence profonde. On a pu croire, dans une certaine période de l'évolution de la psychiatrie, qu'on aurait du abandonner quelques conceptions de Valentin Magnan ; mais ces conceptions ont repris toute leur évidence et s'imposent d'une façon définitive. C'est le propre du génie de surmonter victorieusement une époque historique avec la découverte de la vérité ».

Un télégramme des présidents de la Sté psychologique Léningrad, Prs OSSIPOV et OSTANICOF GOLANT ; — une lettre du Pr P. OSTANCOW, directeur de la clinique de psychiatrie, à l'institut de médecine Léningrad ; — un télégramme du Pr KROLL, Pr honoraire de la Ste neurologique et psychiatrique de Moscou, qui qualifie Magnan « une des grandes gloires de la science française, source inépuisable des génies » ; — une lettre du Dr LWOFF, ancien élève de Magnan, organisateur avec Sérieux du Jubilé du Maître :

« L'état de ma santé, écrit-il notamment, ne me permet pas, à mon grand regret, d'assister à la séance consacrée à mon maître vénéré Magnan. Il m'a été donné non seulement d'assister à son œuvre scientifique mais de le connaître un peu dans sa vie privée. Ce qui dominait dans son existence, c'était l'Idée du malade. Pascal disait : « Je crois à une religion dont les adeptes se font martyrs. » Or Magnan s'est fait martyr de cette divinité, et on a cru en lui. Il a su créer ainsi un lien spirituel indélébile entre lui, ses élèves et ses nombreux disciples de tous les pays étrangers où son œuvre scientifique était admirée. »

Le Ministère de la Santé publique était représenté par M. Haye, sous-directeur, et Levêque, chef du 1er bureau ; la Préfecture de police par M. Vetel, directeur-adj. de la 1re Don, la Préfecture de la Seine par M. Michaut, ss-directeur aux Affaires départementales.

Le Dr et Mme A. Fillassier, ses gendre et fille ; le Dr et Mme J.-N. Péron, ses petits-enfants, assistaient à la séance.

Donnons ici la liste des délégués étrangers :

Belgique. — Sté de médecine mentale de Belgique : M. le Dr J. Duchâteau, inspecteur général honoraire des asiles de Belgique ; et M. le Dr Louis Massaut, directeur honoraire de la colonie de Lierneux.

Grande-Bretagne. — The Royal medico-psychological association : M. le Dr G.-W.-B. James ; The Royal Society of médecine : M. le Dr G.-W.-B. James.

Canada. — Neuro-psychiatres de la province de Québec : M. le Dr Paul Larivière, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de Montréal.

Hollande. — Ste néerlandaise de psychiatrie et de neurologie : M. le Dr Ariens Kappers, président.

Italie. — Ste italienne de psychiatrie : M. le Pr Arturo Donaggio, doyen de la Faculté de médecine de Modène, président ; Ste italienne de neurologie : M. le Pr Arturo Donaggio, doyen de la Faculté de médecine, président.

Roumanie. — Neuropsychiatres roumains : M. le Pr Demètre Em. Paulian, de Bucarest.

Suisse. — Sté suisse de neurologie : M. le Pr M. Minkowski, de l'Université de Zurich ; Ste suisse de psychiatrie : M. le Dr Williams Boven, Privat-Docent, de l'Université de Lausanne.

Prirent tour à tour la parole :

M. le Pr Claude, au nom de l'Académie de médecine, de la Faculté de médecine de Paris, de tous les délégués français ; M. le Dr De Craëne, au nom des neuro-psychiatres belges ; M. le Dr G.-W.-B. James, au nom de The Royal medico-psychological association, et de The Royal society of medecine ; M. le Dr Paul Larivière, au nom des neuro-psychiatres canadiens français ; M. le Pr Demètre Em. Paulian, au nom des neuro-psychiatres roumains ; M. le Pr Minkowski, au nom de la Sté suisse de neurologie ; M. le Dr William Boven, au nom de la Ste suisse de psychiatrie.

M. le Dr Paul SÉRIEUX avait envoyé une communication admirable sur son ancien maître dans laquelle il caractérisait son œuvre : « Clinicien avant tout, mais clinicien d'une pénétration incomparable, investigateur hardi dans tous les domaines de la pathologie mentale, Magnan a eu le rare privilège d'en agrandir l'étendue, d'en explorer et d'en délimiter les territoires variés et d'y faire régner un ordre souverain ».

***

Dans son mémoire : *Magnan dans son service de l'Admission à l'Asile Ste-Anne*, le Dr SIMON analyse « les raisons que nous pouvons apercevoir de sa valeur et de son influence » ; il ne croit pas se tromper en affirmant « que celle de Magnan résidait avant tout dans son caractère ». Son exposé comprend trois parties :

D'abord *l'homme* : travailleur acharné, chef de service énergique, mais bienveillant et paternel à l'égard des malades ; ensuite *l'œuvre* : œuvre de diagnostic rapide et de classification portant sur l'ensemble des cas d'aliénation, tel que l'exige précisément le Service de l'Admission et de la répartition de la Seine ; à cet égard deux chapitres :

1° En ce qui concerne les affections mentales avec base organique, Magnan dégage chaque fois les signes essentiels, ceux-là qui seuls impliquent un diagnostic positif. Un exemple du clinicien : l'interrogatoire des paralytiques généraux. Dans les vésanies, Magnan distingue des affections simples, véritablement typiques : manie, mélancolie, folie intermittente, délire chronique à évolution systématique, et le groupe des troubles variés qu'il rattache à la dégénérescence mentale.

2° La dégénérescence mentale telle que la comprenait Magnan. Offensive de la démence précoce de Kræpelin. Tous les efforts faits pour substituer à la dégénérescence mentale d'autres cadres restent jusqu'ici de résultats indécis et fragiles.

L'auteur rappelle en conclusion que la même énergie

appliquée à l'étude des malades, Magnan l'apportait à entretenir, par un optimisme thérapeutique volontaire, tout ce qui chez un aliéné peut rester sain mentalement.

Avant de quitter ce rapport, qu'il nous soit permis de rapporter un détail pittoresque mais bien caractéristique et dont croyons-nous il n'y a nul exemple dans l'histoire de la médecine : nommé au Service de l'admission à l'Asile clinique Sainte-Anne, Magnan y habita pendant ses 45 années d'activité laborieuse : dans l'alcôve où il couchait il avait fait ouvrir une porte qui conduisait directement dans les salles de femmes aliénées ; la nuit venue, les infirmières n'arrivaient-elles pas à calmer une malade, elles frappaient à sa porte, Magnan se levait, s'habillait, passait dans son service et ne retrouvait sa chambre que la malade endormie ou tout au moins calmée ; souvent il arriva qu'une malade agitée gagnait le couloir et frappait à sa porte : Magnan se levait, s'habillait sommairement et s'efforçait de l'apaiser, puis il la reconduisait lui-même à son lit et l'y installait.

* * *

Au Dr Guiraud, il appartenait de retracer « *l'Œuvre anatomo-clinique de Magnan* ». Après avoir rappelé que Magnan avait été surtout un grand clinicien, mais qu'il avait étendu son activité à la science psychiatrique tout entière, il a apporté, dit il, à l'anatomie pathologique une importante contribution que le temps a laissée intacte. Pour apprécier justement ses travaux il faut les replacer à l'époque où ils ont été effectués et tenir compte de ce fait que la technique histologique était alors bien moins perfectionnée qu'aujourd'hui. Magnan a montré que la paralysie générale n'est pas seulement une méningite chronique mais une encéphalite interstitielle diffuse. Un autre point important sur lequel il a insisté dès le début a été également confirmé : c'est l'atteinte simultanée de l'encéphale, de la moelle et des nerfs périphériques. Il est impossible de rappeler les nombreux travaux de détail de Magnan sur la paralysie générale : dégénérescence colloïde, granulations épendymaires, paralysie générale à prédominance régionale, atteinte des nerfs craniens, etc. Ses recherches sur l'alcoolisme et ses lésions histologiques ainsi que sur l'épilepsie sont devenues classiques. L'auteur rapporte une curieuse observation de Magnan qui est le premier cas publié de l'affection que beaucoup plus tard on a appelée « maladie de Pick ».

Les théories anatomo-pathologiques générales de Magnan présentent un intérêt capital au point de vue historique. Sa doctrine du déséquilibre des centres nerveux entrant en jeu isolément et en désaccord avec le reste du système nerveux et du psychisme était en concordance parfaite avec les tendances de son époque ; la conception de l'automatisme mental en découle directement.

Si actuellement nos idées ont un peu évolué sur ce point, à la suite de nombreux travaux contemporains, il n'en reste pas moins vrai que la diversité histologique et fonctionnelle des centres nerveux et spécialement des aires corticales doit constituer la base de toute tentative d'inclure la psychologie dans la physiologie nerveuse. Certains jeunes psychiatres négligent actuellement l'étude du cerveau, l'exemple de Magnan doit leur faire comprendre la nécessité de l'union indissoluble de la clinique et de l'anatomie.

* * *

Au Dr Vurpas était confié un rapport sur *Les Obsessions, les Impulsions et les Perversions sexuelles dans l'œuvre de Magnan*. C'est en voulant démontrer, dit-il, que l'intelligence était troublée dans sa totalité même lorsque le désordre paraissait limité, comme on l'observe dans les monomanies, que Magnan fut conduit à une analyse minutieuse des impulsions. Il montra d'abord qu'elles revêtent les signes de l'affection mentale qu'elles traduisent. Manifestations limitées d'un délire systématisé, elles en constituent une réaction délirante de caractère médico-légal. Leur mobilité, leurs transformations constantes prouvent bien que le fonds mental est touché en général et que les idées délirantes n'en sont que les manifestations passagères. Dans un mémoire paru en mars 1881, Magnan exposa ses premières *Etudes cliniques sur les impulsions et les actes des aliénés*. Dans un second, paru en 1882, en collaboration avec Charcot sur l'*Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles*, il précisa ses idées et agrandit le cadre des impulsions, en décrivant des perversions sexuelles qui constituent des cas nouveaux ; il montra que les désordres observés relèvent non d'une monomanie instinctive, c'est-à-dire d'un trouble intellectuel partiel, mais d'un état de dégénérescence.

Même doctrine dans son Mémoire de 1884 sur la dipsomanie, manifestation épisodique de la folie héréditaire où le facteur prédisposition joue un rôle prépondérant.

La sitiomanie dont les accès présentent les mêmes caractères fondamentaux que la dipsomanie en est la réplique. La folie des antivivisectionnistes dépasse la simple impulsion ; l'obsession s'y combine à la paranoïa, l'expression la plus haute du délire systématisé. L'onomatomanie est l'apanage de la classe supérieure des dégénérés et manifestation de la folie héréditaire.

Magnan voit dans l'impulsion une atteinte globale de l'intelligence bien que cette atteinte ne paraisse que partielle. Il lui a assimilé l'exhibionnisme qui devient cas particulier de l'impulsion : les autres perversions sexuelles ne sont que des variétés d'impulsions accompagnées d'anomalies sexuelles. L'onomatomanie, une des formes les plus pures de l'obsession, révèle à son tour un même mécanisme. Une même cause déterminante en conditionne le développement. Un livre : *Les dégénérés*, en collaboration avec Legrain, est une large synthèse de cette question. L'obsession et l'impulsion y sont rapprochées et même étroitement liées au point qu'elles semblent la réplique l'une de l'autre. La cause de ces troubles est aux yeux de Magnan le manque de synergie des fonctions intellectuelles ou leur déséquilibre. Les diverses fonctions psychiques ne conservant plus leur tonus habituel, ne réagissent qu'imparfaitement les unes sur les autres et une désharmonie de l'ensemble en est la conséquence. La dégénérescence qui les englobait, consistait ainsi en un déséquilibre des diverses fonctions psychiques et la cause en était une lésion anatomique, qui provoquait une irritation et un défaut d'action des centres les uns sur les autres.

* * *

Le Dr Mignot chargé de retracer les *Etudes de Magnan sur l'alcoolisme*, rappelle qu'il s'est intéressé toute sa vie à cette question de l'alcoolisme. Son premier travail date de 1864, alors qu'il est interne à Bicêtre et, à la veille de prendre sa retraite, en 1912, il publie au Congrès d'Eugénie à Londres, la plus importante contribution qui ait jamais été poursuivie sur ce sujet. Ses statistiques montrent l'augmentation progressive du nombre des accidents mentaux de l'alcoolisme, l'accroissement de l'intoxication chronique chez la femme, l'importance et la fréquence des internements provoqués par l'alcool. Elève de Claude Bernard, il a le premier associé à l'observation clinique psychiatrique, l'expérimentation physiologique. Ses expériences sur les animaux ont déterminé l'action respective des diverses substances toxiques, contenues dans les boissons spiritueuses ; il a montré également l'action de l'alcool sur l'intelligence du chien et prouvé que l'intoxication éthylique ne provoque pas de convulsions ; alors que les essences et particulièrement l'absinthe sont essentiellement épileptogènes. Soumettant ses animaux sacrifiés à l'examen anatomo-pathologique, il a vu que les lésions représentaient les premiers degrés des désordres plus profonds observés chez l'homme. Au point de vue clinique, son mémoire : « Les diverses formes des délires alcooliques », qui a obtint le prix Civrieux en 1872 est son travail le plus intéressant. Cet ouvrage est devenu classique, il en a complété et précisé la substance dans de nombreuses leçons et publications. Nous lui devons la notion du *delirium tremens fébrile*, l'étude du mécanisme du délire

et des hallucinations chez les buveurs, la description de la démence alcoolique terminale, les caractères cliniques de l'intoxication absintique.

L'alcool, à côté de ses manifestations mentales aiguës, peut déterminer des délires secondaires prolongés chez les prédisposés héréditaires, chez les dégénérés ; il peut lui-même déterminer une prédisposition morbide chez l'individu et dans sa descendance. Magnan attribuait à l'alcool les trois quarts des internements de la Seine.

Il considère la Dipsomanie comme une manifestation épisodique d'un état mental plus profond que l'hérédité tient sous sa dépendance.

Magnan, avec tous ses contemporains, admettait que l'alcool peut provoquer la paralysie générale, mais il a bien su distinguer ces syndromes paralytiques fugaces d'origine toxique, qu'il faut distinguer de la maladie de Bayle proprement dite.

C'est aux interventions de Magnan qu'est due l'activité de la campagne antialcoolique de la fin du siècle dernier et des premières années du siècle présent, la suppression de l'absinthe en 1914. Il réclamait des moyens d'assistance pour les alcooliques ; il considérait que les Asiles d'aliénés ne leur convenaient pas. Il demandait également des mesures de protection sociale permettant d'intervenir avant que les buveurs d'habitude sombrent dans la folie ou dans le crime.

Les recherches physiologiques de Magnan, ses observations cliniques, psychologiques, anatomiques, médico-légales et médico-sociales, ont pour ainsi dire épuisé la question de l'alcoolisme et elles resteront une des parties les plus admirables de son œuvre.

***

Le Dr V. Truelle a dégagé l'*Œuvre médico-légale de Magnan*. Ici comme dans toute son œuvre, le maître de l'Admission s'est montré à la fois novateur et traditionnaliste. Esprit avant tout pratique, clinicien remarquablement avisé et entraîné, ennemi des théories *a priori*, avide d'abord « d'interroger les faits » pour n'en tirer qu'ensuite les déductions qui en découlent naturellement, sachant toujours discriminer l'essentiel de l'accessoire, doué d'un jugement sûr et d'un bon sens à toute épreuve, profondément humain mais aussi profondément droit, Magnan ne pouvait nous laisser en médecine légale que des enseignements toujours présents et toujours vrais.

A ce que, de ce point de vue, il a écrit et fait connaître des formes psychiques de l'épilepsie, des associations et combinaisons délirantes qu'elle peut comporter, rien d'essentiel, on pourrait dire rien d'utile, n'a été ajouté depuis.

En établissant, avec l'insistance qu'il y a mise, que l'affaiblissement intellectuel global est le signe psychopathique cardinal de la paralysie générale, en définissant et détaillant les caractères propres de cette démence initiale, Magnan a su éclairer définitivement le processus et les modalités de la délinquance de ces malades, encore trop souvent méconnus avant lui par les tribunaux.

Sa vaste synthèse des syndromes épisodiques des dégénérés a fait comprendre la multiplité des réactions antisociales de ces grands anormaux, en a fixé la nature morbide ; et ainsi s'est trouvé délimitée, dans la mesure du moins où la complexité des cas et des faits peut le permettre, la responsabilité pénale de ces anormaux ou de ces dévoyés. Par lui le groupe multiforme et complexe des Persécutés-persécuteurs, des Fous raisonnants, des Paranoïaques, des Délirants passionnels ont été définis.

Le savant rapporteur n'insiste pas sur ses travaux relatifs aux anomalies, aberrations et perversions sexuelles, ils sont bien connus, — sur les délinquances et les crimes sexuels, — sur la délinquance des alcooliques et celle des épileptiques toujours vrais et d'actualité.

Demeurent également toujours vraies et doivent constamment être présentes à l'esprit du médecin-expert les règles que Magnan a posées en vue du dépistage de la simulation de la folie. Enfin le Dr Truelle prend soin de rappeler ses efforts pour découvrir dans son service, les aliénés méconnus.

La médecine légale psychiatrique doit à Magnan le meilleur de ce qu'elle a pu entreprendre jusqu'à ce jour.

***

Le Dr M. Desruelles dégage « *L'influence de Magnan sur l'Assistance et la Thérapeutique des aliénés* ».

On est vraiment stupéfait, en voyant comment était conçue avant Magnan, la thérapeutique des aliénés. On savait que Magnan avait dû lutter avec une énergie extrême contre les habitudes de l'époque, lorsqu'il avait voulu obtenir la suppression de la camisole de force et de la cellule : on le revoit avec Marcel Briand et tant d'autres, avec un personnel d'un dévouement admirable, surveiller les malades, substituer l'alitement à ces pratiques.

Mais pouvait-on concevoir, si le Dr Desruelles ne l'avait rappelé, que Pinel estimait que dans la manie, « il prépare la guérison dans un grand nombre de cas, en recourant d'abord à une *répression énergique* » ; que les douches permettent de « dompter les aliénés » ! Ferrus admet les « *punitions* », — « si la saison le permet les douches d'eau froide sur la tête », — il tolère les menottes de fer ! Pour Esquirol « *la crainte* par son action débilitante, modère l'excès de leur instabilité... mais il ne faut pas que ce moyen soit porté jusqu'à la terreur.... ».

A Rouen, en 1851, on donne aux furieux « le bain de surprise » ; le malade « est introduit dans un sac clos au-dessus de sa tête et jeté dans le petit ruisseau qui traverse l'hospice ; on employait aussi la douche de feu, ainsi nommée parce qu'on la donnait avec la pompe à incendie ».

Vraiment à voir contre quel état d'esprit Magnan eut à lutter, on a tendance à le considérer comme un héros !

Après quelques mots de remerciements du Dr Fillassier, au nom de la famille de Magnan, la séance fut levée et l'on se rendit au Restaurant Ledoyen, aux Champs-Elysées, où allait se tenir le banquet annuel de la Ste médico-psychologique.

***

Par le nombre des convives et leur qualité, par le nombre des délégués étrangers, celui-ci dut au Centenaire de Magnan, de prendre une importance particulière.

Au dessert, *M. le Sénateur Paul Strauss*, Ancien Ministre, Vice-Président du Sénat, indiqua qu'il avait été appelé à cette présidence, que de nombreux collègues de l'Académie de Médecine, MM. les Prs Claude, Dumas, Guillain, Janet, du Collège de France, et combien d'autres, eussent pu présider avec une plus grande compétence médicale que lui, mais qu'en l'y appelant on avait voulu la confier à un ami de Magnan ; il rappela les relations qui s'établirent entre eux il y a cinquante ans pour le bien des Aliénés, alors qu'il était tout jeune Conseiller Général de la Seine, et magnifiant son œuvre, félicita la Ste Médico-psychologique d'avoir célébré son Centenaire. Après lui *M. le Dr Simon* remercia le Ministre et dit sa satisfaction du succès obtenu par le Centenaire ; puis *M. le Dr De Craëne*, au nom de tous les délégués étrangers et de la Belgique, joignit ses félicitations ; il s'adressa spécialement au Dr René Charpentier, Secrétaire Général, qui, ancien interne de Magnan, en avait eu la pensée première et l'avait réalisé avec tant de succès. D'ailleurs, dit-il, le Dr Charpentier réussit toujours ; qu'il s'agisse d'organiser un Congrès, — qu'il s'agisse d'affronter quelque difficulté d'ordre protocolaire, — de dissiper les susceptibilités de tel ou tel en une circonstance imprévue, le Dr Charpentier est toujours là et réussit toujours. Aussi se réjouit-il en tant que Belge, de le voir bientôt à la Présidence du Congrès qui va se tenir fin juillet à Bruxelles.

Après quelques mots du *Dr Noël Péron*, qui, en termes heureux, s'excusa d'être trop jeune pour avoir pu être l'élève de son Grand-père, mais rappela les souvenirs d'enfance que celui-ci lui avait laissés, le banquet prit fin.

On se leva, mais des groupes se formèrent et la douzième heure sonnait que les conversations duraient encore et que tous communiaient dans la pensée éternelle du Maître !

A. Fillassier.

La Névralgie du Trijumeau

Par

Th. ALAJOUANINE et R. THUREL

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'hospice de Bicêtre

Ancien chef de clinique à la Faculté
Médecin assistant de l'hospice de Bicêtre

Nos recherches sur la névralgie du trijumeau nous conduisent à attribuer celle-ci à une hyperexcitabilité du nerf ; le trijumeau, du fait de cette hyperexcitabilité, répond au moindre stimulus, appliqué en un point de son territoire, par une réaction douloureuse caractérisée par un élancement de courte durée, en éclair, et suivie d'une phase d'inhibition pendant laquelle le nerf ne réagit plus. L'hyperexcitabilité du trijumeau est entretenue par une lésion irritative, qui ne fait qu'exceptionnellement sa preuve : il s'agit le plus souvent d'une simple épine irritative, vraisemblablement cicatricielle, ce qui enlève de son importance à son étiologie.

L'étiologie de la névralgie du trijumeau, échappant dans la presque totalité des cas, soit à nos investigations, soit à nos moyens thérapeutiques, le traitement physiopathologique est le seul possible ; il est d'ailleurs particulièrement efficace, lorsqu'il est appliqué à bon escient et correctement. Il consiste en une section physiologique ou anatomique du nerf, par alcoolisation ou par neurotomie.

La méthode des alcoolisations n'a jamais trompé notre attente, et nous nous élevons avec énergie contre le discrédit dont elle est l'objet de la part de certains médecins. Ceux-ci lui reprochent d'être dangereuse et de ne pas toujours apporter la guérison escomptée : les complications tiennent à un manque d'expérience et de prudence ; les échecs ne sont pas le fait de la méthode, ils s'expliquent soit par une erreur de diagnostic, les sympathalgies faciales étant encore trop souvent confondues avec la névralgie du trijumeau, soit par une faute thérapeutique, alcoolisation non centrée sur la branche nerveuse responsable ou injection d'alcool râtée.

I. Nécessité d'un diagnostic exact

L'alcoolisation ne guérit que la névralgie du trijumeau, elle reste sans effet sur les sympathalgies ou les autres névralgies, celle du glossopharyngien et celle de l'intermédiaire de Wrisberg ; aussi doit-elle être précédée d'un diagnostic exact.

Le diagnostic de la névralgie du trijumeau ne saurait prêter longtemps à discussion : les caractères de la douleur sont bien connus et si particuliers, qu'à eux seuls ils ont permis à Trousseau d'individualiser la névralgie faciale. Les erreurs de diagnostic tiennent à ce que les autres algies faciales ne sont pas suffisamment connues et ne sont pas franchement séparées de la névralgie du trijumeau ; le terme de névralgie faciale est devenu une expression vague dont malades et médecins se servent indistinctement à propos des différentes algies faciales, alors qu'il doit être réservé pour désigner la névralgie du trijumeau.

La douleur de la névralgie du trijumeau à la soudaineté et la brièveté d'un éclair : c'est une douleur fulgurante, en tous points comparables aux douleurs fulgurantes du tabes ; elle éclate en un point quelconque du territoire du trijumeau, pénètre en profondeur ou se déplace en surface, empiétant souvent sur les territoires de plusieurs branches nerveuses, mais sans jamais déborder le domaine du trijumeau. Cette douleur donne au malade l'impression d'une décharge ou d'un courant électrique.

A la douleur fulgurante peut se surajouter des sensations de brûlure et de picotements, qui prolongent de quelques secondes la durée de l'accès et qui laissent souvent à leur suite un endolorissement passager ; quoiqu'il en soit la durée de l'accès se compte par secondes, et n'atteint jamais une minute.

Lorsque l'accès névralgique est violent, l'hémiface douloureuse est le siège d'une crispation énergique, qui exprime la douleur mais semble également apporter un soulagement, et l'attitude du malade est très spéciale : il applique fortement la main sur la joue douloureuse et attend immobile et muet, comme sidéré, la fin de l'accès ; plus rarement, la tête dans les mains, il se balance en poussant des gémissements.

Les accès douloureux se succèdent, plus ou moins rapprochés, mais toujours séparés par un intervalle libre, complètement exempt de douleurs ; il est exceptionnel que la durée de l'intervalle libre s'abaisse au-dessous de trois minutes.

La soudaineté, la brièveté et l'intermittence des douleurs caractérisent la névralgie du trijumeau ; mais la qualification de la douleur est souvent malaisée, les réponses des malades manquent de précision, alors même que l'interrogatoire est méthodiquement conduit. La douleur fulgurante, lorsqu'elle n'est pas très vive, peut être rejetée au second plan par les sympathalgies surajoutées (brûlures, picotements) ; la durée de l'accès semble toujours au malade plus longue qu'elle n'est en réalité : les secondes douloureuses deviennent des minutes ; l'intermittence des douleurs avec intervalles libres n'est d'ordinaire reconnue qu'après de nombreuses explications : les malades prétendent de bonne foi que leurs douleurs sont continues, lorsque celles-ci sont déclenchées à chaque instant par le moindre mouvement.

La névralgie du trijumeau possède heureusement un autre caractère, qui facilite le diagnostic et qui à lui seul permet d'affirmer la nature névralgique des douleurs, lorsque les réponses du malade sont imprécises et ne permettent pas de qualifier les douleurs : *c'est le réveil des douleurs par diverses causes provocatrices. La notion de stimulus à l'origine de la douleur constitue l'élément de diagnostic primordial de la névralgie du trijumeau.*

Les douleurs névralgiques sont déclenchées par l'attouchement en un point du territoire du trijumeau, par les mouvements de la face, la parole, la mastication, et même par l'ébranlement déterminé par la marche ou les vibrations d'une voiture. Si le moindre doute persiste, il ne faut pas hésiter à déclencher un accès douloureux en mettant en jeu ces causes provocatrices ; mais il ne faut pas oublier que l'action nocive du stimulus est variable d'un moment à l'autre du fait de phases d'inhibition qui succèdent aux accès douloureux et dont la durée est au moins de trois à quatre minutes ou des phases de rémission spontanée, pendant lesquelles les douleurs ne peuvent être réveillées par les causes provocatrices habituelles.

La névralgie du trijumeau évolue en effet, tout au moins dans les débuts, par poussées séparées par des périodes de rémission plus ou moins longues. Par la suite les rémissions deviennent de plus en plus rares et de plus en plus courtes et le malade, en dehors des phases d'inhibition de quelques minutes, est constamment à la merci des causes provocatrices ; aussi se protège-t-il contre toute excitation venue de l'extérieur et renonce-t-il non seulement à parler, mais encore à s'alimenter de façon suffisante.

L'examen objectif, pratiqué pendant les phases d'inhibition ou de rémission, est négatif. La pression aux points d'émergence des nerfs n'est pas plus douloureuse que normalement ; la sensibilité cutanéo-muqueuse aux différents modes n'est aucunement diminuée, le réflexe cornéen est conservé : il ne saurait en être autrement puisque la névralgie est une manifestation d'hyperexcitabilité.

Les éléments de diagnostic de la névralgie du trijumeau sont donc multiples et ne laissent pas place à l'incertitude ; le déclenchement de la douleur par les causes provocatrices est le plus important, car il ne prête pas à discussion.

La confusion des différentes algies de la face est étonnante pour qui sait l'opposition qui existe entre les caractères de la névralgie du trijumeau et ceux des sympathalgies faciales : il faut croire que cette opposition n'a pas été suffisamment schématisée ou n'est pas encore admise.

Les sympathalgies surviennent par crises de plus ou moins longue durée, plusieurs heures en règle générale : les douleurs n'atteignent leur maximum d'intensité que peu à peu et leur atténuation est lente ; elles sont continues. Il persiste souvent dans l'intervalle des crises des sensations désagréables, si bien que le malade souffre en permanence.

Il est difficile d'obtenir des malades des précisions sur les sensations qu'ils éprouvent ; celles-ci sont d'ailleurs multiples et variées : fourmillements, picotements, constriction, brûlures. Bien que d'ordinaire elles ne soient pas très violentes en elles-mêmes, ces douleurs sont cependant fort pénibles du fait de leur persistance.

Les sympathalgies sont rarement limitées à tout ou partie du territoire du trijumeau ; elles le débordent plus ou moins, pouvant diffuser à l'hémicrane, à la nuque et parfois même à l'épaule.

On ne trouve à l'origine des crises ou des renforcements douloureux aucune cause provocatrice ; les douleurs ne sont pas exagérées par les mouvements, pas plus qu'elles ne sont calmées par le repos.

L'état de la sensibilité objective est variable selon le siège des lésions : les sympathalgies peuvent fort bien coexister avec une anesthésie ; cette anesthésie douloureuse n'est aucunement paradoxale, puisque les douleurs relèvent de l'atteinte du sympathique alors que l'anesthésie traduit la destruction des fibres sensitives.

Nous ne nous occuperons pas de l'étiologie des sympathalgies ; les caractères des douleurs permettent à eux seuls de faire la discrimination entre la névralgie du trijumeau et les sympathalgies faciales.

Les névralgies du glosso-pharyngien et de l'intermédiaire de Wrisberg ressemblent par leurs caractères à la névralgie du trijumeau, mais la topographie des douleurs est différente.

Les douleurs de la névralgie du glosso-pharyngien sont localisées à l'oreille et à l'amygdale, mais elles peuvent irradier dans la mâchoire inférieure et en imposer pour une névralgie du maxillaire inférieur ; c'est la déglutition, et non la mastication, qui réveille les douleurs.

Les douleurs de la névralgie de l'intermédiaire de Wrisberg sont localisées à l'oreille, mais elles peuvent irradier en avant de l'oreille ; elles coexistent d'ordinaire avec des manifestations traduisant l'atteinte concomitante du nerf facial, hémispasme ou paralysie faciale.

II. Nécessité d'un traitement bien conduit

La névralgie faciale authentique, ayant pour substratum physiopathologique une hyperexcitabilité du trijumeau, ne survit pas à la destruction de ce nerf, à condition de ne pas s'être trompé dans le choix de la branche à alcooliser.

Les échecs des alcoolisations périphériques, lorsque celles-ci sont réussies déterminant une anesthésie du territoire correspondant, tiennent à une erreur dans le choix des branches à alcooliser.

Nous avons cru pendant longtemps, comme tout le monde, qu'il suffisait d'alcooliser la branche ou les branches nerveuses qui sont le siège des douleurs, pour faire disparaître celles-ci ; mais deux échecs, survenus coup sur coup, nous ont montré que l'alcoolisation des branches nerveuses correspondant au territoire douloureux pouvait laisser persister les douleurs, bien que l'anesthésie fut complète, et nous ont conduit à modifier notre conception sur la pathogénie et le traitement de la névralgie du trijumeau.

Voici les faits, tels qu'ils se sont présentés à nous (1) :

Le premier malade ressent des élancements douloureux intermittents dans la région sus-orbitaire gauche ; ceux-ci sont réveillés par la parole, la mastication, le contact de la langue avec les lèvres ou les gencives, le passage sur l'hémiface gauche de la serviette, du blaireau ou du rasoir.

L'alcoolisation du nerf frontal, bien que suivie d'une anesthésie complète de son territoire reste sans effet : les douleurs fulgurantes frontales n'en persistent pas moins, déclenchées par les mêmes causes provocatrices.

L'alcoolisation du nerf nasal n'apporte aucun soulagement.

C'est alors qu'une alcoolisation du ganglion de Gasser est décidée : on parvient aisément au contact du trou ovale, mais il est impossible de pénétrer à travers cet orifice ; force est de se contenter d'une alcoolisation du maxillaire inférieur, déterminant une anesthésie de la mâchoire inférieure et de la moitié gauche de la langue. Les douleurs fulgurantes du front disparaissent aussitôt ; elles n'ont pas encore récidivé deux ans plus tard.

Chez le second malade les élancements douloureux intermittents sont localisés au territoire du nerf maxillaire supérieur droit et sont déclenchés par la parole, la mastication, l'attouchement de l'hémiface droite.

L'alcoolisation du nerf sous-orbitaire n'a qu'un effet de courte durée, malgré la persistance de l'anesthésie ; il en est de même de l'alcoolisation des nerfs palatins dans le canal palatin postérieur et du tronc du maxillaire supérieur dans la fosse ptérygomaxillaire. Le passage de la langue sur le palais, la gencive ou la lèvre provoque encore des élancements douloureux malgré l'anesthésie complète de ces régions.

Le malade, ayant remarqué que l'attouchement des mêmes régions avec le doigt ne réveille par les douleurs, à l'idée d'explorer le bout de sa langue avec la pointe d'un crayon ; or, l'excitation de la moitié droite de la langue, perçue localement de façon normale, provoque un retentissement douloureux en éclair dans le territoire anesthésié du maxillaire supérieur droit

L'alcoolisation du maxillaire inférieur droit, au niveau du trou ovale, détermine une anesthésie de la mâchoire inférieure et de la moitié droite de la langue et fait disparaître en même temps les élancements douloureux dans le territoire du maxillaire supérieur. Les douleurs n'ont pas encore récidivées au bout de deux ans.

(1) Alajouanine et Thurel. — La névralgie faciale. Importance du stimulus et de la zone d'excitation. *La Presse Médicale*, 3 mars 1934.

Ce n'est pas le siège de la douleur qui doit servir de guide dans le choix de la branche ou des branches nerveuses à alcooliser mais la zone d'excitation, c'est-à-dire la zone qu'il suffit d'ébranler d'une façon quelconque pour déclencher la réaction névralgique.

L'anesthésie de la zone d'excitation suffit à faire disparaître toutes les douleurs, non seulement les douleurs qui occupent cette zone, mais également les douleurs des territoires voisins, qu'il s'agisse d'irradiations parties de la zone d'excitation ou de retentissement douloureux à distance.

C'est surtout cette dissociation de la zone d'excitation et du territoire douloureux, qui nous incite à considérer la névralgie faciale comme une réaction douloureuse de tout ou partie du trijumeau, déclenchée par un stimulus portant sur un point quelconque du territoire sensitif du nerf. Il est logique d'attribuer l'hyperexcitabilité du trijumeau à une lésion irritative siégeant en un point quelconque du trajet du nerf, et plus particulièrement en amont du ganglion de Gasser : ne voit-on pas les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, la sclérose en plaques, la syringomyélie, être parfois à l'origine d'une névralgie faciale typique à condition que les lésions soient purement irritatives ; mais, dans la presque totalité des cas, les lésions responsables de la névralgie faciale restent indéterminées quant à leur siège et quant à leur nature : sans doute s'agit-il d'une simple épine irritative cicatricielle.

La guérison par alcoolisation périphérique des névralgies symptomatiques de lésions irritatives portant sur la portion intra-bulbo-protubérantielle se conçoit dès que l'on admet qu'elle tient à l'anesthésie de la zone d'excitation, sinon on ne comprendrait pas que la destruction d'une branche périphérique puisse faire disparaître des douleurs déterminées par des lésions bulbo-protubérantielles ; d'ailleurs, en cas de dissociation de la zone d'excitation et du territoire douloureux, l'alcoolisation de la branche nerveuse correspondant au territoire douloureux n'empêche pas à elle seule les élancements névralgiques de se produire malgré l'anesthésie.

Il n'est pas toujours aisé de localiser la zone d'excitation. Les mouvements de la langue et plus encore la mastication, la parole, ne vont pas sans contacts nombreux en des points divers, parmi lesquels il est difficile de déterminer celui qui est en cause. Seul l'attouchement en un point précis à une valeur localisatrice, mais il importe de vérifier les données fournies par le malade à ce sujet ; dans cette recherche il ne faut pas oublier que l'action nocive du stimulus est variable d'un moment à l'autre du fait des phases d'inhibition post-paroxystiques et des phases de rémission spontanée ; l'exploration doit donc être pratiquée à plusieurs reprises.

Le malade indique parfois plusieurs zones d'excitation ou bien une zone d'excitation très étendue. En réalité la zone d'excitation est moins étendue qu'elle ne le paraît au premier abord : elle peut en effet être ébranlée par des excitations à distance.

Le siège de la zone d'excitation est variable : aile du nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure, bout de la langue ; mais la zone d'excitation est toujours la même chez un même malade, tout au moins à un stade donné de l'évolution.

Lorsqu'il n'est pas possible de localiser la zone d'excitation, au lieu de multiplier les alcoolisations périphériques à la recherche de la branche nerveuse responsable, nous préférons recourir à l'alcoolisation du ganglion Gasser : avec une seule piqûre on obtient en effet l'anesthésie de toute l'hémiface.

La pratique des alcoolisations nécessite une longue expérience : il importe en effet de restreindre dans la mesure du possible les tâtonnements toujours douloureux, d'obtenir à chaque fois l'anesthésie libératrice recherchée et de ne déterminer aucun accident. Laissant de côté les complications, nous n'envisagerons que les échecs et les moyens de les éviter.

Pour détruire un nerf il n'est besoin que d'une petite quantité d'alcool (un demi à un centimètre cube), mais l'alcool doit être fort (alcool absolu ou à 95°) et injecté dans le nerf ou tout au moins dans son voisinage immédiat. Le meilleur gage de réussite est l'introduction de l'aiguille jusqu'au contact de l'orifice d'émergence et mieux à travers celui-ci ou plus profondément dans l'intérieur du canal osseux où chemine la branche nerveuse : il est donc nécessaire de connaître le siège, la forme et la direction de l'orifice ou du canal osseux. Le choix du point de piqûre dépend de ces facteurs ; le chemin le plus direct pour arriver à l'orifice d'émergence du nerf n'est pas toujours le meilleur. La connaissance des repères osseux profonds permet de progresser avec certitude et d'éviter les fausses routes, quelle que soit la voie d'introduction de l'aiguille.

La piqûre du nerf détermine une douleur exquise irradiant dans tout son territoire, et l'injection d'alcool est suivie d'une anesthésie immédiate et persistante de ce territoire. Il ne faut

pas se contenter d'une anesthésie incomplète si l'on veut tenir ses promesses envers le malade et lui donner une ou deux années sans douleurs. L'injection d'alcool est facilement acceptée lorsqu'elle réussit et donne les résultats escomptés ; plusieurs échecs, par contre, enlèvent toute confiance au patient, qui finit par se lasser et refuser toute intervention quelle qu'elle soit, nouvelle alcoolisation ou neurotomie rétrogassérienne.

Lorsqu'il est nécessaire de multiplier les alcoolisations périphériques, d'alcooliser successivement le frontal, le sous-orbitaire, le maxillaire inférieur, pour venir à bout de toutes les douleurs, et que la guérison ainsi obtenue est de trop courte durée, obligeant à répéter trop souvent les alcoolisations, il est préférable de tenter l'alcoolisation du ganglion de Gasser : avec une seule piqûre on obtient une anesthésie de toute l'hémiface et de ce fait une guérison certaine et qui plus est définitive ; il ne peut être question en effet d'une régénération nerveuse après destruction des cellules sensitives. L'alcoolisation du ganglion de Gasser a considérablement augmenté la portée de la méthode des alcoolisations, se plaçant quant à ses résultats sur le même plan que la neurotomie rétrogassérienne.

Sclérose latérale amyotrophique guérie

Professeur Gaetano BOSCHI

de l'Université de Ferrara

Le cas que je vais rapporter est — que je sache — le premier connu de guérison de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot). La méthode thérapeutique que j'ai préconisée il y a environ deux ans envisage le traitement d'affections chroniques toxi-infectieuses variées du névraxe : notamment scléroses en plaques et scléroses latérales amyotrophiques ; peut-être amyotrophies progressives spinales.

J'ai présenté mon premier cas de guérison de sclérose en plaques à la Société Médico-Chirurgicale de Padoue en février 1934 (1). D'autres guérisons ont suivi, et même dans des cas datant de 4-7 ans, ces derniers cependant avec des séquelles. Je ne peux pas me prononcer jusqu'à présent sur la durée de ces guérisons apparentes, étant donné le laps de temps trop court de l'observation consécutive. Je n'ai pu obtenir aucun résultat appréciable dans les séquelles de l'encéphalite épidémique.

Le traitement dont il s'agit découle de ma conception sur la physio-pathologie du liquide céphalo-rachidien, exposée dans de nombreux travaux miens et de mes élèves (2). On peut dire une description assez détaillée de cette méthode dans mon travail sur la sclérose en plaques plus haut cité. Elle consiste principalement dans la provocation répétée (4-5 fois, à la distance de 2-3 semaines) d'une méningite aseptique moyennant l'injection intrarachidienne d'eau bidistillée ; et dans l'administration par voie buccale d'une préparation à dose infinitésimale du sang du malade même, quelques heures après la provocation de la dite méningite aseptique (ouverture de la barrière é. é.)

Dans le cas de sclérose latérale amyotrophique dont il est particulièrement question ici, et que je vais décrire en résumé, j'ai employé aussi, en l'alternant avec la préparation sanguine, une préparation de liquide céphalo-rachidien prélevé par voie cisternale ; et une seule fois j'ai provoqué la méningite aseptique par voie cisternale au lieu que par voie lombaire.

S. Giulio, âgé de 43 ans, de Cento (Ferrara), entre à l'hôpital le 20 avril 1934.

Néphritique depuis vingt ans, il présente depuis deux ans une dysarthrie progressive ; les deux derniers mois sa parole est devenue incompréhensible même aux personnes de sa famille. Dès les premiers mois de 1933 un fourmillement aux petits orteils droits, et un certain grade de difficulté dans le resserrement du pouce droit contre les autres doigts.

Une dizaine de jours après l'apparition de la dysarthrie apparurent des troubles de la déglutition surtout vis-à-vis des aliments solides. Ensuite une faiblesse aux membres inférieurs jusqu'à difficulté dans la marche.

L'examen objectif constate principalement un peu de raideur dans la marche, une dysarthrie très considérable, une légère parésie du facial gauche, une hypotrophie de la langue, aréflexie du voile palatin comme du pharynx ; réflexes tendineux très vifs, mais des signes pyramidaux bien nets seulement à gauche. Le médecin oto-rhino-laryngologiste (Docteur Bergamini) constate une paralysie complète du récurrent, les cordes vocales se montrant en position cadavérique : aucun mouvement ni d'adduction ni d'abduction n'est possible. Rien d'anormal dans le liquide céphalo-rachidien si ce n'était une Pandy légèrement positive.

Intelligence tout à fait normale ; rien à l'appareil vasculaire.

On commença le traitement le 24 avril 1934.

Six jours après on pouvait déjà remarquer une amélioration subjective. Peu de temps après, disparition des troubles de la déglutition.

Le 25 juillet le malade quitta l'hôpital. Il pouvait courir assez aisément ; sa parole, encore un peu dysarthrique, était très compréhensible ; il persistait un signe de Babinski, subpositif ; et l'examen laryngologique montra au même médecin spécialisé des cordes vocales presque normalisées : il n'y avait là qu'une condition d'hypérémie de même qu'une parésie, très légère d'ailleurs, des muscles crico-arithnoïdiens internes.

Les conditions ainsi obtenues persistent. Une crise de néphrite avec œdèmes cutanés survenue quelque temps après la rentrée du malade chez lui a été guérie après un traitement diététique. (J'ai présenté ce malade au Congrès de la Société radio-neuro-chirurgicale italienne le 30 octobre 1934).

Aucun autre diagnostic ne nous semble possible dans le cas ci-dessus rapporté en dehors de celui de sclérose latérale amyotrophique *avec prédominance du syndrome de paralysie bulbaire chronique progressive.* Comme cette maladie en général n'est pas susceptible de régressions spontanées, il nous paraît logique d'attribuer la guérison au traitement, surtout si nous considérons le parallélisme que nous avons constaté entre les améliorations et le traitement.

Peut-on vraiment parler de guérison ? Je pense que si. Des séquelles irréductibles sont à admettre dans une maladie pareille, où l'anatomie pathologique nous renseigne sur des lésions qui peuvent arriver jusqu'à la disparition des cellules, n'excluant pas une véritable guérison de la *maladie* en elle-même.

Dans la Réunion neurologique internationale annuelle de 1925 lors du Centenaire de Charcot, nous avons appris par M. Souques que Charcot déplorait d'avoir attaché son nom à une maladie toujours rapidement mortelle.

A l'occasion du Centenaire de Magnan qui fut aussi un de plus éminents collaborateurs de Charcot, je suis heureux de pouvoir avancer qu'à l'heure actuelle une guérison de la maladie de Charcot paraît désormais possible.

(1) Boschi. — Sclerosi a placche subacuta guarita con metodo proprio. Communicaz. alla Soc. Med. Chirurg. di Padova, Seduta, 9-2'34. *Atti della Soc. Med. Chirurg. di Padova*, fasc. 2, 1934.

(2) En voici les principaux :

Boschi. — Tensione endocranica e suoi rapporti con le neurosi e con le psicosi. Communicaz. XVIIIe Congresso Soc. Fren. Ital. Trento, 1927. *Riv. Sper. di Fren.*, vol. 52, fasc. III-IV, 1928.

Boschi. — Il linfatismo neuromeningeo e una nuova formula biometrica. *La Medicina Italiana*, nº 6, 1930.

Boschi. — Rapport — Méningites séreuses internes ou ventriculaires (hydroc. int.) — *Revue Neurol.*, 1933 I. sém.

Boschi. — Physiopathologie du liquide céphalo-rachidien. Vue d'ensemble. *Vie Médicale*, nº 23, 1934.

Boschi. — Criteri di indagine nelle affezioni del nevrasse (parte neurologica). Relaz. al IIº Congresso della Soc. Ital. Radio-neuro-chirurgica, Milano, ottobre 1934.

Campailla, Montemezzo, Telatin. — La circolazione del liquido cefalo-rachidiano studiata mediante iniezioni endorachidee di sostanze coloranti *Giorn. di Psich. e Neurop.*, fasc. IV, 1933.

Barison e Telatin. - Comportamento della barriera emato-liquorale di fronte alla meningite asettica provocata. *Giorn. di Psich. e Neurop.*, f. IV, 133.

Barison. — L'ipertensione endocranica nei tumori dell'encefalo in rapporto con la sede e con altri caratteri dei tumori. *Giorn. di Psich. e Neur.*, fasc. II, 1933.

Campailla. — Le cisti paratumorali del nevrasse. *Giorn. di Psich. e Neurop.*, fasc. I, 1933.

Cori. — La « reazione idrodinamica » della pareti cefalo-rachidiane alla sottrazione di liquor. *Riv. di Neurologia*, fasc. V, 1930.

Telatin. — Isto-fisio-patologia dell'ependima extraplessulare *Giorn. di Psich. e Neurop.*, fasc. II, 1933.

Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fond mental du sujet

Par le Professeur Henri CLAUDE

Bien que la littérature médicale soit surchargée de documents sur la question des états hallucinatoires depuis le chapitre qu'Esquirol lui consacre jusqu'à l'efflorescence moderne des travaux sur ce syndrome, il ne semble pas que ce sujet soit épuisé, et il est permis encore de faire quelques remarques sur les modalités des hallucinations. Le syndrome est, en effet, au premier plan des altérations de l'état mental, quelqu'en soit la nature, puisqu'on a avancé qu'il pouvait s'observer dans 90 % des cas. Fort délicate est encore néanmoins la délimitation des conditions hallucinatoires, de leur nature et de leur signification en ce qui concerne le fond mental du sujet.

Parmi ces états hallucinatoires, nous distinguons l'hallucinose, les pseudo-hallucinations et les hallucinations vraies qui paraissent bien révéler le trouble plus ou moins grave de la personnalité du sujet.

Nous avons déjà réservé le nom d'hallucinose aux hallucinations conscientes (1), ou même « aux phénomènes caractérisés par la présence dans le champ de la conscience d'une sensation ou d'une forme (image complexe, visuelle, auditive, etc.), à laquelle le sujet n'*ajoute pas foi*. Il manque là un élément essentiel de l'hallucination, le *jugement de réalité* ou plutôt la croyance à la réalité » (H. Claude et Ey).

Des exemples concernant certaines visions singulières, certaines impressions à caractère auditif surtout ont été rapportés émanant de sujets parfaitement conscients de l'irréalité de leurs sensations. Je rappellerai le cas déjà ancien que j'ai considéré comme en rapport avec des crises d'hypertension intracranienne. Il s'agissait d'un architecte sourd et aveugle consécutivement à une épendymite de date ancienne. Cet homme continuait son métier en prenant connaissance du monde extérieur par l'intermédiaire de sa femme qui communiquait avec lui en lui prenant le doigt et le guidant pour inscrire en quelque sorte les mots sur le papier. Or, à l'occasion de crises d'hypertension, cet homme déclarait entendre des conversations souvent à caractère malveillant à son égard qui provoquaient chez lui un état d'impatience et d'irritation qui tombait après évacuation d'un liquide céphalo-rachidien hypertendu. Il n'existait chez cet homme aucun délire, aucun trouble du fond mental. Au contraire, chez une malade dont l'observation a été publiée avec Targowla et Lamache (2), l'hypertension avait provoqué des phénomènes auditifs qui actionnèrent un délire de persécution très cohérent, avec hallucination, et qui subissait des variations en rapport avec la tension céphalo-rachidienne.

Un jeune garçon que j'examinai récemment, à la suite d'une fracture du frontal suivie de trépanation dans la région médiane, avait perdu complètement l'odorat. Il éprouvait de temps en temps des sensations d'odeur à caractère indéfinissable qu'il ne pouvait rapporter à aucune qualité, à aucune origine déterminée, durant à peine une minute, disparaissant rapidement comme elles étaient venues à la façon d'un équivalent épileptique. Le sujet était indemne au point de vue mental ; il s'abstenait de toute interprétation sur la valeur de ce phénomène. Il s'agissait donc là encore d'une perception sensorielle sans objet, sans croyance à la réalité, d'une hallucinose. Nous avons déjà dans notre travail avec Ey, montré comment nous comprenons l'hallucinose et comment nous distinguons ce type de phénomènes des conceptions de Wernicke, de L. Cotard, de Dupré et Gelma, Codet, Halberstadt et Leyritz. Ces hallucinoses existent chez des sujets sains et sont déterminées par certaines conditions organiques plus ou moins nettement apparentes. La répétition du phénomène ou son intensité peuvent avoir pour effet d'engendrer passagèrement des troubles de la conscience perturbée par cette irritation sensorielle sans provoquer la construction d'un délire. Nous renvoyons à cet égard à la discussion qui a été conduite dans nos articles avec Ey, et particulièrement à L'Encéphale n° 7 (1932). Le passage de l'hallucinose à l'hallucination délirante est loin d'être rare, mais la condition essentielle réside dans un trouble particulièrement grave et permanent de la conscience, ou dans la survenue d'un état délirant » où les éléments sensoriels ont été *utilisés* ».

D'ailleurs, l'irritation mécanique des centres et voies sensorielles ne rendrait compte que de la production d'une matière sensorielle élémentaire en général *non intégrée dans la personnalité du sujet* (sensation de flamme, de bruit, etc., comme dans les investigations chirurgicales expérimentales).

Nous allons voir, au contraire que, l'*hallucination vraie*, construite d'un état délirant et de mécanismes sensoriels réels, mise à part, les états hallucinatoires essentiellement intégrés dans la personnalité des sujets, procèdent d'un mécanisme morbide de la pensée qui va de simples états obsessionnels ou imaginatifs aux états confusionnels ou mélancoliques, états paranoïaques ou paranoïdes à base schizophrénique. Le caractère essentiel de ces troubles réside dans la tendance à la projection extérieure des éléments de la pensée troublée ; ils méritent le nom de *pseudo-hallucination* (Kandinsky). Dans les formes de début, la symptomatologie clinique peut avoir les apparences d'une condition d'automatisme mental exempt de délire. Plus tard, l'évolution de la maladie suscite des éléments complexes, reflets de cette pensée plus ou moins dissociée, désorganisée, de sorte qu'à la manifestation pseudo-hallucinatoire s'ajoutent des phénomènes d'influence ou interprétatifs, qui constituent le complexus, d'une analyse très délicate, que j'ai provisoirement désignée sous le nom de *syndrome d'action extérieure*.

***

L'orientation particulière de la personnalité du sujet, les altérations de son fond mental plus ou moins commandées par des modifications biologiques, anatomiques ou fonctionnelles, dominent donc les grands processus cliniques en pathologie mentale.

Nous allons essayer de les passer en revue à l'aide de quelques exemples cliniques qui nous permettront de poser quelques jalons nous conduisant à l'édification du syndrome d'action extérieure.

L'automatisme mental ne peut être inscrit nettement dans la série des phénomènes relevant de modifications organiques. Il surgit surtout pour nous, :

a) Soit chez des sujets non délirants, mais simplement fatigués, déprimés, légèrement intoxiqués, pouvant présenter dans ces conditions, des troubles psychiques purement dynamiques ou bien ;

b) Chez des confus, intoxiqués ou infectés subissant des altérations anatomiques en général transitoires. Il se caractérise par « l'éjection » en quelque sorte de mots, de pensées, de réactions exclamatoires, défensives, soit en rapport avec des reliquats oniroïdes, des bribes de souvenirs, et surtout des expressions anidéiques.

Un exemple récemment observé du premier ordre de faits se présenta à nous.

Mme Mig..., 37 ans, nous est adressée pour fatigue nerveuse. Elle est dactylo dans un grand magasin et travaille dans des conditions hygiéniques mauvaises. Ses occupations sont très absorbantes. A la fin de la journée, elle est très fatiguée, parfois prostrée, et éprouve des envies de dormir. Elle paraît présenter un état légèrement cyclothymique, avec dépression ou excitation. Elle se plaint surtout d'être *gênée*, quand elle est en dehors de ses heures de travail, par l'irruption dans le champ de la pensée de bouts de phrases, ou de simples groupes de mots qui défilent rapidement, très divers, sans caractère obsédant, de l'ordre de certains phénomènes de mentisme. C'est un titre de journal, une phrase complète, lue antérieurement le plus souvent n'ayant aucun trait avec sa vie, ses pensées : « quand j'étais dans l'infanterie »..... « j'aurais mieux fait de me coucher toute nue ». Parfois une phrase prononcée par quelqu'un dans la journée — très rarement, c'est la même phrase ou le même mot qui reviennent, cela varie continuellement. Le phénomène disparaît quand elle est au cours de ses occupations. Elle ajoute qu'elle a l'impression que « cela s'impose à elle », que cela survient « en dehors de sa pensée », mais néanmoins que « c'est parlé intérieurement », que cela se passe toujours en elle, « dans sa tête, et que *c'est sa voix* qui profère ces mots ». Ces paroles n'ont pas un caractère obsédant, fatigant par leur répétition. Cela n'a aucun rapport avec une préoccupation, avec des événements de la vie courante ; au début, c'était surtout au moment de s'endormir que cette personne éprouvait ces impressions. Depuis deux ans, ces troubles sont continuels, ils tendaient à survenir récemment

(1) H. CLAUDE. — *Journal médical français*. Diagnostic et valeur séméiologique des manifestations hallucinatoires, mai 1924.

(2) H. CLAUDE, TARGOWLA et LAMACHE. — Délire hallucinatoire et hypertension intracranienne. *Encéphale*, 1926, I, p. 214.

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGÉNOL NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

PUISSANT RÉPARATEUR
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons : Étts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

GUÉRISON DE LA CONSTIPATION

EXOBOL

NOUVELLE ÉMULSION
A 50 % D'HUILE DE PARAFFINE
GOÛT TRÈS AGRÉABLE

POSOLOGIE. — **ADULTES :** 1 à 3 cuillerées à soupe par jour
1 cuillerée au milieu ou après le repas.
ENFANTS : Moitié ou tiers de ces doses.

Etablts MOUNEYRAT, Villeneuve-la-Garenne

R. C. Seine 210439 B

TONIQUE VITAMINIQUE

METATONE P. D. & Co



Le Metatone est unique dans son genre car il contient la Vitamine "B" en combinaison avec l'acide nucléinique et les glycérophosphates de calcium, sodium, potassium, manganèse et strychnine.

INDICATIONS : anémie, dénutrition, à la suite des interventions chirurgicales et des maladies infectieuses et dans tous les cas où il s'agit de maintenir le tonus de l'organisme.

Dose : Une ou deux cuillerées à café après les repas.

LITTERATURE :
Maison SCOTT & FILS,
148, rue St. Honoré,
PARIS

PARKE, DAVIS & Co., LONDRES.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

REMPLACE TOUJOURS IODE ET IODURES SANS IODISME

DOSES QUOTIDIENNES : 5 A 20 GOUTTES POUR LES ENFANTS ; 10 A 50 GOUTTES POUR LES ADULTES

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900

pendant qu'elle lit ou calcule. Elle n'était auparavant ni obsédée, ni scrupuleuse. Son activité physique et psychique est absolument normale. Pas de maladies importantes d'aucune sorte. Un élément seulement à relever est la tendance cyclothymique et particulièrement l'accentuation due à la fatigue.

Il n'est pas douteux que cette forme d'automatisme, exempte même d'obsession ou de délire, pourrait aboutir à une ébauche d'hallucinose verbo-motrice et que la question peut se poser du début d'un travail de dissociation, d'un relâchement, surtout à l'heure actuelle passager, des associations, précurseur d'un état psychasthénique ou schizophrénique. La parenté des éléments caractéristiques nous a, en effet, conduit à placer ces cas dans le groupe des schizoses.

Cette malade n'exprime pas le sentiment qu'il s'agit de phénomènes qui lui sont imposés ou qu'elle soit influencée par des mécanismes divers ; lucide, elle déclare seulement que si cela se passe dans sa tête, si l'expression verbale paraît se servir de sa voix, c'est un phénomène d'ordre extérieur, étranger à sa volonté.

Beaucoup plus accusée est l'impression d'extériorisation dans les états obsessionnels, et surtout dans les psychoses accompagnées de phénomènes d'apparence sensorielle.

Dans certains états obsessionnels, nous avons distingué dans notre travail avec Dublineau (1), deux formes selon que le sentiment d'automatisme est ou non objectif.

Dans le premier cas (sentiment d'automatisme objectif), le malade conscient d'observer des choses anormales, se dit que « tout se passe comme si... », c'est-à-dire qu'il est dans une condition pseudo-hallucinatoire qui d'abord se présente comme dans l'hallucinose sous la forme d'un doute sur la réalité, mais qui, avec le temps, engendre de telles perturbations cénesthésiques que le doute disparaît avec l'obsession et le sujet est enveloppé dans le délire. En somme, le futur obsessionnel est souvent lié au sentiment d'automatisme objectif. Les exemples rapportés dans notre mémoire en font foi.

Mais le sentiment d'automatisme peut se produire sans objectivité. La notion d'action extérieure devient alors beaucoup plus fruste. L'état obsessionnel existe, mais il revêt la forme de faits, de sentiments, d'idées affirmés avec la conviction qui s'attache à des intuitions délirantes ou non, mais non rattachées à des conditions extérieures.

Ainsi une série de faits qu'il serait trop long de rappeler ici montrent qu'à partir des états obsessionnels, on observe des formes élémentaires, intuitives, échelonnées, encore adhérentes à la personnalité du sujet jusqu'aux phénomènes d'automatisme plus marqués avec ou sans objectivation hallucinatoire ou pseudo-hallucinatoire, comme la clinique nous en donne si souvent des exemples. C'est le stade évolutif qui différencie habituellement ces états à début obsessionnel ; les uns s'arrêtant dans leur marche, rétrocédant ; les autres progressant jusqu'aux confins du délire ou de la démence.

***

C'est particulièrement dans les états nettement délirants ou démentiels que ces pseudo-hallucinations apparaissent distinctes de l'hallucinose et de certains cas d'hallucinations vraies à substratum organique (état organique et délire avec manifestations sensorielles). C'est Baillarger qui a distingué les hallucinations psychiques des hallucinations psycho-sensorielles en même temps qu'il étendait la notion d'hallucination, et comme nous l'avons déjà indiqué c'est à partir de la mise en valeur de ces hallucinations psychiques que se sont développées les théories et les classifications des pseudo-hallucinations, dont la thèse de G. Petit a apporté une remarquable étude. Aussi ne reviendrions-nous pas sur ces variétés d'hallucinations si elles n'étaient pas en somme les plus fréquentes chez les malades délirants ou déments que nous avons l'occasion d'observer et si l'absence de caractère de sensorialité de ces phénomènes ne leur donnait pas, quand on les étudie, les apparences d'illusions ou d'interprétations. C'est pourquoi elles constituent un des éléments justifiant dans ces cas, la notion du syndrome d'action extérieure, auquel nous avons cru devoir accorder une certaine importance. Si l'on ne tient pas compte de la tendance des malades à vouloir toujours trouver une *origine extérieure* à ces créations de leur pensée troublée, émue ou dissociée qu'on est conduit à leur assigner comme cause un objet, une sensation qui est seulement complétée ou déformée. Nous avons déjà amorcé ailleurs une discussion des idées de Jaspers, de Quercy, de K. Schneider qui s'attachent à défendre dans ces cas l'existence de caractères sensoriels, « l'esthésie de l'hallucination », ou le « caractère phénoménologique des troubles psycho-sensoriels qui leur garantissent une autonomie absolue vis-à-vis de la perception normale d'un côté et de l'image de l'autre côté ».

Nous voudrions seulement ici revenir aujourd'hui sur notre conception de ces pseudo-hallucinations et leur contribution à la création du syndrome d'action extérieure, essentiellement distinct du syndrome d'automatisme mental.

***

L'hallucination vraie, conséquence d'un état psychique global, est caractérisée par ce fait que l'image et la perception ne diffèrent que de degré. A cette notion, il faut ajouter que si l'hallucination est d'*origine mécanique*, elle a aussi comme caractère d'imposer croyance *à la réalité*, malgré la lucidité du sujet. Comme l'a dit, Moreau, de Tours, l'activité hallucinatoire est favorisée essentiellement par des états de déficit, ou des états hypnoïdes de la conscience, ou même des états oniroïdes.

Un de nos malades de la Clinique, 63 ans, sourd par otite scléreuse, entend d'abord des bruits, des sons, puis des bribes de phrases. Il se plaint de l'ennui que cela lui cause, sans croire d'abord à l'existence de paroles prononcées, puis peu à peu ces voix prennent un caractère injurieux, on doute de son honnêteté, il s'excite, proteste, et alors est convaincu de l'existence de menées dirigées contre lui. Il fait alors successivement quatre ictus dont l'un suivi d'hémiplégie transitoire, il guérit de tous ces accidents. Il reste encore plus convaincu de la réalité des injures qui lui sont adressées et affirme que ce qui lui est le plus pénible, c'est que tout le monde les entend. Que peut-on penser de lui ? Qu'on le délivre de ces insulteurs. Cet homme qui a subi un déficit intellectuel, quoique lucide et correct dans sa conversation, est passé de l'hallucinose à l'hallucination.

Tout autre est le mécanisme de ce que nous appelons, faute d'un meilleur terme, les états pseudo-hallucinatoires. Je vais citer une série d'exemple dans lesquels l'expression dont s'est servi chaque malade a été transcrite en propres termes :

Mlle Mer... Idées de persécution actionnées par un ex-fiancé. Il lui parle et la contrarie dans tous ses actes. « J'entends par la pensée ; sa volonté domine ma pensée. Pour ne plus l'entendre, je me mêle au bruit des conversations, j'écoute la musique. Quand une autre personne me parle, le son s'introduit dans le cerveau par l'oreille. Quand c'est lui cela vient directement en pensée, mais cela résonne aussi dans le cerveau. Cela vient d'une personne qui est dehors. Je sais qu'elle n'est pas là.

« Quand je suis en conversation avec cette personne, je ne parle pas avec la bouche, c'est une conversation en esprit. Quand je cause avec elle, je dis ce que je veux exprimer, je parle en esprit. Quand je parle à d'autres gens que lui, c'est lui qui impose sa volonté contraire à la mienne. Cette lutte me laisse anéantie physiquement. »

Lap... Psychose paranoïde. Schizophrénie.

Sentiment d'hostilité de l'ambiance. Les gens connaissent sa pensée par les fluides, car ils réagissent d'une façon hostile s'il a des pensées défavorables à leur égard. « J'entendais les mots désagréables quand ils pensaient de moi des choses désagréables. Cela tenait à des fluides en effervescence dans ma tête qui m'ennuyaient. C'est une vie intolérable d'avoir l'esprit tiraillé par des pensées suscitées du dehors, à mon insu.

Femme Chab... Psychose paranoïde.

Hallucination psychique ; on agit sur sa pensée, on lui donne des troubles de la mémoire, ce n'est pas elle qui pense ce qu'elle pense.

Hallucinations auditives verbales. C'est un haut parleur dans la tête. Ce sont des discussions entre personnes ; on parle d'elle, de magnétisme, « on dirait que c'est une pensée, mais ce n'est pas moi. »

Femme Larden. Idées de persécution.

Pendant qu'elle lisait son journal, on lui disait : « Qu'est-ce que tu lis ? Qu'est-ce que ça veut dire, ceci, cela ? On parle de toutes sortes de choses, et notamment de tout ce qui s'est passé avec mon mari pour le divorce. »

« Je crois que c'est à moi que je me rends compte de tout cela. Je crois converser en arrière, réfléchir aux faits qui se sont produits, il y a quelque temps pour rassembler mes idées. Aussitôt je le sens, je suis tout étonnée. » « Toute ma pensée est connue... j'ai l'impression que je me confesse tous les jours. »

J'ai rapporté dans des travaux antérieurs bien d'autres observations constituant des exemples de ces phénomènes pseudo-hallucinatoires. D'ailleurs, ces débats contradictoires que nos malades croient entendre sous forme de voix ne sont, en somme

(1) H. Claude et J. Dublineau. — *Encéphale*, mai 1933.

que l'objectivation extérieure des débats intérieurs que nous constatons chez beaucoup de personnes normales et surtout chez les psychasthéniques anxieux ou obsédés. Ces débats intérieurs ne revêtent le type hyperendophasique (Séglas), que chez les psychotiques et ne prennent le masque de l'hallucination qu'à un examen superficiel. Tout conduit à avancer que ces prétendues hallucinations sont simplement la conséquence de mécanismes psychiques perturbés conduisant à l'objectivation et à l'extériorisation de la pensée sous la forme verbale.

De même, dans d'autres cas, cette extériorisation se fera sous une forme psycho-motrice, verbo-motrice avec toutes les illusions que le sujet peut se forger relativement à un automatisme particulier des processus phonateurs.

C'est toujours l'objet de son attention ou de sa préoccupation qui oriente sa pensée de plus en plus vers certains mécanismes dont il attribue la mise en action à d'autres qu'à lui-même.

On conçoit donc que si ces pseudo-hallucinations ne font que refléter une pensée qui s'extériorise d'autant plus qu'elle est plus troublée, ces manifestations doivent s'associer à d'autres troubles psychiques qui ont plus particulièrement une tendance à l'extériorisation, telles que les phénomènes sensitifs cénesthésiques qui sont naturellement rapportés à des excitations extérieures (zoopathies).

Enfin, l'observation clinique montre également avec une très grande fréquence l'association à ces manifestations pseudo-hallucinatoires de thèmes purement imaginatifs ou interprétatifs, de sentiments d'influence en rapport souvent avec des souvenirs oniroïdes ou même un véritable état hypnoïde dans lequel la critique concernant les choses du monde extérieur est plus ou moins émoussée. De cet ensemble de caractères, variables d'ailleurs suivant le temps d'observation, est constitué ce que nous avons appelé le syndrome d'action extérieure dont tous les éléments sont l'expression de la tendance de la personnalité à rapporter ce qui est élaboré par sa propre pensée troublée à une action venue du dehors. C'est ainsi que le syndrome se nourrit d'éléments les plus divers jaillissant de sources multiples. C'est dans cet esprit que William James écrivait : « les inscriptions du subconscient dans la conscience claire ont pour caractère d'objectiver et de donner au sujet l'impression qu'il est dominé par une force étrangère. »

L'altération de la personnalité qui conduit les sujets à rejeter sur un élément extérieur les atteintes dont il souffre, et qui ne sont, en réalité que les expressions plus ou moins voilées de ses tendances affectives, refoulées, heurtées, ou de ses aspirations inassouvies se rencontre dans la plupart de ces groupes morbides dont la psychiatrie didactique s'est contentée d'étiqueter les différents cas que lui offrait la clinique journalière. C'est ainsi que ces dénominations de psychose hallucinatoire, de délire chronique ont donné et donnent encore l'illusion de représenter des maladies. Certes, en l'absence d'anatomie pathologique, il est difficile dans l'histoire des psychoses d'édifier des cadres morbides de l'ordre de ceux que dressent la médecine générale ou la neurologie. Il vaut mieux, semble-t-il, se contenter de signaler un groupement symptomatique qui, provisoirement, peut être attribué à un état toxi-infectieux de type confusionnel, à une psychose paranoïaque, à une démence précoce, à une variété de schizophrénie, paranoïde ou paraphrénique, diagnostic caractérologique complet, parfois d'attente, il est vrai, et soumis au jugement de l'évolution. Cette attitude permet d'assurer une tendance plus constructive quant à la nature de la maladie, du fait de sa caractérologie, que de conférer la dignité de type morbide à une appellation purement mono-symptomatique.

« Ayant toujours exercé en clientèle générale, mi rurale, mi petite ville, j'ai été appelé à faire pas mal d'accouchements ; et, à considérer les choses avec un certain recul, je suis frappé actuellement, de voir l'abîme qui sépare l'obstétrique-enseignement, de l'obstétrique-métier.

Les conditions extérieures sont tellement différentes, les moyens dont on dispose sont souvent si restreints, qu'on est tenté, au souvenir des coups durs, dont on s'est tiré au mieux des intérêts de la mère, de l'enfant, de la sage-femme, du mari et de soi-même, on est tenté, dis-je, ou bien de se prendre pour un as, ou bien, et plus modestement, de penser que, par bonheur l'accouchement a existé bien avant les accoucheurs et n'est qu'une science d'exception, gonflée à dessein. » (Docteur Huguet. — Réflexions d'un praticien de province. Profession. Métier. Clientèle. *Le Concours Médical*, 28 avril 1935.)

L'Hystérie, mode de réaction psychique

Par H. Codet

Il est assez curieux de constater le désaccord si fréquent actuellement chez les médecins entre la théorie et la pratique au sujet de l'hystérie. Les théories antérieures sont ou paraissent périmées, chacun semble redouter d'être traité de naïf, en bref, l'on ose à peine en parler. Dans la pratique, l'accord se fait naturellement entre les cliniciens, devant toute une catégorie de troubles disparates ; certes, par une sorte de pudeur, ils n'emploient guère le terme classique mais des atténuatifs : hystéroïdes, hystériformes, suggestifs, nerveux, fonctionnels, etc... Le mot de pithiatique, bien souvent, est utilisé dans ce sens et détourné de sa valeur stricte.

Quels sont les faits observés qui réalisent ce consensus médical, plus ou moins exprimé ? Ils sont variés à l'infini, leur description analytique n'est pas de mise ici. Mais je crois pouvoir en résumer ainsi les caractères communs : tous les troubles subjectifs ou objectifs, pouvant simuler des états pathologiques définis, typiques ou atypiques, mais ne correspondant pas à une cause anatomo-physiologique décelable ; ils paraissent susceptibles d'être reproduits, au besoin, par la volonté du sujet ; leur déclenchement se montre souvent lié à un état émotionnel ; leur évolution ou leur succession est capricieuse ; ils ne compromettent ordinairement pas la santé générale : leur guérison ou leur transformation est fréquemment en rapport avec une action psychique, dont la suggestion est le type le plus souvent signalé.

Dans la conception actuellement prévalente de Babinski, ils sont essentiellement causés par la suggestion, facteur nuisible, guérissables par la persuasion, facteur favorable, indépendants de toute causalité somatique et reposant sur un état psychique particulier.

C'est cet état que je crois opportun d'essayer de préciser. Il est bien entendu que la plus grande prudence doit être appliquée pour écarter les faits de supercherie volontaire et pure, ainsi que ceux de suggestion médicale, dont il sera reparlé plus loin. Il est non moins certain que la technique la plus précise, dans les cas de forme neurologique, sera mise en œuvre. Sur ces points, le Maître de la Pitié a laissé un enseignement indestructible.

Mais le Maître de la Salpêtrière, Charcot, avait déjà indiqué cette notion capitale : l'hystérie est une maladie mentale. Par la suite bien des auteurs, et non des moindres se sont attachés à en préciser les troubles directeurs. Cependant il apparaît insuffisant de la considérer comme une maladie vraie, comme un trouble une fois établi, comme un état héréditaire ou acquis, avec une sorte de lésion constituée dans les facultés de l'esprit.

Avec cette conception statique, peut-on dire, je crois possible et utile de confronter une *conception dynamique* des troubles groupés sous le même vocable. Ce mode d'étude n'est possible que grâce aux travaux de Freud et à ceux qu'il a inspirés, sur le rôle essentiel de l'inconscient, en général, et sur l'existence d'un but profond, involontaire, d'une véritable politique inconsciente, en particulier, dans les états de névrose.

Par cette étude, le trouble hystérique apparaît non comme la création pathologique de quelque chose de nouveau, mais comme un *mode de réaction de la personnalité*, incapable de résoudre plus normalement un double conflit : conflit extérieur (difficultés entre l'individu et l'ambiance) et conflit intérieur (lutte entre des tendances conscientes et inconscientes).

De façon plus précise, l'hystérie paraît exprimer le besoin inconscient d'attirer l'intérêt effectif vers soi grâce aux apparences de la maladie visible, en même temps qu'elle réalise un moyen de défense contre des sentiments personnels jugés indésirables. Elle procède en exploitant et amplifiant des modes de réaction existant normalement mais atténués et transitoires.

En bref, elle serait une *névrose par revendication affective* et par *refoulement manqué de conflits moraux*.

A la lumière de cette hypothèse conductrice, on peut examiner les diverses données cliniques, pathogéniques et étiologiques.

L'observation de ces tendances banales, à peine hypertrophiées, est facile et fréquente chez les enfants. Un enfant qui joue tout seul, se heurte un peu vivement ; il pleure quelques

instants et bientôt s'arrête. Que si sa mère intervient à ce moment, il va recommencer à pleurer, à se plaindre, à se faire plaindre, et cela sincèrement. Il y a dans cet épisode courant, me semble-t-il, tout le raccourci schématique de l'attitude d'esprit hystérique.

Au reste la fréquence d'incidents ou d'accidents portant la signature de l'hystérie chez les enfants a-t-elle été de longtemps signalée par les auteurs. Tous, d'ailleurs, insistent sur leur bénignité, leur curabilité thérapeutique et spontanée. Dans sa thèse, Weil-Hallé, en 1904, relatant ces caractéristiques et, quoique en défendant l'origine héréditaire, montre par ses observations la fréquence d'une parenté névrosée, le rôle provocateur des émotions et des mauvais traitements ; mais il signale également la facilité de guérir les troubles, d'abord même par la seule séparation du milieu habituel.

Ce simple fait expérimental, bien connu, prouve la nature des phénomènes hystériques en tant que réactions de défense affective contre un monde extérieur pénible, à partir de procédés à peu près normaux.

De plus, les cas si nombreux, d'adultes qui n'ont rien d'hystériques mais qui ont présenté des troubles de cet ordre dans la première ou la seconde enfance, au moment de la puberté, et qui en ont guéri définitivement, avec une thérapeutique bien modeste, sont aussi démonstratifs.

Il est d'ailleurs classique que l'on soit forcément amené à comparer l'état mental d'un hystérique à celui « d'un grand enfant » (P. Janet) et que l'émotivité, la suggestibilité sont normales dans l'enfance (Professeur H. Claude).

En tout cas, un fait qui paraît caractéristique, c'est la production de symptômes transitoires ou durables d'hystérie, chez des sujets dépourvus, en temps ordinaire, d'accidents de cet ordre.

Mais, à défaut d'accidents, on observera fréquemment chez eux une *mentalité hystérique* vraiment particulière. Elle paraît reposer surtout sur une réelle *avidité affective*, sur le besoin d'être un centre d'intérêt, d'affection, de soins incessants. Elle colore d'ailleurs de façon très spéciale les troubles pathologiques les plus légitimes, les plus foncièrement lésionnels, sans qu'il y ait à parler pour cela de maladies associées, pas plus que lorsqu'il s'agit d'une fracture de jambe chez un asthmatique.

Elle se traduit par la tendance à se faire plaindre et soigner, à donner un caractère théâtral, dramatique, aux moindres malaises, à en faire une arme souvent redoutable dans les rapports familiaux. Sans qu'il se produise de gros événements pathologiques, on observe ces formes qualifiées bien souvent de *nervosisme*. Le caractère des manifestations spectaculaires développées, par exemple, à l'occasion de la maternité fait dire à H. Vignes que « le nervosisme est bien près de l'hystérie ».

Une objection se présente naturellement : pourquoi ces mêmes manifestations n'existent-elles pas chez tous ceux qui éprouvent des difficultés dans la vie. Il semble bien qu'il faille mettre ici en cause une insuffisance dans le développement psychique individuel. Normalement, chacun apprend à devenir un adulte, à supporter sans souffrance intolérable, sans réaction dramatique la privation des douceurs de l'enfance, le sacrifice de certaines satisfactions.

Cette évolution apprend à l'adulte en bonne santé morale à savoir lutter, se priver, donner de soi-même, au besoin conquérir. Certains restent comme les enfants, ne sachant que jouer des larmes ou de la maladie pour obtenir la satisfaction de leur besoin d'intérêt. C'est une forme de l'*arriération affective* que j'ai étudiée, en particulier avec E. Pichon et R. Laforgue, arriération qui n'a aucun rapport obligatoire avec le développement de l'intelligence et de la culture.

En pratique, l'on constate que l'attitude hystérique est *l'apanage des faibles*, ou de ceux qui se sentent tels. D'où sa fréquence classique, chez les enfants, dont l'aptitude au sacrifice n'est pas encore éduquée ; d'où sa rencontre avec la débilité intellectuelle qui ne sait se défendre, par insuffisance de moyens, mais qui, par vanité, ne veut pas se résigner à un rôle modeste ; d'où sa fréquence plus grande, en temps ordinaire, chez la femme, qui serait ainsi amenée à faire une arme de sa faiblesse ; d'où son apparition, en temps de guerre, chez des hommes se sentant désarmés devant une puissance supérieure ; d'où sa reproduction dans des accidents du travail où l'individu se sent peu de chose en présence des forces de la société (sinistrose).

Et ceci pose le délicat problème de la sincérité. Je crois qu'on peut l'interpréter également à partir de menus incidents de la vie quotidienne. Beaucoup de personnes non malades connaissent par expérience la situation suivante : avoir à accomplir une démarche ennuyeuse, une corvée formalitaire et songer que la moindre migraine procurerait une dispense sans scrupules ; plus encore, elle pourrait apporter des marques de sympathie pour l'indisposition douloureuse. Combien aussi ont apprécié l'état heureux de la convalescence où l'on a droit aux petits soins, aux prévenances, à l'intérêt des siens. Evidemment, la fonction de l'adulte sain, en pareille situation, consiste à s'affranchir de cet alanguissement, à aller vers la vie.

Mais, chez l'être qui se sent faible, déprimé par la maladie ou plus encore par l'insatisfaction sentimentale, combien aisément, sous forme d'auto-suggestion, s'installe cette conviction qu'il y a quelque chose de malade et qui nécessite des ménagements. L'habitude de s'intéresser à soi et de se juger à plaindre facilite, en toute sincérité, *ce passage du désir à la croyance*. Le besoin de faire comprendre à quel point on est malheureux domine tout élément réducteur de critique et la conviction s'établit d'une souffrance irrécusable. Sur un tel fond affectif, la cénesthésie fournit bien rapidement le prétexte à localiser les troubles.

Ce temps d'auto-suggestion me paraît réalisé à l'insu de l'intéressé, absorbé par le *déplacement* involontaire de sa souffrance morale, difficile à exprimer, à faire comprendre, sur une manifestation physique plus démonstrative pour autrui. Ce qui permettrait de dire que l'hystérie, est la grande simulatrice comme le mentionnait Charcot, mais que l'hystérique n'est pas un simulateur, au sens conscient du mot.

Cependant, il y a bien des cas où l'on peut mettre en évidence, chez des hystériques, l'emploi délibéré de supercheries. La période héroïque de la culture de l'hystérie à la Salpêtrière en a fourni maints exemples évidents. Je crois que cette superposition d'allégations inconscientes et d'actions concertées, avec toutes les dégradations intermédiaires, s'explique aisément, à partir de l'état affectif du malade : conviction absolue de sa situation malheureuse, besoin impérieux de compensation par l'intérêt d'autrui. A partir de là, il est légitime d'utiliser tous les moyens, artificiels, si le trouble jugé véridique paraît insuffisant. Si l'on peut dire, l'hystérique se sent amené à tricher pour *plaider une juste cause*.

Appuyé peut-être d'éléments utilitaires, il semble que ce mécanisme passionnel joue fréquemment dans les états de *sinistrose*. Il ne paraît pas tellement éloigné de ce qu'on observe journellement dans certaines formes jugées normales, telles que l'activité juridique ou la lutte politique.

La croyance au malaise physique, exutoire à la douleur morale incomprise, se retrouve encore dans un état extrêmement répandu, que l'on a trop tendance, en général, à classer comme cénesthopathique ou hypochondriaque. Il s'agit d'une légion de patients que médecins et chirurgiens rencontrent journellement. Ces malades exposent les symptômes les plus variés, mais toujours parfaitement subjectifs, incontrôlables. A l'interprétation clinique, on ne peut pas s'expliquer leur origine ; leur allure évolutive est décevante, désespérément tenace ou particulièrement irrégulière. Il est à noter que les troubles allégués, comme dans les autres formes hystériques, ne compromettent guère la santé générale. Ceux qui s'en plaignent, avec abondance et sollicitude, n'en paraissent pas profondément affectés, à l'opposé des vrais hypochondriaques ; ceux-ci du reste en parlent moins volontiers. Ces hystériques sans localisation visible vont de praticien en praticien, égarent tous les diagnostics avec une certaine satisfaction, sollicitent divers traitements qu'ils ne suivent pas. Au reste, une de leurs particularités cliniques consiste à se plaindre ou, plus exactement, à se vanter de leur extraordinaire « sensibilité aux médicaments ». Ils invoquent les plus paradoxales réactions même à des produits anodins, même, on peut en faire discrètement l'expérience, à des applications purement fictives.

Ici, du reste, entrer en lutte ouverte avec l'hystérique « le démasquer » purement et simplement serait risquer de sa part des réactions de colère, ou de dépit, ou d'éloignement, mais sans effet thérapeutique véritable. Il ne croit qu'à la légitimité de sa souffrance, sans se rendre compte du déplacement qu'il lui fait subir ni de la passion dont il l'entoure.

Chez de tels sujets, doués d'un intense besoin de *revendication affective* et d'une faible aptitude au sacrifice, la vie peut se dérouler sans grandes manifestations de la névrose. Ils demeurent pendant des années, ne présentant à l'observateur averti que de simples traits de leur mentalité hystérique. Il semble que pour eux existe une *marge de tolérance* entre l'adaptation relative à leur condition et les grandes réactions.

A l'occasion de changements défavorables dans leur milieu, du bénéfice apprécié d'une maladie réelle, subie ou observée, souvent à l'occasion d'un traumatisme émotionnel, se déclenchent les accidents démonstratifs. Il est inutile ici d'en rappeler, même schématiquement, la description. Mais il n'est pas sans intérêt d'en étudier l'évolution générale.

Certains demeurent épisodiques et cessent, à peu près d'eux-mêmes, lorsque la cause en a disparu. Mais, bien souvent, lorsqu'ils ont duré quelque temps, lorsqu'ils ont provoqué un certain retentissement, on les voit se perpétuer, alors même que toute satisfaction paraît donnée à la revendication affective. Il y a lieu, d'abord, de tenir compte de ce fait qu'en langage usuel on nomme l'habitude, qui est la tendance à refaire plus facilement ce qu'on a déjà fait ; c'est une véritable acquisition de réflexes conditionnels.

Mais il y a plus. Il faut constater la valeur subjective de l'*attitude prise*. Même lorsque le trouble fonctionnel n'a plus sa raison primordiale d'exister, même s'il est devenu pour le sujet une source d'ennuis, de limitations, de sacrifices, il peut être conservé par lui avec une ténacité irréductible. Nous devons à ce propos, entre autres, envisager l'activité de l'esprit comme dirigée bien plus par l'affectivité que par les notions rationnelles. Ceci, qui me paraît très fréquent et important dans tous les états névrotiques, s'observe au maximum chez beaucoup d'hystériques. Par une sorte de narcissisme, ils ne veulent et ne peuvent rien céder de ce qui vient d'eux et défendent leurs positions, contre toute utilité logique, au besoin jusqu'à la mort. Le fait n'est pas exceptionnel dans l'anorexie mentale.

Le *plaidoyer pour la maladie*, la recherche de l'intérêt semblent aussi expliquer ce que l'on englobe généralement sous le terme un peu trop général de suggestion et, en particulier, de suggestion médicale. Dans ces cas, en effet, l'excellente définition de P. Janet ne suffit pas, à savoir « la substitution de l'imitation intégrale au choix et à l'inhibition volontaire ». Qu'il s'agisse de la création de stigmates, de troubles théâtraux ou de la guérison d'accidents établis, ce qu'on appelle la suggestion ne s'opère qu'avec un choix très dirigé.

Le sujet qui a besoin de se démontrer malade sent bien intuitivement ce qui pourra solliciter l'attention bienveillante du médecin. Si celui-ci n'est pas très averti, il orientera sans s'en douter les réponses, et pouvons-no us dire, les sensations du patient, dans le sens qui en fera un « cas intéressant ».

Même raisonnement, fondé sur la *complaisance de l'hystérique, allant au devant de la suggestion*, peut s'appliquer aux faits de grandes manifestations collectives, aux épidémies. Un besoin affectif puissant fait adopter involontairement à chacun la formule d'accidents que l'on pourrait dire « à la mode », celle qui réussit.

Dans l'enfance, période de développement et d'imitation obligatoire des adultes, le choix se porte bien plus facilement sur les modèles naturels, les parents, ou sur les personnes qui les rappellent en quelque manière dans la sensibilité. Ce phénomène, étudié en psychanalyse sous le nom d'identification, explique la fréquence d'accidents hystériques copiés dans l'entourage ; ce sont eux qui ont pu trop souvent en imposer pour une transmission héréditaire.

En ce qui concerne la suggestion thérapeutique, il n'est pas douteux que la personnalité du médecin n'intervienne grandement. Ici encore, son action curatrice n'est guère fondée sur des motifs d'ordre rationnel, ; toute sa dialectique est pauvre chose à proportion de son action affective. Que ce soit pour donner tort à son entourage, ou pour devenir le bénéficiaire d'une guérison sensationnelle, ou simplement, pour faire plaisir à un praticien qui a créé un transfert de sympathie et de confiance, le malade est plus volontiers prêt à abdiquer. Encore faut-il que certaines conditions satisfaisantes lui paraissent remplies.

Il semble que la culture inconsciente de ce besoin de soumission et de collaboration spectaculaire soit à la base de l'hypnotisme. Procédé thérapeutique peut-être un peu trop dédaigné actuellement à cause du discrédit excessif régnant sur l'hystérique, l'hypnotisme paraît utiliser une aptitude très répandue à la base des états hystériques : la tendance aux *états hypnoïdes*.

Freud leur a attribué une grande importance dans la genèse des accidents ; ils constituent une sorte d'état de rêverie, de dissociation de la personnalité. Durant leur cours, le sujet ne rattache pas les éléments idéiques et affectifs de sa pensée à l'ensemble de sa personnalité, à la synthèse de son moi. C'est là ce qui arrive à constituer ce que l'on a appelé un état second, un dédoublement de la personnalité. Chaque fois qu'il se laisse aller à cet état hypnoïde, l'hystérique retrouve tout un ensemble d'images, de souvenirs, d'impressions qui lui paraissent de nouveaux étrangers, lorsqu'il est proprement éveillé.

Seulement cette éviction n'est pas fortuite, il y a là un véritable oubli intensionnel. Si, à l'état de veille tout un bloc de représentations est écarté de la conscience, est « refoulé », c'est parce qu'elles correspondent à quelque chose de pénible que l'on ne veut pas s'avouer, que l'on cherche à éliminer de sa personnalité. Ces souvenirs sont liés à une situation morale douloureuse où l'on a ressenti l'impossibilité d'une satisfaction affective et surtout, pour Freud, où l'on a découvert en soi des tendances, des sentiments que l'on juge inacceptables.

Ainsi ce serait cet élémentaire instinct de défense contre des représentations indésirables qui constituerait, pour lui, « une des colonnes capitales du mécanisme qui supporte les symptômes hystériques ». Mais l'annulation n'est pas totale, les images refoulées dans l'inconscient tendent à reparaître et « le traumatisme psychique avec son souvenir agissent comme un corps étranger qui, longtemps après son introduction se comporte comme un agent actif ».

Cette interprétation ingénieuse, fondée sur des observations psychanalytiques, paraît bien expliquer les phénomènes souvent constatés. Les images en rapport de temps ou d'analogie affective avec le choc moral, ou plutôt le conflit traumatisant, bannies par la conscience qu'elles assiègent, sont la cause de cette aptitude de l'hystérique à « isoler » un groupe de représensations ou de fonctions sur laquelle H. Claude a si justement insisté. Ainsi se réalise cette *enclave psychique*, comme nous l'avions qualifiée avec M. Cénac.

Le rôle de cet enclavement paraît essentiel dans le déterminisme des accidents extérieurement visible. La lutte entre le tmoi, désireux de refouler les éléments enclavés, et ceux-ci qui aendent à se manifester aboutit à un compromis, qui n'est âutre que le symptôme hystérique. Celui-ci serait la production à l'extérieur, sous une forme soit analogue soit détournée et symbolique, des images indésirables, mais dotées d'un aspect acceptable pour le conscient : il est tolérable de souffrir d'un accident physique qui paraît indépendant de la personnalité, pont on n'est pas responsable.

Ce mécanisme, confirmé par la clinique psychanalytique, fait comprendre, en particulier, la sérénité, la « belle indifférence des hystériques », dit Freud, dans ces faits de transposition qu'il appelle hystérie de conversion. Il explique également ainsi la résistance du malade, sa lutte douloureuse pour éviter de reprendre conscience des souvenirs proscrits.

La réalisation de symptômes physiques, qui semblent anodins pour la conscience, se produit grâce à la « complaisance somatique » (Freud). On peut, selon les cas, voir jouer cette complaisance de manières diverses. Elle agit directement en reproduisant un trouble éprouvé réellement au moment même où le conflit intérieur fut conscient, qu'elle ait été fortuitement contemporaine ou directement liée aux événements choquants. Elle peut, souvent, exploiter des analogies symboliques, sans rapport visible, rationnel. Elle utilise encore le spectacle de faits observés par le malade, ou à lui rapportés, voire même par lui rêvés.

Mais ce point amène à une question de première importance, aspect particulier des actions, des rapports de l'esprit avec le corps : l'hystérie, affection d'origine psychique est-elle capable de déterminer des désordres matériels ? Elle se pose à propos des cas fréquents à symptomatologie d'allure neurologique.

Il est classique, actuellement, sous l'impulsion de Babinski d'admettre une barrière infranchissable entre le fonctionnel et le lésionnel ou l'organique. Il paraît entendu que tout ce que peut réaliser l'hystérique, par suggestion, soit de l'ordre de ce qu'il pourrait accomplir par volonté de simulation. Et ceci ne va pas sans jeter un certain discrédit sur l'hystérie elle-même.

Je pense que l'observation et la compréhension des malades permettent, comme j'ai essayé de le montrer plus haut, de reconnaître la sincérité à la base des accidents hystériques. Mais on peut objecter que c'est un argument fondé sur l'interprétation du médecin et nullement démontrable. Il paraît exister des arguments plus objectifs.

On constate certaines manifestations hystériques, impossibles à réaliser par la volonté active. Des malades, anesthésiques, supportent sans broncher une intensité de courant électrique impossible à tolérer sans réaction pour un homme énergique. D'autres, cataleptiques, peuvent se maintenir sans signe de fatigue dans une attitude que ne tiendrait pas un athlète entraîné, et ils ne présentent pas d'oscillations de fatigue des membres ou de tremblement. Certains présentent des oscillations rythmées sans accélération du pouls, ni de la respiration.

Il est possible de répondre que la fatigue comme la douleur est essentiellement un fait de perception. Il est banal de constater qu'un état affectif intense, un état réellement passionnel, peut procurer une anesthésie à la souffrance ou à la lassitude vraiment extraordinaire. C'est donc à un oubli d'une région du corps ou d'une fonction que ressortiraient ces cas paradoxaux. P. Janet les a très finement analysés comme « faits de distraction ».

Mais d'autres explications peuvent être présentées pour la

transposition d'une action psychique dans le domaine somatique. Il convient dès l'abord de préciser une distinction qui va de soi, mais souvent négligée. L'activité somatique, à l'état de santé et de maladie, est commandée par des dispositions visibles, mesurables et fixes qui en constituent l'anatomie normale ou pathologique. Mais elle est conditionnée, et plus finement sans doute, par une infinité d'états et de modifications (d'ordre physico-chimique) mobiles et réversibles. Les troubles observés sont donc soit d'origine statique ou lésionnels, soit de nature dynamique ou fonctionnels ; les deux groupes sont susceptibles d'interactions, il va sans dire, mais il est généralement de bonne méthode de les distinguer.

Il est sans doute également utile de se rappeler, quoiqu'il semble banal, que le phénomène fonctionnel ainsi compris n'est aucunement synonyme de fictif, imaginaire ou fallacieux. Et déjà, la simple étude de l'émotion nous montre qu'une perception, dont le point de départ peut-être purement intellectuel déclenche un état affectif accompagné de modifications somatiques des plus matérielles et objectives, mais transitoires.

Dans l'hystérie, l'émotivité élective joue un rôle très appréciable. Il paraît légitime d'y chercher l'explication de faits en apparence mystérieux ou paradoxaux. Par exemple, s'il y a dans l'hystérie des troubles organiques secondaires qui peuvent se justifier par une perturbation circulatoire due à une longue immobilisation (cyanose, atrophie musculaire, etc.), il en est d'autres qui semblent indépendants de causes locales. Par exemple, à propos d'accidents de guerre, le problème s'est posé pour les troubles que Babinski et Froment, ont étudiés sous le nom de troubles réflexes, laissant entendre qu'ils étaient intermédiaires entre les affections organiques et l'hystérie.

Plus récemment H. Claude et J. Lhermitte ont envisagé la possibilité de modifications dynamiques des centres nerveux sous l'action d'une fixation psychique. De même Delbecke et Van Bogaert ont insisté sur l'idée de phénomènes organiques induits ou réactivés par une perturbation fonctionnelle ou même lésionnelle des centres mésencéphaliques, grâce à un processus psychique, agissant directement ou par l'intermédiaire du système endocrino-végétatif. Cette conclusion, appuyée sur l'étude des crises oculogyres consécutives à l'encéphalite ne pourrait-elle pas être appliqué à un autre ordre de faits : dans l'épilepsie, à manifestations bien neurologiques, le rôle de l'état psychique et des émotions dans la production des accidents est manifeste.

L'étude de ses voies extra-pyramidales paraît orienter vers la notion d'appareils des automatismes, de déclencheurs des signes fonctionnels, comme il ressort des travaux de Papastratigatis. C'est ainsi que H. Claude et Baruk, comparant la crise de catalepsie, prise comme terme intermédiaire, avec les phénomènes de rigidité décérébrée et les troubles purement psychogènes, parlent d'une inhibition du psychisme volontaire et d'une libération plus ou moins durable des centres automatiques.

Toutes ces recherches en cours sont d'un intérêt puissant et font revivre le classique problème des rapports entre l'esprit et le corps. Elles nous permettent, dès à présent, d'envisager avec vraisemblance que les mêmes symptômes peuvent être produits de façon plus ou moins durable par une perturbation organique déclenchée soit par une action matérielle (toxique, mécanique, physico-chimique), soit par une action psychique.

Ceci ne modifie guère le problème clinique de l'hystérie où nous constatons l'existence de troubles du domaine corporel créés par des facteurs psychiques et supprimés par une action également psychique. La conviction métaphysique en est totalement indépendante ou tout au moins peut l'être : bien souvent elle intervient dans les controverses sur l'hystérie sous forme d'un plaidoyer pour une doctrine matérialiste ou spiritualiste. Il n'est pas à désirer que les médecins, à leur insu bien entendu, y apportent la même passion ou éventuellement la même mauvaise foi à défendre leur point de vue qu'on le voit faire aux hystériques.

En somme, il me paraît que l'ensemble des troubles dits hystériques représente, entre ses degrés les plus extrêmes, non point une maladie indépendante de la personnalité, mais un mode de réaction plus ou moins accentué. Le fonds même, peut-être en partie héréditaire et inné, semble, pour une grande part, lié à l'influence du milieu et de l'éducation ; il représente une forme d'insuffisance dans le développement du caractère normal de l'adulte et constitue un fait particulier d'arriération affective. Sa caractéristique serait l'insatisfaction malacceptée, a *revendication affective*. Cette tendance primordiale se traduirait, inconsciemment, par les manifestations spectaculaires et l'exploitation involontaire de troubles maladifs visibles, démonstratifs. La production d'accidents durables réitérés serait liée à la présence, sur le même tempérament psychique, de conflits intérieurs : lutte entre le moi conscient et certaines représentations indésirables pour lui ; ce refoulement manqué s'extériorisant sous la forme d'accidents somatiques qui laissent l'illusion de l'irresponsabilité. Leur réalisation, encouragée par le besoin d'intérêt affectif, produit des symptômes que la supercherie volontaire ne saurait suffisamment expliquer. Il paraît très vraisemblable que cette transpostion psycho-somatique s'effectue par l'intermédiaire de modifications matérielles mais réversibles, c'est-à-dire fonctionnelles, siégeant dans le mésencéphale, avec le concours du système neuro-végétatif ; elles déclencheraient, sous une influence affective, émotionnelle, des systèmes de la vie automatique normale, les entraînant, par la répétition, à une sorte de réflexes conditionnés.

L'hystérie serait ainsi un mode de réaction affective, inconsciente, mettant en jeu, comme l'émotion usuelle, des synergies de fonctions organiques, mais réversibles. Comme elle, psychique dans son origine, elle peut entraîner des répercussions matérielles.

Le traitement rapide des toxicomanes par le Démorphène

Par le Dr Roger DUPOUY

Médecin de l'Hôpital Henri Rousselle

C'est chez Magnan dont je fus l'interne durant deux ans que je vis mes premiers morphinomanes ; j'appris dans son célèbre service de l'Admission une méthode substitutive que plus tard j'utilisai longtemps et dont je me sers parfois encore. Dans les cas où la suppression des piqûres, après une régression assez rapide des doses, s'avérait trop pénible, on donnait aux patients une certaine quantité d'extrait thébaïque en pilules : en quelques jours, trois généralement, les pilules dont le nombre diminuait régulièrement 9, 6, 3, 0, étaient à leur tour supprimées. La méthode était rapide, un peu sévère, mais très bien supportée le plus souvent.

Je connus ensuite l'excellente méthode « psychothérapique » de Joffroy : cure lente pratiquée à l'insu du malade et ne se terminant qu'après une semaine environ d'injections d'un sérum pur, substitué au sérum de plus en plus faiblement morphiné des derniers jours. Dès le début, on supprime la ration « de luxe », un tiers, la moitié ou même les deux tiers de la dose journalière : puis, on diminue progressivement jusqu'au zéro sans jamais dire au malade de combien on le descend ni à quelle dose il se trouve. On continue enfin les piqûres, de sérum isotonique, aux mêmes heures et en procédant de la même façon que lorsqu'on injectait de la morphine. Quand on les supprime, le sujet est depuis plusieurs jours démorphinisé et ne peut par conséquent rien ressentir du fait de cette suppression.

Après avoir essayé et comparé les autres méthodes utilisées couramment dans la cure des toxicomanies, je m'en tins pendant près de vingt-cinq ans à celle de Joffroy, patiemment perfectionnée par l'expérience et souvent facilitée, chez les malades hypersensibles et chez certains opiomanes non kentomanes (mangeurs, buveurs, priseurs, fumeurs) par la méthode substitutive de Magnan, ingestion de pilules ou de boissons opiacées, les autres substitutions par injections (sédol, dionine, codéine...) devant être éliminées en raison de l'accoutumance possible au stupéfiant utilisé. J'ai ailleurs longuement exposé la méthode, je n'y reviendrai donc pas.

Mais vinrent la guerre, puis l'après-guerre ; avec elles, toutes les causes de la Souffrance Humaine, la Douleur, la Mutilation, l'Anxiété, la Ruine, le Désespoir ; le besoin d'oublier, d'endormir sa peine, de calmer son mal, de se donner un sursaut de courage, de se créer une sérénité factice, de s'engourdir au milieu d'illusions trompeuses... et les malheureux, dans l'horreur de leurs souffrances, de demander le calme et le repos aux stupéfiants, les trafiquants de toute catégorie de préconiser à ces dolentes victimes leur drogue comme une mirifique panacée. La curiosité, l'entraînement et le prosélytisme aidant, ainsi que, de l'autre côté, l'appât du gain, les toxicomanes se multiplièrent.

De plus en plus nombreux, ils vinrent, après un temps d'intoxication variable en mois ou en années, nous demander de leur supprimer cette drogue en laquelle ils avaient tant cru, égarés par son mirage, et qui avait fini par les décevoir, les écœurer, les supplicier. Mais aussi, progressivement démunis de temps et d'argent à mesure que la crise économique se faisait sentir, ils insistèrent pour que la cure fût le plus écourtée possible ; exceptionnels aujourd'hui sont les malades pouvant disposer comme autrefois de deux ou trois mois pour se désintoxiquer et bénéficier d'une convalescence prolongée ; presque tous nous offrent une quinzaine, parfois moins, avant un départ en tournée, l'occupation d'une nouvelle place, le retour à un poste officiel, cette quinzaine étant même souvent prise sur le temps normal des vacances annuelles. Force nous était donc d'abandonner notre ancienne méthode de régression lente ou demi-lente pour en utiliser une autre, rapide.

Les méthodes brusques ont leurs partisans, beaucoup plus il faut le reconnaître parmi les médecins que parmi les malades, mais elles ne sauraient être employées sans des « adoucissants » sérieux. Notre expérience se révoltait, en effet, à laisser un sujet souffrir le martyre parce qu'intoxiqué volontaire, se taper la tête contre les murs et hurler durant des nuits entières d'insomnie. Or, parmi les adjuvants de la suppression brusque, les substitutifs étant écartés parce que remplaçant simplement une toxicomanie par une autre, le choix était minime. Les narcotisants laissaient le malade abruti pendant plusieurs jours ; l'autohémothérapie exclusive se révélait douloureuse et parfois choquante ; seules les injections huileuses nous parurent posséder une action véritablement opérante, quelle que soit l'hypothèse du mécanisme suivant lequel elles agissent. De leur étude est né le démorphène que nous utilisons depuis près de deux ans.

Avant d'exposer la méthode, deux mots sur nos malades. Depuis douze ans, à l'hôpital Henri-Rousselle j'en voyais une trentaine d'abord, puis une cinquantaine par an. Actuellement, j'en vois cent dans l'année. De tous les âges, parfois au-dessus de 60 ans, de tous les milieux sociaux, employés, ouvriers, commerçants, intellectuels.

Au moral, ce sont essentiellement, constitutionnellement, des hypersensibles, des impressionnables, plus meurtris que les autres par la douleur physique ou morale et, de ce fait, en ayant instinctivement une horreur profonde (algophobie), prompts à s'inquiéter, facilement déprimés, d'une volonté faible enfin, qui ne sait les défendre contre les tentations et les entraînements, qui ne leur permet pas ensuite d'accomplir l'effort du renoncement et de vaincre l'appel du toxique, qui ne résiste pas non plus, après la cure, à l'influence contagieuse du milieu, ni au réveil lancinant de la souffrance — d'où la rechute, les récidives multiples... L'être fort ne tombe pas, en effet, ou bien, il se relève spontanément sans demander le secours d'autrui.

Au physique, l'intoxiqué chronique se montre rapidement touché dans tout son organisme ; il maigrit, devient pâle, blême, livide ; il se constipe et perd l'appétit ; il dort mal sans sa ration habituelle et se voit même obligé, en plus de celle-ci, de prendre des hypnotiques ; sa langue est sale, ses urines se foncent et leur quantité diminue au moindre choc biologique. Fréquemment, par suite de leur incurie générale, de leur nonchalance, de leur indifférence complète à ce qui peut survenir comme conséquences fâcheuses ou comme complications, les « piqueurs » ne prennent aucune précaution, se font des solutions septiques et des abcès à répétition. J'ai vu des malades littéralement couverts d'abcès au niveau des cuisses, du ventre, des mollets, des bras, du thorax.

A considérer, en outre, leurs réactions vago-sympathiques, on rangera les toxicomanes en deux catégories bien distinctes, les asthéniques à tonus hypervagal, les hypersthéniques plus ou moins sympathicotoniques.

Les premiers sont généralement pâles, peu musclés, aux parois lâches, au ventre flasque, porteurs de ptoses gastro-intestinales, de distensions gastro-coliques, parfois de hernies ; leur tension artérielle est basse, ils geignent, vomissent ou « tournent de l'œil » facilement. Ils supportent parfaitement les injections d'hypophyse et d'adrénaline, l'éphédrine, la belladone ou l'atropine.

Les seconds sont puissants, les membres musculeux, le teint coloré, la tension artérielle élevée ; ils sont facilement irritables, coléreux, impulsifs, vindicatifs ; ils sont peu portés à vomir et sont sujets à une insomnie souvent rebelle ; ils ne tolèrent ni l'hypophyse, ni l'adrénaline, ni l'éphédrine, ni la belladone qui les énervent ou les congestionnent. Ce sont les plus difficiles à traiter, aussi bien en raison de leur résistance aux médications habituellement calmantes que de l'irritabilité coléreuse de leur humeur et de la violence de leurs réactions. Ils sont plus que les précédents justiciables de l'ésérine, des bromures, du sympathil, des sels de calcium.

Il faut encore tenir compte chez un toxicomane de la variété du toxique, de sa quantité, de la durée de son imprégnation, de sa voie de pénétration. La plupart aujourd'hui sont héroïnomanes, bien plus que morphinomanes, mais l'on rencontre aussi un grand nombre d'opiomanes. L'héroïne est utilisée en injections sous-cutanées, quelquefois intra-veineuses, exceptionnellement intradermiques, ou bien en prises nasales, pure ou associée à la cocaïne ; la morphine en injections ou plus rarement en ingestion (boulettes, solution). Quant à l'opium, ses variétés d'absorption sont innombrables ; on le fume, on l'avale en pilules ou en boulettes ; on l'ingurgite sous forme de solution ou de décoction que l'on fabrique soi-même ; on le prend en suppositoires ou en lavements ; on boit du laudanum (que l'on peut aussi s'injecter sous la peau ou s'introduire par lavements), de la teinture d'opium, des gouttes noires anglaises, de l'élixir parégorique...

A côté de l'opium en nature et de la morphine ou des préparations spécialisées qui en renferment (pantopon, spasmalgine, sédol), se placent tous les dérivés, affirmés « sans accoutumance », mais dont les malades ne peuvent se débarrasser eux-mêmes après un certain temps d'usage régulier, eucodal, dilaudide, dionine, eubine, et même sels de codéine. Aussi les méthodes substitutives pures n'aboutissent-elles guère qu'à changer le mode de la toxicomanie sans guérir celle-ci.

Or, il faut savoir avant d'entreprendre une cure que toutes les préparations opiacées ou morphinées ne sont pas pareillement toxiques ; la suppression de certaines d'entre elles est particulièrement malaisée ; les cures les plus difficiles, à notre impression personnelle, sont celles des intoxiqués par injection d'extraits totaux d'opium, même à petites doses. A plus forte raison, quand les doses sont élevées et, avec l'habitude, on peut arriver à des quantités invraisemblables, telle une de nos malades de ville qui prenait en vingt-quatre heures, 10 grammes d'héroïne et 5 grammes de cocaïne. Les doses de 2 à 3 grammes d'héroïne, 6 à 800 grammes d'élixir parégorique, 60 à 80 grammes de laudanum par jour ne sont pas exceptionnelles. L'ancienneté de l'intoxication est également très variable : en général de deux à cinq ans, mais nous avons traité des malades ayant plus de vingt et même plus de trente ans d'accoutumance.

Doit-on, peut-on toujours curer un toxicomane ? Cette question paraîtra oiseuse à beaucoup ; cependant elle n'est souvent posée et j'ai entendu soutenir une thèse nettement contraire. Il va de soi qu'on ne doit pas retirer à un malade dont les souffrances, réelles, organiques, ne sont apaisées que par l'opium, la morphine ou l'héroïne, la médication bienfaisante qui lui permet de reposer et de chasser de son esprit torturé l'image obsédante d'une mort volontaire, salvatrice. Les malheureux atteints de tumeur ou d'ulcération douloureuse, d'algie faciale, de causalgie (je viens d'en voir un cas chez un mutilé de guerre avec névromes du moignon et lui ai laissé le dilaudide qui atténuait ses crises) ont droit à notre pitié et nous ne devons songer qu'à les soulager, en leur prescrivant le calmant approprié avec sa dose nécessaire, mais sans leur laisser le libre usage du stupéfiant qui dégénérerait en abus. En réalité, il s'agit là d'une thérapeutique et non d'une toxicomanie ; l'on ne saurait confondre ces deux choses.

Le malade traité pour raisons valables par un stupéfiant est à respecter, le toxicomane, au contraire à sevrer. Or, j'entends dire que les déprimés constitutionnels, facilement inquiets, souvent insomniaques, sujets par moments à des paroxysmes anxieux, se trouvent bien de se piquer à la morphine ou de priser de l'héroïne, et que, dans ces conditions, il n'y a qu'à les laisser faire. Je ne saurais évidemment refuser à un médecin le droit de traiter ses malades comme il croit en conscience devoir le faire, et en conséquence de leur prescrire la médication de son choix, encore que je trouve dangereux l'emploi chez ces malades constitutionnels d'un pareil stupéfiant.

L'éloge de la morphine n'est plus à faire pour les souffrances aiguës, physiques ou morales, mais je ne la conseillerais pas dans les dérèglements chroniques du système vago-sympathique. Les sujets qui en sont atteints, déséquilibrés de l'affectivité et débiles de la volonté, sont incapables de suivre aucune règle, de s'astreindre à aucun régime. Ils ne savent se modérer et versent aussitôt dans l'outrance et l'abus ; d'un traitement qui les calme, ils tombent dans la toxicomanie qui les détraque ; telles malades que je connais bien goûteraient une « paix solaire » parfaite si elles se contentaient de 4 ou 6 centigrammes de morphine, mais elles ne savent s'y tenir et montent en quinze jours à 1 gr. 50 ou 2 grammes d'héroïne. Jamais dans ces conditions, je ne ferais connaître à ces déréglés impulsifs la douceur de l'opium, car ce serait les jeter délibérément dans l'intoxication progressivement massive et les vouer au supplice du « besoin ».

La preuve la plus convaincante que l'usage de la morphine n'est pas un bienfait pour eux, c'est qu'ils viennent nous sup-

plier de les sevrer et si possible de leur enlever toute l'attirance qu'ils éprouvent pour elle ; ils comprennent que leur apaisement est factice, que les souffrances l'emportent sur leurs joies ; ils regrettent leur initiation et aspirent à la libération de leur esclavage.

Tout autres sont le mélancolique, le délirant anxieux que l'on traite par l'opium ; l'accès terminé, ils ne pensent plus à la drogue qui les a soulagés, ils ne la réclament plus. Je ne connais pas de mélancoliques guéris qui soient devenus toxicomanes ; nos malades ne sont pas des « périodiques », des « intermittents », mais, répétons-le, des déséquilibrés constitutionnels à paroxysmes, des « nerveux » tourmentés, sans résistance à la douleur ni à l'entraînement. A ceux-là la cure est indiquée, la suppression du toxique est nécessaire.

Avant la cure, quelques soins préliminaires, si la chose est possible, si le malade dispose de dix ou quinze jours tout en continuant sa vie habituelle, ses occupations, son travail.

1° Diminuer le plus possible, la dose de morphine ou d'héroïne ; il est, cela va de soi, plus facile de supprimer 0,20 centigrammes que un ou deux grammes. En général, la chose est facile étant donné la dose « de luxe » et les réserves accumulées dans l'organisme.

2° Faciliter l'élimination de ces réserves pour éviter ultérieurement, une décharge massive : laxatifs répétés, eau diurétique (Vittel, Evian), boissons lactosées ;

3° Stimuler l'action du foie par quelques cholagogues ou de l'extrait hépatique.

Mais, classiquement à l'hôpital, le malade arrive sans nous prévenir et demande d'emblée son hospitalisation ; il est pressé d'en finir ; il n'a plus de drogue, plus de moyens de s'en procurer, souffre d'abcès nombreux, a de la température, ou bien ne dispose que des quelques jours qui suivent . . . Nous sommes bien obligé de lui donner le premier lit vacant et le traitement est institué immédiatement et sans préparation.

Notre traitement se compose essentiellement d'injections intramusculaires de démorphène, c'est-à-dire d'une émulsion en sérum isotonique d'huile d'olives ricinée et lécithinée, avec adjonction d'insuline (30 unités par jour) et de sirop de sucre (60 grammes en ingestion). Les injections sont faites cinq fois par jour et durant cinq jours dans la grande majorité des cas ; quelquefois moins, quatre jours seulement dans les cas légers ; exceptionnellement plus, six ou sept jours.

Des médications associées sont naturellement prescrites, générales d'abord, laxatives, diurétiques et diaphorétiques, individuelles d'autre part, suivant chaque cas et chaque indication cardiotoniques, spartéine, camphre, exceptionnellement ouabaïne ; neuro-sédatives, gardénal, bromures, hypnotiques variés.

Deux remarques importantes doivent être faites au sujet des médications neuro-sédatives.

a) Sous l'influence du démorphène, le gardénal agit avec beaucoup plus d'intensité et il faut n'employer que de faibles doses : nous ne dépassons guère cinq centigrammes le matin et dix centigrammes le soir, quinze au maximum. Nous avons constaté avec ces doses minimes (0,15 centigr. dans les vingt-quatre heures), des signes d'intolérance se traduisant par de l'obnubilation intellectuelle, de l'ivresse gardénalique, de l'oligurie, une distension parétique de l'estomac. Il doit s'agir d'une fixation élective du gardénal sur les centres nerveux due à la présence du démorphène, car ces mêmes malades supportaient des doses plus importantes de gardénal, sans aucun trouble, avant ou après la cure. Aussi étudions-nous actuellement une préparation spéciale de la phényl-éthyl-malonylurée pour éviter ces malaises, si bénins qu'ils soient, tout en utilisant au maximum l'effet sédatif de cet excellent produit.

b) Les sujets hypervagotoniques bénéficient ainsi que nous l'avons dit de l'éphédrine, de l'hypophyse-adrénaline (en injections avant les repas pour empêcher nausées et vomissements), de l'atropine ; les sympathicotoniques et les hypersthéniques supportent très mal au contraire ces médications et sont calmés de préférence par les bromures, le chlorure de calcium, l'ésérine, le crataegus.

La thérapeutique du toxicomane doit ainsi être appropriée à chaque cas et, avant toute cure, un examen approfondi du sujet doit être pratiqué, qui précisera le choix de telles ou telles médications associées au démorphène.

Nous voulons, en outre, signaler deux adjonctions à la méthode que nous venons d'exposer :

I. — La conservation dans certains cas et durant quelques jours d'une petite dose d'opium ou de ses dérivés.

Dans la majorité de nos cures nous supprimons d'emblée l'opium, la morphine ou l'héroïne de nos malades, dès la première injection de démorphène. Cependant, il nous faut tenir compte de l'élévation de la dose, de la longue durée de l'intoxication, de l'âge avancé du sujet et parfois aussi de son hypersensibilité. Aussi, lorsque nous sentons que la suppression brusque sera trop difficilement tolérée, utilisons-nous la méthode substitutive dont nous devons l'expérience à notre maître Magnan : durant les deux ou trois premiers soirs, nous faisons une injection de quelques centicubes de genomorphine ou de quelques centigrammes de phosphate ou de bromure de codéine ; ou bien donnons-nous plus simplement deux ou trois grogs dans la journée comportant un nombre variable de gouttes de teinture d'opium. Les cures délicates sont grandement facilitées par cette adjonction momentanée.

II. — L'emploi de l'auto-hémothérapie. Parmi les divers procédés de désintoxication que nous avons connus et expérimentés, l'autohémo est l'un des rares qui réellement ait montré une valeur indiscutable. Cependant, elle ne saurait être employée seule ; nous avons vu des malades qui n'ont eu d'autre thérapie que l'autohémo et qui n'en ont guère été satisfaits. Aussi ne l'utilisons-nous qu'associée au démorphène, et chez les sujets qui nous paraissent pouvoir supporter le choc hémoclasique qu'elle déclenche. Tantôt nous l'employons dès les premiers jours, à raison de dix centicubes de sang veineux mélangés trois fois par jour à une ampoule de démorphène pendant trois jours. Tantôt au contraire, nous réservons les injections sanguines pour les derniers jours de la cure et même les continuons après la suppression du démorphène. Nous avons l'impression, d'après les déclarations de nos malades, qu'elles atténuent leur attirance pour la drogue et, en ce cas, elles leur seraient particulièrement utiles à titre prophylactique. Ce bénéfice est malheureusement très relatif, car nous avons enregistré déjà des récidives chez des intoxiqués traités par l'autohémo soit par nous-même, soit par d'autres.

Avec l'espoir d'accroître son efficacité, nous étudions avec M. Delaville un procédé dérivé, c'est l'auto-sérothérapie irradiée. Nous recueillons le premier jour, dans les cas favorables, une certaine masse sanguine dont le sérum est irradié et mis en ampoules scellées et stérilisées: c'est ce sérum que nous injectons quotidiennement. Nous ne pouvons encore formuler de conclusions fermes concernant cette innovation.

Nous donnerons ici quelques observations inédites provenant de l'hôpital Henri-Rousselle.

Obs. CIX. — Da... (Gaston), 30 ans, maître d'hôtel. Prend de la morphine pour la première fois il y a trois ans, par suite d'insomnie, conseillé par un camarade intoxiqué depuis des années. Au point de vue physique, il se sent diminué de 100 %. Au point de vue intellectuel, sa mémoire est diminuée. Souvent il ne se souvient plus de faits arrivés un mois avant et il ne reconnaît pas certaines personnes autrefois intimes. Il n'a plus aucun désir sexuel et ne peut avoir de relations avec une femme. La morphine a produit sur lui une sorte d'abandon de tout, il se désintéresse de tout ce qui n'est pas rattaché à la drogue, oubliant famille et amis. En un mois, il est arrivé à 0,75 centigr. ; il se procure la drogue auprès de marchands qui lui furent présentés par d'autres intoxiqués.

Entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 4 septembre 1934, adressé par l'hôpital Bichat. Il est blême, livide, porteur d'abcès les uns incisés, les autres en formation. Il prend 0,40 centigr. d'héroïne par jour. C'est sa première cure. Cure facile, en cinq jours. Les trois dernières injections de démorphène sont associées à 10 c. c. de sang. Le poids s'est relevé de 1.500 grammes en six jours. Le malade se sent parfaitement guéri. Il sort le 15 septembre ayant encore gagné 5 kgr., soit 6 kgr. et demi en onze jours.

Obs. CXXIV. — H... (Louis), 53 ans, journaliste. Opiomane de 1908 à 1916, puis morphinomane en 1917 et après désintoxication héroïnomane en 1918. Monte à 1 gr. 50 par jour, puis parvient à redescendre et à se stabiliser à 0,35. Entre à l'hôpital le 10 octobre, couvert d'abcès. Traitement facile. Désintoxication en quatre jours. Il sort guéri le 19 octobre, nous laissant quelques notes intéressantes.

« En résumé, nous écrit-il, j'ai été intoxiqué presque sans interruption pendant vingt-cinq ans. C'est à New-York, en 1908, que j'ai rencontré un ancien condisciple du lycée qui fumait l'opium et m'a incité à l'imiter, prétendant que ce serait le meilleur moyen de guérir des crises de neurasthénie dont je venais d'être atteint aux Etats-Unis. J'ai résisté quelque temps, puis un soir je me suis allongé sur la natte auprès de lui et j'ai fumé. Mes crises de désespoir ont, en effet, passé très rapidement sous l'influence de la drogue, mais malheureusement j'ai pris goût à la pipe et, en revenant en Europe, je rapportai avec moi le matériel nécessaire et quelques boîtes d'opium achetées à la ville chinoise. Pendant un an je n'ai fumé que par intermittences et ne

◆◆◆

me suis intoxiqué que l'année suivante (1909), au cours d'un voyage de cinq semaines en auto avec deux amis fumeurs. Tous les soirs j'ai eu le tort de fumer avec eux, dans les hôtels où nous descendions, une douzaine de pipes. Le soir de mon retour à Paris, ayant négligé de tirer sur le bambou, j'ai été pris des malaises habituels du *manque*. Il m'a fallu aussitôt rentrer chez moi et rouler quelques pipes. Dès lors, j'étais bel et bien intoxiqué et n'ai pas essayé de lutter.

« De 1911 à 1917, étant à Londres, ayant toutes les facilités pour me procurer de la drogue, j'ai augmenté considérablement les doses et suis arrivé au début de la guerre à 90 pipes journalières environ. L'opium, après 30 ou 35 pipes, me procurait une grande activité intellectuelle et de prodigieuses facultés imaginatives (*mais inutilement*...). Bien des fois, voulant noter mes pensées, j'ai déposé sur mon plateau bloc et stylo, malheureusement je n'ai jamais eu le courage de noter mes impressions car, à ce moment, après cette dose d'opium, je n'éprouvais plus qu'un besoin : celui de rester étendu sans faire un mouvement. Du reste, dans cet état d'euphorie, tout vous devient indifférent. Mobilisé et rentré en France au début de 1917, j'ai pu me faire évacuer du front de Verdun au bout de dix jours et me faire envoyer à l'hôpital de Maison-Blanche. C'est là que je me suis mis, faute d'opium, à la morphine. Trois mois après, j'en étais à 2 grammes et demi après avoir débuté à 0,02 centigr.

« L'année suivante (1918) on m'avait fait affecter comme infirmier à l'hôpital de la Rose à Marseille. A ce moment, je m'alimentais à peine et étais arrivé à peser 47 kgr. C'était l'époque de la fameuse épidémie de typhus de Marseille. J'ai naturellement été atteint du mal un des premiers. Pendant près d'un mois j'ai été dans le coma, n'entendant plus, ne voyant plus, ayant complètement perdu la mémoire. On en a profité pour me désintoxiquer et je ne me suis pour ainsi dire aperçu de rien, sauf sur la fin, quand, après avoir été administré deux fois, formellement condamné par le médecin, et avoir réchappé du typhus par je ne sais quel miracle, je suis revenu à moi.

« Réformé définitivement et rentré chez moi, à Marseille, je me suis remis à fumer avec ma femme qui, elle, s'était toujours intoxiquée. Elle fumait avec moi depuis 1910, année de notre mariage. Elle est elle-même désintoxiquée depuis trois ans et me faisait une guerre acharnée pour l'imiter... J'ai donc continué à fumer l'opium jusqu'en 1928. N'ayant plus le temps suffisant pour fumer à ma satiété, je me suis mis alors à l'héroïne. Je n'ai pas cessé depuis et je crois bien, en ces six dernières années, m'être injecté environ 3 kgr. d'héroïne et environ 3 à 400 grammes de cocaïne dont j'avais besoin pour insensibiliser la place des piqûres et obtenir un coup de fouet sur les nerfs.

« Je pense que la désintoxication progressive est une erreur. Les premiers temps, on ne souffre pas ou peu, mais au fur et à mesure que les doses diminuent cela devient intolérable, surtout la nuit. On ne pense qu'à trouver de son toxique par tous les moyens possibles ; on en voit en rêve quand on s'assoupit un instant. C'est une obsession constante. Enfin, quand on arrive aux doses infimes de la fin (quelques centigrammes), les souffrances deviennent intolérables. C'est pourquoi beaucoup renoncent à ce moment à terminer la cure. »

Il... retomba huit jours après sa première désintoxication : sa femme étant à cette époque intoxiquée et fumant l'opium, il se remit à fumer avec elle. La seconde fois, il n'a pu descendre au-dessous de 0,05 centigr. Depuis notre cure, au contraire (*quatre jours*), qu'il trouve « merveilleuse », il ne ressent, nous dit-il, aucun trouble et est décidé à ne pas recommencer.

Obs. CXXXIII. — Le... (Aly), 34 ans, sans profession. Héroïnomane nasal. Intoxiqué depuis 1932. Sevré une première fois au Caire. Rechute en juin 1934. Prend un gramme par jour. Entre à l'hôpital, le 27 novembre. Cure facile, sans incidents, en quatre jours. Sort guéri et reconnaissant le 2 décembre « vraiment heureux d'avoir passé la période de sa désintoxication dans les meilleures conditions ».

Obs. CXLI. — Le... (Philippe), 46 ans, sans profession. Opiomanie. Fumage par curiosité, à 22 ans. Episodiquement cocaïne et éther. Guérison en maison de santé. Rechute deux ans après, pour fuir ses ennuis. En dernier lieu, fabriquait avec l'opium de la régie indochinoise une solution concentrée dont il absorbait quotidiennement un certain nombre de gouttes représentant environ un gramme d'opium. Vient de passer trois mois en maison de santé pour y subir une cure lente (suppression d'une goutte par jour) qui a échoué.

Entre à l'hôpital le 8 janvier 1935. Cure facile, en quatre jours, sans vomissements. Sort guéri le 14 janvier. Voici son appréciation. « Cure commencée le mardi, sur très forte dose le lundi matin pour la dernière fois. Je ne dirai pas que je suis étonné ; j'avais confiance, car c'est ce que j'espérais d'après ce que j'avais déjà entendu dire de la méthode. J'ai souffert, oui, d'une façon supportable et guère plus de vingt-quatre heures. Par contre, j'ai été stupéfié de mon état, comment dirais-je, *potentiel* comparé à l'effroyable *dépression* qui a suivi immédiatement chacune de mes désintoxications ou plutôt demi..., enfin sevrages ! que ce fût en huit jours ou en quarante, toujours pour des doses de même ordre.

« La réduction lente même avec une réduction de moitié dès le début, *pénible*, est encore possible à l'intoxiqué seul avec un peu de courage, puis s'établit un nouveau régime correspondant à une réduction de 1/50 par jour par exemple pour 50 gouttes. Un mois passe, l'état général n'empire certes pas, mais aucune amélioration appréciable, et la proportion devient plus grande, 1/20 au moment même où le courage faiblit. Un dernier effort mène *quelquefois* à la chute rapide des dix derniers jours, 1/10, puis 1/5, 1/2 et zéro. C'est ce que j'ai fait en juillet dernier. C'est une parabole. Lassitude générale, dégoût de tout, bon appétit pourtant, très comparable aux suites d'une fièvre typhoïde. Nécessité d'une canne pour marcher. Or, dès vendredi, je me suis essayé et de suite ai repris mon équilibre et me sens aujourd'hui dimanche très capable de partir avec ma valise à la main.

Le dernier acte de la cure de désintoxication ne doit pas être négligé, car c'est certainement le plus important ; il ne suffit pas d'amener un intoxiqué au zéro, il faut qu'il puisse y demeurer. Aussi devons-nous, après sa cure, chercher avec lui l'épine organique, fonctionnelle, morale, qui l'a fait souffrir et l'a contraint de se narcotiser. Une fois le point névralgique découvert, il nous faudra trouver son remède ; autrement, si la cause doit récidiver, les mêmes effets se reproduiront et le malade, une première fois calmé par sa drogue, y retombera malgré la conscience très lucide qu'il a du caractère éphémère de l'apaisement ainsi obtenu et des souffrances durables qu'il se prépare du fait de l'accoutumance et de la progression fatales ; ou bien alors, il se tuera...

La véritable prophylaxie des rechutes, dans la toxicomanie est le traitement de sa cause, mais son traitement, si faire se peut, par une médication qui ne soit pas, à cause de sa dangereuse accoutumance, le « divin » opium ou l'un de ses nombreux dérivés, aussi subtils, aussi puissants que lui.

Cf. Les opiomanes, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Un vol., Alcan, 1912.

Morphinomanie familiale d'origine thérapeutique. Soc. de psych., 21 nov. 1912.

Quelques réflexions sur la morphinomanie. Soc. méd. psych., 24 avril 1922.

Traitement de la morphinomanie. *Bull. Méd.*, 22 octobre 1924.

Toxicomanes. *L'Hygiène sociale*, août 1929.

La question de l'opium et des stupéfiants. *Le Monde Médical*, 15 novembre 1929.

La question de l'opium. *Bull. Méd.*, 8 mars 1930.

Trois nouveaux cas de parégorisme. Soc. méd. psych., mai 1930.

Toxicomanie par injections intraveineuses. Soc. méd. psych., 19 mai 1932.

Note sur l'eubinisme. *Presse Méd.*, 30 décembre 1933.

Causes et traitements de la morphinomanie. *Le Monde Médical*, 1er juillet 1934.

Procédé de désintoxication rapide des morphinomanes par les émulsions de lipides. Acad. de méd., 27 mars 1934.

Du traitement des toxicomanies par les lipides végétaux. *L'Encéphale*, mars 1934.

Le traitement des toxicomanes. *L'Hygiène Sociale*, 25 juin 1934.

Le traitement des toxicomanies par l'émulsion de lipides végétaux. *Presse Méd.*, 12 décembre 1934.

Nul ne peut dire en s'installant comment il exercera son art, quelle clientèle il atteindra, nul ne peut prévoir tous les éléments de hasard qui viendront jouer et abaisseront quelquefois le plus digne, en mettant en valeur celui qui semblait le moins désigné.

Sans doute, il y a dans la profession quelques abus, mais, il y a surtout beaucoup d'inégalités, et c'est là chose humaine. L'erreur de ceux qui se taillent des succès faciles en proposant des réformes basées sur une équité parfaite, c'est de ne pas comprendre, de ne pas vouloir comprendre que l'exercice de la médecien est extrêmement divers et qu'il est impossible d'établir une réglementation qui convienne à chaque médecin. »

(R. Massart. — Concordia medicorum-optima. *Le Concours Médical*, 19 mai 1935.)



Les toxicomanies en milieu militaire

Par le Médecin Lieutenant-Colonel FRIBOURG-BLANC

La symptomatologie clinique des toxicomanies est sensiblement la même dans l'armée que dans le milieu civil et il pourrait paraître superflu d'apporter sur ce sujet, tant de fois traité, des considérations spéciales du point de vue militaire.

Pourtant, quand on parcourt les importants travaux des auteurs qui se sont attachés à l'étude des intoxications volontaires on ne peut manquer d'être frappé de l'importance que la plupart des médecins ont à juste titre donnée à la recherche des causes des toxicomanies et, parmi ces causes, à l'influence primordiale de la contagion. Il s'agit là de la contagion mentale qui s'établit dans certains milieux et s'exerce sur des sujets, au terrain plus ou moins prédisposé, incapables de résister à la tentation de l'exemple. Or, l'armée est un milieu assez fermé, essentiellement favorable à toutes les contagions, qu'il s'agisse de maladies épidémiques ou d'affections mentales. Dans ses rangs on pouvait donc s'attendre, *a priori*, à une extension particulière des toxicomanies. Mais le caractère même de la contagion n'est pas le même dans toutes les catégories de la Société. Les goûts, la tournure d'esprit, le genre de vie, les conditions matérielles de l'existence, favorisent telles ou telles habitudes, facilitent ou entravent telles ou telles pratiques. Ce qui est facile et habituel dans le monde des cabarets de Montmartre, l'est beaucoup moins dans les casernes et dans les camps où, par contre, s'établissent d'autres facilités, d'autres complicités tacites. Ceci laisse entrevoir que la fréquence relative des différentes toxicomanies dans l'armée et dans le milieu civil peut sensiblement différer.

Les conséquences enfin des intoxications volontaires sont incontestablement plus graves dans un milieu soumis à une stricte discipline de tous les instants et ce seul fait suffirait, croyons-nous, à justifier les courtes observations que nous voulons faire ici.

Du point de vue de la fréquence des toxicomanies dans l'armée, nous disposons comme élément d'appréciation de la statistique du service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce qui reflète assez exactement la statistique générale de l'armée métropolitaine. Pour les dix dernières années, cette statistique nous fournit un chiffre global de 413 toxicomanes pour un total de 4.098 psychopathes hospitalisés (le nombre des malades atteints d'affections purement neurologiques a été pour la même période dans ce service de : 1861).

La proportion des toxicomanes dans le total des malades psychiques s'établit au taux de 10 %, taux qui nous montre l'importance du problème des toxicomanies pour les médecins de l'armée. Il faut d'ailleurs noter que les chiffres ci-dessus ne représentent pas tous les toxicomanes hospitalisés dans notre service, car beaucoup d'autres intoxiqués figurent dans notre statistique sous la rubrique afférente à leur désordre psychique de base : débilité mentale, déséquilibre psychique, psychasthénie, cyclothymie et l'on sait combien sont fréquentes les toxicomanies surajoutées à ces anomalies mentales.

Dans ce nombre de 413 toxicomanes, nous trouvons 396 alcooliques pour 11 morphinomanes, 2 cocaïnomanes et 4 sujets atteints de toxicomanies diverses (éthérisme, haschichisme.....).

Il apparaît donc immédiatement que la fréquence relative de l'alcoolisme par rapport aux autres toxicomanies est de beaucoup prépondérante et cela ne saurait étonner, étant donnée l'expansion extrême de l'éthylisme dans tous les milieux et dans toutes les classes de la Société.

La relative rareté des autres toxicomanies ne peut nous surprendre non plus, car les occasions offertes au soldat pour se procurer de la morphine, de l'opium ou de la cocaïne sont très réduites. Une exception toutefois doit être faite pour l'opium sous forme de fumerie, en ce qui concerne les troupes d'Extrême-Orient et la marine.

En France, l'alcool est à la portée de tous, même pour les classes modestes ou pauvres. Les autres toxiques sont des toxiques de luxe qui ne sont guère usités dans l'armée que par des militaires de carrière, officiers ou sous-officiers.

L'alcoolisme est donc le danger essentiel contre lequel dans l'armée, le médecin comme le commandement, doivent coordonner leurs efforts de tous les instants. Pour mener à bien cette lutte il faut connaître exactement les origines du mal. C'est d'abord la *facilité excessive du ravitaillement*. Si la vente des boissons alcoolisées est en principe interdite à l'intérieur des casernes et dans les camps, la surveillance en dehors des locaux militaires reste illusoire. A ses heures de sortie, le troupier désœuvré s'en va naturellement au cabaret. La tolérance coupable des Pouvoirs publics est responsable de ces funestes habitudes.

Aux Colonies surtout, le soldat qui, le plus souvent, est un militaire de carrière, n'a d'autre distraction que celle du débit de boisson et il en use souvent au prorata de la durée de ses services. Le tableau du vieux soldat colonial imbibé d'alcool n'est plus à faire et la contagion dans ces troupes de métier a été bien démontrée. Mais ne faut-il pas incriminer surtout cette déplorable liberté laissée aux trafiquants d'alcool qui s'enrichissent aux dépens de la santé du soldat et de la discipline militaire. Malgré toutes les sages mesures prises dans l'armée pour lutter contre le fléau de l'alcoolisme, l'extension de cette intoxication, qu'on avait pu croire un instant enrayée après la grande guerre, a repris au cours de ces dernières années avec une intensité nouvelle. Les centres d'hygiène sociale ne l'ignorent pas et la statistique de notre service reflète cet accroissement de façon évidente. En effet, pendant les deux dernières années (1933-34) sur un ensemble de 1.046 malades hospitalisés pour troubles psychiques, nous trouvons 134 éthyliques, ce qui porte le pourcentage de ces intoxiqués à 12,81 % alors qu'il n'était que de 7,17 % pour les huit années précédentes. On assiste ainsi avec tristesse à une ascension progressive de la courbe de l'éthylisme dans l'armée. Nous avons dit l'influence de la contagion si facile entre troupiers, mais faut-il rendre responsable le milieu militaire de cette recrudescence actuelle. Nous ne le pensons pas car il ne semble pas que les mesures de prophylaxie en vigueur dans l'armée se soient en rien relâchées. Le contraire paraît établi par la multiplication toujours plus intense des moyens de préservation : conférences, tracts, création dans les casernes de salles de jeux, de bibliothèques, de séances récréatives, de terrains de sport ; resserrement de la vigilance et des sanctions disciplinaires. Mais l'armée ne vit pas totalement isolée de la nation. Le soldat n'est pas un perpétuel prisonnier dans sa caserne et il est facile de concevoir qu'à ses heures de liberté, il peut devenir la proie toute désignée des tentations qu'il trouve dans le milieu extérieur. Les mesures d'hygiène sociale, civile et militaire, sont étroitement solidaires. Si les premières sont déficientes, les secondes perdent toute efficacité. Seule une réglementation générale sévère et bien concertée entre les autorités civiles et militaires serait susceptible de donner des résultats tangibles.

A l'entraînement contagieux et à la facilité du ravitaillement en boissons alcoolisées, viennent s'ajouter comme causes adjuvantes, divers facteurs utiles à connaître. C'est d'abord la *prédisposition héréditaire* de certains sujets. La persistance de l'alcoolisme à travers les âges est arrivée à créer un terrain spécial et un véritable *état de besoin héréditaire* qui entretient chez les générations successives les habitudes ancestrales et les rend très difficiles à déraciner « Ne s'alcoolise pas qui veut » a dit Dupré. Peu à peu s'est établi à travers les siècles selon l'expression de Legrain, un véritable « *alcoolisme hérédo-constitutionnel* ». Cette hérédité éthylique n'intervient pas seulement en procurant à la descendance le besoin inné de s'alcooliser mais encore en *sensibilisant* les sujets à l'action toxique de l'alcool. Dublineau a rappelé récemment cette influence du terrain dans les psychoses alcooliques (L'évolution psychiatrique, Fasc. II, 1934). C'est d'ailleurs un fait d'observation clinique courante, dans l'armée, de voir les fils d'alcooliques présenter, à la suite d'une absorption d'alcool très modérée, de violents accès de colère morbide, des réactions impulsives subites ou des accidents épileptiformes. Cette hérédité similaire joue un rôle étiologique beaucoup plus important dans la toxicomanie éthylique que dans les autres toxicomanies. Au régiment, la preuve en est faite chaque jour par les manifestations psycho-névropathiques survenant chez les contingents bretons beaucoup plus sensibilisés à l'action de l'alcool que les recrues des autres régions de France.

Ce terrain spécial n'est pas le seul à favoriser l'alcoolomanie. Les *tendances psychopathiques* ont à cet égard une influence indéniable. C'est en particulier le déséquilibre psychique congénital, les états dépressifs et anxieux et la constitution cyclothymique. Ces anomalies psychiques prédisposent au plus haut point aux accès dipsomaniaques ou à l'établissement progressif des pratiques éthyliques chroniques. Les *émotions de guerre*, par leur intensité et leur répétition, ont créé chez des sujets antérieurement normaux, une véritable « *constitution émotive acquise* ». Comme l'a bien montré Maurice de Fleury chez les malades qu'il observa pendant la guerre au Centre de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce. Loin d'immuniser le sujet contre les émotions à venir, les chocs émotifs successifs anaphylactisent le combattant qui

pour ne pas faillir à son devoir, boit « pour se donner du cœur » à l'approche d'un « coup dur » ou pour « se remonter » après une scène tragique.

Il est d'autres facteurs acquis, susceptibles de jouer dans l'armée un rôle favorisant pour l'éthylisme. Ce sont surtout les *violents traumatismes craniens*. La sensibilisation à l'alcool des blessés cranio-cérébraux est bien connue depuis la guerre. Ces blessés présentent souvent des troubles de l'humeur et du caractère avec tendances dépressives et irritabilité. Au cours de leurs accès de lassitude inquiète, ils demandent souvent à l'alcool un stimulant artificiel, ou bien, leur irritabilité rendant la vie familiale difficile, ils s'en vont, las des querelles, chercher une diversion au cabaret et s'alcoolisent peu à peu, ce qui ne fait d'ailleurs qu'aggraver leurs troubles du caractère et leur impulsivité. Porot estime que, dans le fonds mental des traumatisés du crâne, végète un onirisme latent et des reliquats anxieux pour lesquels la surcharge éthylique, même légère, est une cause d'extériorisation.

Enfin, les *troubles acquis des fonctions hépatiques et rénales*, modifient défavorablement le terrain en paralysant l'action antitoxique des organes éliminateurs. A la suite d'un long séjour aux armées ou aux colonies, il est possible de voir des altérations hépato-rénales favoriser l'éclosion d'accidents éthyliques aigus malgré la modération relative des doses d'alcool absorbées.

Nous ne retracerons pas ici le tableau clinique des manifestations éthyliques. Cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Ces manifestations, qu'il s'agisse d'éthylisme aigu, subaigu ou chronique sont d'ailleurs, dans le milieu militaire, les mêmes que dans le milieu civil. Signalons seulement le danger redoutable que l'éthylique court ou fait courir au régiment, du fait qu'il est souvent armé (suicide ou meurtre) et les conséquences parfois très graves pour le service et pour la discipline (abandon de poste, rébellion, perturbation de l'ordre par l'éclosion soudaine de raptus épileptiformes, injures aux gradés, oublis des consignes, pouvant provoquer des accidents etc...).

Du point de vue médico-légal, les accidents provoqués par la toxicomanie éthylique soulèvent, dans l'armée, deux problèmes importants : 1° celui de la *responsabilité* en matière de délits commis par les alcooliques, 2° celui de *l'indemnisation* des accidents provoqués chez les éthyliques par des traumatismes.

Il est de toute évidence que les habitudes alcooliques ne sauraient entraîner l'impunité des éthyliques non-délirants. Les troubles de l'humeur et du caractère, la déficience du sens moral résultant de l'intoxication du sujet, ne peuvent lui servir d'excuse en cas de délit. La loi du 23 janvier 1873, qui prévoit la répression de l'ivresse publique prouve que le législateur n'a pas voulu absoudre « l'homme qui avait jeté volontairement un voile sur sa raison et s'était livré à la suggestion des impulsions aveugles » (Garnier). Le Code de justice militaire considère même l'état d'ivresse comme une circonstance aggravante et, en dehors de tout délit, le militaire supris en état d'ébriété, peut être l'objet de sanctions disciplinaires.

Le problème cependant change d'aspect lorsqu'il s'agit de délits ou de crimes commis au cours des grands accès délirants aigus éthyliques. Dans les cas de ce genre, le délinquant peut-être inconscient de ses actes. Il doit alors être considéré comme en état de démence au sens de l'article 64 du Code pénal.

Il est des cas moins nettement tranchés où le médecin légiste peut être appelé à se prononcer sur la responsabilité d'un éthylique ayant accompli son délit en dehors de tout accès délirant, mais dont la toxicomanie peut avoir une origine plus ou moins pathologique, justifiant des circonstances atténuantes. Il appartient alors au médecin de dégager par l'étude précise du fonds mental antérieur, les éléments morbides qui sont intervenus dans l'établissement des habitudes éthyliques et, par suite, dans l'exécution du délit commis par l'intéressé. Ces cas nécessitent un examen très prudent et très objectif. On ne peut formuler à cet égard de règle générale, car il n'existe que des cas d'espèce.

La question de l'indemnisation des infirmités ou de la mort provoquée par un traumatisme chez un éthylique, peut se poser soit dans les cas de délirium tremens traumatique suivi de décès (pension réclamée par les parents), soit dans les cas de lésions organiques déterminées, chez les alcooliques, par une blessure survenue du fait du service et entraînant une invalidité ultérieure. L'Etat dans ces cas-là peut invoquer, comme le ferait un patron à l'égard de son ouvrier dans une affaire d'accident de travail, les troubles antérieurs qui ont favorisé chez l'intoxiqué chronique, le déclenchement du délirium tremens ou provoqué en partie la blessure (vertiges, maladresse motrice). Mais si le fait de service qui a déterminé la blessure est dûment établi et si l'accidenté ne se trouvait pas manifestement en état d'ivresse aiguë au moment de l'accident, l'imputabilité au service doit être admise. Il faut bien savoir en effet que si l'article 72 de la loi des Finances du 28 février 1933 a supprimé la présomption d'origine admise par la loi des pensions militaires du 31 mars 1919, il n'a pas supprimé la « *présomption d'aggravation* » du fait du service. Lors donc que la preuve est bien établie que le traumatisme s'est produit en service commandé, le droit à pension ne peut être rejeté. Mais l'enquête doit être serrée et minutieuse, elle doit s'attacher à établir non seulement l'origine, la nature et la gravité de l'accident mais encore le lien de cause à effet entre celui-ci et les lésions organiques consécutives. Tandis que, dans les affaires civiles de droit commun, l'éthylisme de l'accidenté peut intervenir dans le sens d'une diminution du taux d'indemnisation, cet état antérieur n'intervient pas dans l'appréciation du taux pour les pensions d'invalidité militaires, non plus que dans l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

L'opiomanie et ses dérivés : morphinomanie, héroïnomanie etc., sont, dans l'armée, infiniment plus rares que l'éthylisme, nous avons déjà dit pourquoi. Il faut cependant faire une exception en ce qui concerne la *fumerie d'opium* dans les troupes coloniales et dans la marine. C'est là qu'apparaît bien le rôle de la contagion dans les pratiques toxicomaniaques. Les facilités d'approvisionnement interviennent aussi car on sait combien il est aisé de se procurer de l'opium dans certains ports et surtout en Extrême-Orient où le débit d'opium voisine au grand jour avec le débit de boisson. Le bon marché de la drogue et le désœuvrement font le reste. Mais ce qui caractérise ce genre de toxicomanie dans l'armée, c'est sa relative bénignité et sa curabilité lorsqu'elle n'est pratiquée qu'à titre de passe-temps momentané. Le sevrage de la fumerie d'opium est facile quand l'intoxication n'est pas trop invétérée. Cette toxicomanie disparaît en général après le retour dans la métropole. Elle ne persiste guère que chez certains déséquilibrés toujours en quête de sensations vives d'euphorie apaisante et d'oubli de soucis quotidiens.

La morphinomanie est, dans l'armée métropolitaine, à la fois plus fréquente et plus tenace que la fumerie d'opium. Ses causes résident avant tout dans le déséquilibre psychique antérieur des morphinomanes. Elle ne se rencontre guère que chez les officiers, chez quelques sous-officiers et autres militaires de carrière. Quand on l'observe chez les hommes du contingent ou chez les jeunes engagés, c'est qu'elle préexistait à l'incorporation car, par opposition à l'éthylisme ou à la fumerie d'opium, le rôle de la contagion est pratiquement nul, dans l'armée, pour la morphinomanie. « On entre dans la morphinomanie par la porte de la douleur, par celle de la volupté ou par celle du chagrin » disait Ball. C'est fréquemment en effet à l'occasion d'une douleur physique intense et prolongée que le morphinomane a pris l'habitude de ses injections (coliques hépatiques ou néphrétiques, blessure de guerre avec atteinte des os ou des troncs nerveux, causalgie, douleurs tabétiques, etc.). Le chagrin, douleur morale, parfois plus difficile à supporter pour les émotifs que la souffrance physique a été, pour d'autres morphinomanes, le motif qui les a poussés à endormir leur peine. Mais bien souvent la douleur initiale, cause de la toxicomanie a disparu et les sujets n'en persévèrent pas moins dans l'habitude prise alors que d'autres parviennent spontanément, ou avec l'aide du médecin, à guérir de leur funeste habitude. La différence entre ces deux catégories de malades, tient au fonds psychique antérieur des sujets. Nous pensons, en effet, qu'il y a lieu de maintenir la distinction, aujourd'hui mise en doute par certains médecins, entre la morphinomanie occasionnelle curable et la morphinomanie à base de déséquilibre mental, rebelle à toute cure définitive. S'il est indiscutable que la seconde est de beaucoup la plus fréquente et que les efforts thérapeutiques restent le plus souvent illusoires chez les morphinomanes, en raison de la persistance du désordre psychique initial, il n'en est pas moins vrai que certains malades sont entrés dans la voie de leur morphinomanie de façon purement occasionnelle et que chez eux, les bons résultats de la cure restent définitifs en raison même d'un bon équilibre mental de base. Ces cas sont rares, il est vrai, mais nous en avons observé des exemples probants chez deux anciens blessés de guerre et chez un gazé (morphinisé au début pour crises de suffocation) qui, toute cause organique ayant disparu, avaient cependant persisté, pendant de longues années, dans leur morphinomanie. Ils guérirent pourtant après cure de désintoxication de façon définitive.

Il y a donc tout intérêt à tenter la cure de démorphinisation. Elle permettra parfois de véritables sauvetages, car il ne saurait être question de maintenir dans les rangs de l'armée les grands morphinomanes. Si leur cure est refusée ou échoue, leur élimination s'impose par *mise en réforme sans pension*. Sans retracer

ici tout le triste tableau de l'opiomane, notons seulement quelques-unes des particularités qui font de ce toxicomane, le plus mauvais des militaires : paresse morbide, inertie, aboulie, négligences de tenue désintérêt du service, déficience du sens moral pouvant conduire, en état de besoin, au mensonge, au vol, à la désertion, voire à la trahison, pour se procurer de la drogue (affaire Ulmo). Dans ces délits, la responsabilité pénale de l'opiomane paraît devoir être intégralement maintenue, sauf rares cas d'espèce.

La cocaïnomanie assez fréquente dans l'armée à la fin de la dernière guerre n'y est plus aujourd'hui qu'une rareté. A la fin des hostilités et pendant les quelques mois qui suivirent, les militaires de l'arrière et les permissionnaires des armées étaient attirés par une habile propagande, s'exerçant jusque dans les gares, vers les maisons où l'on dispense, les « Paradis artificiels ». La clientèle habituelle des bars de Montmartre s'était grossie de clients militaires et l'on a pu croire que s'exerçait une tentative sournoise de démoralisation de l'armée, entreprise par les fabricants de cocaïne d'Outre-Rhin. Mais après la démobilisation ces pratiques ont rapidement disparu et l'on ne compte plus guère dans les rangs de l'armée que de très rares cocaïnomanes qui, d'ailleurs, se cachent et ne sont guère découverts qu'à l'occasion d'un délit militaire entraînant des poursuites judiciaires. L'enquête entreprise fait alors apparaître que le délinquant est en général un sujet dont l'équilibre psychique est défectueux.

La principale cause en effet de la cocaïnomanie est un déséquilibre mental initial compliqué de tendances perverses. Parfois, il est vrai, la cocaïnomanie peut naître occasionnellement d'une habitude médicamenteuse (cocaïnisation d'une sinusite, de névralgies faciales, etc.) mais cette origine accidentelle est plus rare que pour la morphinomanie et c'est bien plutôt le désir de sensations inédites, le besoin de jouissances raffinées, la recherche d'excitations sensuelles qui pousse à la cocaïnomanie. Courtois-Suffit et Giroux en ont bien décrit les causes, le milieu spécial où elle sévit et les conséquences funestes, Briend, et Vinchon en ont recueilli des exemples dans l'armée pendant la guerre et nous en avons observés, pendant les quinze années d'après guerre, une douzaine de cas au Val-de-Grâce. Mais la cocaïnomanie n'étant qu'une des manifestations du déséquilibre mental et de ses perversions, ces cas sont pour la plupart rangés dans notre statistique sous la rubrique « déséquilibre mental compliqué ». Au reste, la cocaïnomanie est rarement isolée. Les pervers qui s'y adonnent, goûtent souvent tour à tour à tous les toxiques ou même en combinent l'emploi.

Les conséquences de cette toxicomanie sont funestes en milieu militaire. L'état d'excitation et d'agressivité déclenché par ce toxique entraîne des réactions graves. L'état de besoin conduit, par le déficit du sens moral, aux vols et aux escroqueries et c'est sur les bancs du Tribunal militaire qu'on retrouve souvent le cocaïnomane. Éminemment indésirable, il est à éliminer de l'armée, sans que cette décision, dictée par le plus élémentaire principe d'hygiène mentale, puisse en rien intervenir dans la question de responsabilité pénale.

On observe dans les troupes de l'Afrique du Nord et du Levant, un certain nombre de cas de *haschischisme*. Cette toxicomanie entraîne des réactions analogues à celles du cocaïnisme, marquées par l'agressivité et les impulsions coléreuses. Mais son extension, qui est fonction des habitudes du pays, reste limitée au milieu indigène.

Notons enfin quelques rares cas d'*éthéromanie* observés chez des déséquilibrés généralement polytoxicomanes.

Les toxicomanes, quels qu'ils soient, constituent dans les rangs de l'armée, des éléments de trouble, d'amoralité et de désordre. Tous les efforts prophylactiques doivent être tentés à cet égard par les médecins militaires et par le commandement, en plein accord avec les services civils d'hygiène sociale. C'est en fonction du bon résultat de ces efforts, que l'armée restera un instrument solide entre les mains de ses chefs.

La guerre bactériologique, par A. SARTORY et R. SARTORY. Prix : 4 fr. Charles-Lavauzelle, éditeur.

Les auteurs passent en revue les divers essais allemands ayant trait à la guerre bactérienne et font connaître ce que l'on sait des résultats obtenus par les expérimentateurs.

Ils essaient ensuite de confronter les craintes que peut inspirer la guerre bactériologique avec les conclusions des travaux minutieux et patients de Trillat.

Sur un cas d'éphidrose parotidienne

Réflexe gustato-sudoral dans le territoire du nerf auriculo-temporal après parotidite suppurée

Par Raymond GARCIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

A la suite de parotidites ou de blessures de la région parotidienne, certains sujets présentent au cours des repas une sudation de la face localisée habituellement à la tempe du côté malade. Ce syndrome d'hypersudation localisée, connu depuis longtemps sous le nom d'éphidrose parotidienne, semble avoir été signalé la première fois en 1726 par Duphenix (1). Au XIXe siècle, Baillarger (2) Bergounhioux (3), Botkin (4) en rapportèrent quelques exemples. Bézard dans sa thèse (1863), du Cazal dans le dictionnaire Dechambre, et Raymond, dans les *Archives de neurologie* (1888) lui consacrèrent des travaux d'ensemble. Dans ces quinze dernières années l'étude des syndromes d'hyperhydrose localisée de la face connut un renouveau avec les observations de M. et Mme Parhon (5), de Mme Lucie Frey (6), de Noica (7), de Trioumphoff (8), avec les études d'André Thomas (9), de Souques (10), les observations de Rebierre (11) et l'important mémoire de Robert Rendu (12) qui versait au dossier 24 cas personnels. Tout récemment Henri Roger (de Marseille) consacrait un travail très documenté aux syndromes sympathiques d'hémisudation faciale (13).

En soi l'éphidrose parotidienne n'est qu'une petite infirmité, très gênante par la nécessité qu'elle impose au sujet de s'éponger la tempe tout le long du repas, mais son intérêt pathogénique en fait un des plus difficiles problèmes de la pathologie cicatricielle des nerfs. Nous sommes certes loin de l'époque où l'on invoquait l'oblitération du canal de Sténon « obligeant la salive à se frayer un passage à travers la peau » mais bien des obscurités persistent encore sur son mécanisme intime. L'atteinte du nerf auriculo-temporal, nerf sécréteur de la parotide, est actuellement admise, mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit d'expliquer comment son excitation au cours du repas peut aboutir à une sudation des téguments. L'hypothèse d'André Thomas d'une erreur d'aiguillage des fibres nerveuses en voie de régénération, erreur qui a comme conséquence anatomique de faire commander les réseaux vasculaires de la joue et les glandes sudoripares par les filets destinés à la vaso-motricité et à la sécrétion de la parotide, constitue certainement une des explications les plus séduisantes du phénomène (*). Par ailleurs, de la mastication ou de la gustation, qui interviennent simultanément au cours du repas, une analyse plus attentive a permis de distinguer, dans chaque cas, ce qui revenait à l'une et à l'autre. Dans l'immense majorité des observations la mastication joue un rôle exclusif ou prédominant (réflexe masticato-sudoral de Robert Rendu), ailleurs les excitations gustatives représentent la condition nécessaire et suffisante du phénomène.

Si nous apportons ici une nouvelle illustration de cette curiosité pathologique peu fréquente, ce n'est certes pas pour jeter une lueur nouvelle sur un problème pathogénique déjà nettement circonscrit par les pénétrantes études d'André-Thomas (9) et de Robert Rendu (12), mais seulement pour ajouter au dossier clinique de l'affection un exemple très pur des faits assez rares où l'excitation gustative apparaît seule en jeu dans le déclenchement réflexe de la sudation. De telles observations permettent une étude assez nuancée du syndrome en ce qu'elles montrent le rôle de la tonalité de la sensation et l'intervention de certains processus psycho-affectifs dans l'extériorisation du phénomène.

Mlle B. . . . 32 ans, présente en février 1920 un *adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire droit* au décours d'une grippe. Une intervention chirurgicale dut être pratiquée, dont on retrouve la cicatrice très souple au niveau de l'angle du maxillaire inférieur (immédiatement en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien). Trois jours après cette intervention, suivie de drainage, survint, du même côté, une *parotidite infectieuse* qui s'ouvrit dans la brèche opératoire. Aux dires de la malade, la

(*) Pareille hypothèse avait été invoquée également par M. et Mme Parhon (*loc. cit.*)

parotide se serait évacuée par lambeaux au cours de cette longue suppuration, qui dura plusieurs semaines pendant lesquelles un trismus intense rendit obligatoire l'alimentation au biberon.

En avril 1920, c'est-à-dire 6 semaines après le début des accidents, le pansement qui enveloppait le cou et la tête put enfin être supprimé. La malade s'aperçut alors, pour la première fois, qu'à l'occasion des repas une sueur abondante apparaissait à la tempe droite et ruisselait le long du visage à mesure qu'elle mangeait. Le repas terminé, la sudation cessait, mais une vaso-dilatation, avec rougeur de la pommette et de la joue correspondantes, persistait plus d'une heure après le repas.

Depuis quinze ans les phénomènes sont restés identiquement les mêmes, causant une gêne et une disgrâce notables. Cette jeune fille redoute de dîner en ville car l'abondance de la sueur nécessite, tout le long du repas, le tamponnement répété de sa tempe droite.

Notre malade, très intelligente, a bien voulu sur notre demande consigner avec soin, au cours de plusieurs mois d'observation, les précisions qui vont suivre et dont nous avons été à même, pour la plupart, de vérifier l'exactitude.

Certains aliments provoquent plus particulièrement la sudation : les fruits, les glaces, les bonbons acidulés et surtout le vinaigre dont l'effet est infaillible. La sueur est toujours précédée d'une sensation de chaleur dans la tempe, avec picotement ou frémissement agaçant au niveau des téguments où les gouttes vont perler. Le vin, l'alcool, les cocktails ne provoquent jamais de sueurs, ils produisent seulement la chaleur avec picotement de la tempe et la rougeur de la joue, mais tout se borne là.

La sensation agaçante d'ardeur sur les téguments de la tempe précède toujours de quelques secondes ou minutes l'apparition des premières gouttes de sueur. Si la malade arrête le repas à ce stade paresthésique, la sudation peut ne pas apparaître mais si elle continue de manger la sudation s'installe pour durer aussi longtemps que continuera l'excitation gustative qui l'a mise en branle.

Si la malade a très faim, un repas banal, dont la composition en tout autre circonstance n'aurait pas suffi à provoquer le réflexe de sudation, engendre aussitôt la moiteur de la tempe.

Si la malade aime particulièrement les plats qui constituent le repas, le reflexe sudoral apparaît vite et dure longtemps. Par contre si les mets ne lui causent qu'une médiocre satisfaction — et il en a été ainsi pour les repas d'épreuve pris à l'hôpital — la sudation est plus difficile à déclencher.

La tonalité affective de la sensation intervient ici de façon très nette et la malade l'exprime d'ailleurs de façon imagée. « Lorsque le repas me plaît, l'eau qui devrait venir à la bouche se trompe de direction ». Ajoutons que la parotide droite ayant été détruite par la suppuration, il n'y a pas de flux de salive à droite. La bouche est plus sèche de ce côté que de l'autre et la fluidification des aliments, lorsque la mastication se fait sur le côté droit, est infiniment plus tardive que lorsque la mastication est effectuée à gauche.

La vue d'un aliment à haut pouvoir sudoral (citron, grapefruit, vinaigre) déclenche un frémissement agaçant et un picotement désagréable sur les téguments de la tempe, de même qu'une sensation de chaleur avec rougeur discrète dans l'hémiface droite. Nous n'avons pu, cependant, observer dans ces conditions — ni la malade non plus — la moindre perle de sueur. Il n'y a donc pas de sécrétion sudorale psychique.

La représentation mentale de la sensation désagréable déclenchée par des substances de haut goût suffit à engendrer la chaleur et les paresthésies de la tempe, tout comme la vue de ces substances.

La préoccupation ou la crainte de l'apparition de la sudation au cours d'un repas pris en ville, par exemple, suffit parfois à inhiber le réflexe sudoral (1). La malade a cherché plus d'une fois à utiliser cette appréhension pour inhiber la sudation, sans pouvoir y réussir fréquemment. Au cours de certains repas — apportés par elle à l'hôpital pour nous montrer le déclenchement de la sudation — la trop grande fixation de son attention sur le phénomène dont nous attendions tous deux l'extériorisation, a semblé nettement inhiber le déclenchement du réflexe sudoral. La chaleur de la tempe annonciatrice de la moiteur, apparaissait très nettement, nous l'avons même vérifiée avec un thermomètre local, mais tout se bornait là. Le rôle favorisant de la tonalité affective de l'excitation sensorielle gustative, le rôle empêchant de certaines préoccupations méritent, croyons-nous, d'être soulignés ici parmi les mécanismes de mise en branle de la sudation.

La température des mets ingérés n'est pas sans influence. Les glaces, tout comme les aliments très froids, déclenchent davantage la sueur que les aliments tièdes ou chauds. C'est en analysant ce qui se passait lorsqu'elle ingérait une glace que la malade en arriva à se demander si la gustation ne jouait pas un rôle plus important que la mastication dans la sudation prandiale : On ne mange pas une glace, en effet, on la suce sans que la mastication entre — ou à peine — en jeu. Aux dires de notre malade on pourrait croire que la mastication intervient cependant dans le phénomène, car à la fin du repas la sudation se montre toujours plus importante. Certes la fin du repas est l'heure des salades, glaces et fruits qui possèdent par elles mêmes un haut pouvoir sudoral, mais en analysant de plus près ce qui se passe, là ne réside pas l'explication de l'accroissement de la sudation à la fin du repas. Il existe chez cette malade depuis l'opération, un certain degré d'arthrite temporo-maxillaire droite (avec craquements articulaires discrets) qui rend la mastication prolongée, fatigante et pénible. Aussi la malade pour économiser les mouvements de mastication devenus désagréables à la fin du repas, en est-elle arrivée à faire des efforts avec la langue pour triturer autant que possible les aliments contre le voile du palais. Cette sorte de mastication linguale aggrave la sudation, soit que l'augmentation de la sueur soit liée aux efforts musculaires improvisés, anormalement imposés à la langue, soit qu'elle provienne simplement, comme la chose peut-être admise, du renforcement des contacts gustatifs par pression de la langue contre le voile du palais.

Un certain nombre d'expériences nous ont paru prouver d'autre part que la sudation réflexe était bien sous la dépendance exclusive des excitations gustatives comme nous allons le voir.

Avant de les relater, précisons que l'examen somatique de la malade montre une cicatrice souple, de 3 cm. de longueur, sur le bord antérieur du sterno droit, en regard de l'angle de la mâchoire ; une excavation en arrière de la branche montante droite du maxillaire inférieur, dépression qui laisse supposer rétrospectivement un délabrement inflammatoire assez étendu de la région sous-parotidienne postérieure. Notion qui confère un assez grand intérêt à la constatation chez cette malade d'un syndrome fruste, mais réel, de Claude-Bernard-Horner du côté droit. De ce côté en effet la pupille est plus petite et il existe en outre une hyperthermie des téguments de la face du côté droit. Cette asymétrie thermique est encore manifeste même après exposition au froid. Après exposition pendant cinq minutes en plein air, à une température extérieure de —4°, un jour d'hiver, nous avons pu constater la persistance de l'hyperthermie relative de la tempe et de la joue droites :

Température extérieure + 18°.
Région zygomatique droite 33°. Région zygomatique gauche 31°5.
Température extérieure — 4° pendant 5 minutes.
Région zygomatique droite 31°. Région zygomatique gauche, 29°7.

L'étude de la sensibilité de la face montre en outre qu'il existe à droite une zône d'hypoesthésie de la région temporale, assez nettement localisée dans le territoire du nerf auriculo-temporal mais débordant nettement sur celui du temporo-malaire (*fig.* 1).

Les contours de cette zône, précisés à plusieurs reprises, sont figurés en pointillé blanc sur la photographie ci-jointe (*fig.* 1). Il n'y a d'ailleurs pas seulement hypoesthésie au tact, au chaud et au froid, mais également *paresthésie* avec sensation de fourmillement, de picotement, au moindre contact superficiel tactile ou thermique.

Ajoutons enfin que la malade signale un retentissement pénible avec prolongation des bruits dans l'oreille droite : « Mon tympan continue de vibrer même après que le bruit a cessé, s'il y a un très fort bruit à ma droite », hyperacousie qu'il est loisible de rapporter à une atteinte du muscle du marteau comme nous le verrons plus loin.

Le reste de l'examen neurologique est rigoureusement négatif. Soulignons en particulier l'intégrité vérifiée du nerf facial et des muscles masticateurs, tant dans les mouvements d'élévation que dans ceux de diduction, de propulsion et de rétropulsion de la machoire.

Nous avons pu élucider à loisir chez cette jeune fille, qui a bien voulu se prêter à un certain nombre de repas d'épreuve variés, les facteurs qui président à l'hypersudation localisée de la face. Nous rapporterons seulement quelques expériences :

I. Tout d'abord nous avons cherché à savoir si la mastication à vide, ou la mastication d'une substance insipide, était capable à elle seule de provoquer la sudation. Il n'en est rien.

(1) Il en était de même dans une observation de Robert Rendu (*loc. cit.* p. 178).

Les Compléments "Domestiques" de la Cure Hydro-Minérale

CHOPHYTOL

CHEZ LES HÉPATIQUES

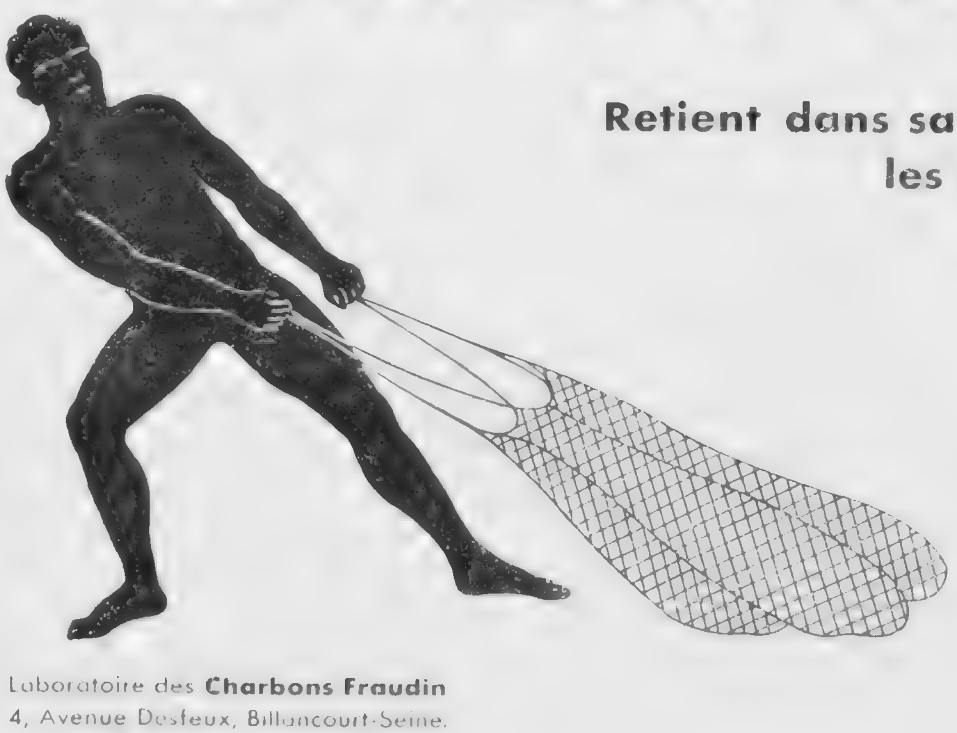
CYNUROL

CHEZ LES ARTHRITIQUES ET LES RENAUX

Même posologie : De 6 à 12 dragées par jour aux repas

Laboratoires ROSA 1, place Porte Champerret, PARIS (XVII°)

LE CHARBON FRAUDIN



Retient dans sa texture cellulaire les gaz et les toxines de l'intestin

—

Aérophagie

—

Gastro-entérites

—

Fermentations intestinales

—

Diarrhées diverses

—

Laboratoire des **Charbons Fraudin**
4, Avenue Desfeux, Billancourt-Seine.

La mastication prolongée d'un morceau de caoutchouc élève de façon égale la température des deux côtés de la face mais se montre impuissante à faire apparaître la moindre goutte de sueur. Au début de l'épreuve les températures cutanées au niveau de l'apophyse zygomatique sont de 32° 4 à droite, 31°5 à gauche. Après trois minutes elles sont de 33°5 à droite de 32°5 à gauche. La différence thermique entre les deux côtés est donc restée la même au début comme à la fin de l'épreuve. Il en est de même après mastication d'une croûte de pain rassis.

II. A la température extérieure de 18° un repas de pain, de beurre et de saucisson, est pris à midi le 13 décembre 1934. Il ne provoque pas de sueurs. La prise des tempétatures cutanées locales au niveau de la région temporo-zygomatique donnent les chiffres successifs suivants :

A 12 h. 4, à droite 33°7, à gauche 32°3.

Mastication du saucisson pendant 6 minutes : A 12 h. 10, à droite, 34°8 : à gauche 34°.

Une cotelette est alors ajoutée au repas. A 12 h. 24, à droite 35° ; à gauche 34°5. Il n'est pas apparu la moindre goutte de sueur.

Il est à remarquer l'atténuation progressive de l'écart thermique initial entre les deux côtés tout le long de ce repas inefficace.

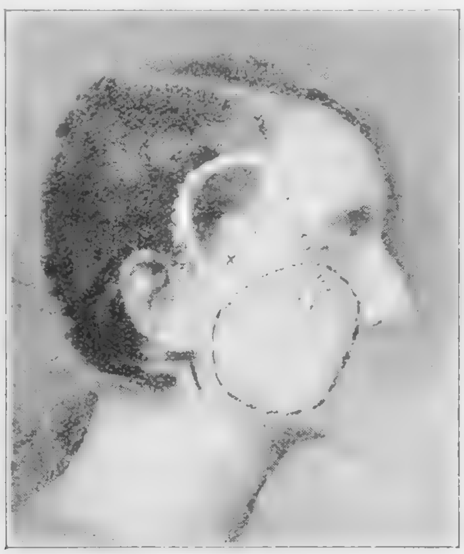


Fig. 1

En *trait blanc plein*, limites de la *zone de sudation* au cours des repas. La croix contenue dans cette aire représente le point d'application du thermomètre, dans les mesures mentionnées.

En *points blancs espacés*, territoire de l'hypoesthésie et des paresthésies.

En traits noirs (espacés), territoire de la vaso-dilatation consécutive aux repas.

En arrière de l'angle de la mâchoire, en trait noir, tracé de l'incision opératoire.

III. Quelques jours après, un repas au grape-fruit et au plum-cake est donné dans les mêmes conditions.

Au début de l'expérience les températures sont : à droite 32°8, à gauche 32°, diff. 0,8.

A 10 h. 10, un grape-fruit est ingéré.

A 10 h. 12, on note à droite 33°5, à gauche 32, diff. 1°5.

Un plum-cake est alors ingéré. A 10 h. 15 des gouttes de sueur apparaissent dans le territoire de l'auriculo-temporal représenté sur la figure 1 (trait blanc en plein). Ce territoire a pu être minutieusement établi en saupoudrant abondamment de poudre de talc toute l'hémiface et en chassant avec une soufflerie la poudre restée non adhérente. Il persistait ainsi une plage blanche que nous avons pu photographier, figure 1 ci-jointe. La sudation dure 10 minutes environ.

A 10 h. 45, la mastication d'une pomme provoque en deux minutes la reprise de la sudation.

IV. Une autre expérience fut faite ultérieurement, uniquement avec du vinaigre. Dès que celui-ci arrive dans l'arrière-gorge la malade éprouve une sensation de cuisson désagréable dans la zone paresthésique, également derrière l'œil malade. La température en une minute monte de 32°5 à 33°8 dans la région temporo-zygomatique droite, une légère moiteur apparaît au bout de une minute pour augmenter ensuite.

V. L'ingestion de jus de citron *avec une paille* fait apparaître rapidement une sudation copieuse.

Tous ces faits montrent à l'évidence que la sueur provoquée par les repas est déclenchée par les excitations gustatives, indépendamment de tout mouvement de mastication associé.

Le rôle de la déglutition mérite également d'être pris en considération. Une pulpe de pommes maintenue dans l'arrière gorge sur le V lingual ne provoque pas de sudation par simple contact. Mais la déglutition fait apparaître la sueur. Agit-elle par renforcement syncinétique ou seulement par le renforcement des contacts gustatifs qu'elle occasionne, comme le fait est bien connu ? Nous n'avons pu ici éclairer la condition déclenchante.

A côté de la sudation, il existe au cours des repas une rougeur très notable de la joue. Cette rougeur précède la sueur et surtout lui survit (plus d'un quart d'heure). Cette zône de vaso-dilatation (figurée sur la photographie) est tout à fait en dehors du territoire de sudation comme on peut s'en rendre compte. Notons en passant que l'oreille ne rougit jamais.

L'étude du réflexe pilo-moteur ne nous a révélé aucune asymétrie perceptible, de même l'étude du réflexe naso-facial. Nous n'avons pu pratiquer l'épreuve de la pilocarpine pour des raisons qui ne dépendaient pas de nous.

Le phénomène est resté sans changement, été comme hiver, depuis plus de 10 ans (1). Des applications d'ultra-violets, de diathermie se sont montrées toujours parfaitement inefficaces.

En résumé cette jeune fille, à la suite d'un adénophlegmon sous-angulo-maxillaire compliqué de parotidite du côté droit, incisé chirurgicalement, a constaté 6 semaines après l'intervention, au moment de la levée des pansements, une sudation localisée de la tempe droite, dans le territoire de l'auriculo-temporal, à l'occasion des repas.

La mastication isolée n'intervient pas dans le déclenchement de ce réflexe sudoral comme nous avons pu le vérifier à plusieurs reprises. Par contre, l'excitation gustative représente la condition nécessaire et suffisante pour que la sudation apparaisse ainsi que nous avons été à même de l'établir. Ajoutons que les efforts de « mastication linguale », qui soulagent à la fin du repas le jeu d'une mastication légèrement douloureuse (du fait d'une arthrite temporo-maxillaire), aggravent la sudation, mais ils n'interviennent probablement qu'en renforçant les contacts gustatifs par pression répétée de la langue contre le voile du palais. Il en est vraisemblablement de même pour la déglutition. Celle-ci fait en effet apparaître la sueur pour certaines substances (pomme), qui appliquées simplement sur le V lingual paraissent incapables de déclencher la sudation.

Il s'agit donc ici, avant tout, d'un réflexe gustato-sudoral localisé dont les exemples purs sont assez rares, car dans l'immense majorité des cas — et il suffit de lire l'important travail de Robert Rendu pour s'en convaincre — la mastication joue le rôle essentiel dans l'éphidrose parotidienne (réflexe masticato-sudoral localisé).

Certains excitants gustatifs se montrent ici plus particulièrement sudorigènes (citron, grape-fruit, vinaigre, glaces) et l'importance de la sudation paraît proportionnelle à la durée et à l'intensité de l'excitation. La sueur est toujours précédée de paresthésies de la région temporo-orbitaire et d'une augmentation, vérifiable, de la température locale dans la même région. S'il ne nous a pas été possible de mettre en évidence une sudation psychique il est intéressant de noter que la vue des substances à tonalité gustative désagréable, de même que la représentation mentale de leur ingestion, déclenchent les mêmes désagréables paresthésies temporo-orbitaires qui préludent habituellement à la sudation. Enfin à la sudation s'associe et lui survit longtemps une vaso-dilatation prolongée de la joue correspondante.

Il existe à l'état permanent chez cette malade un territoire d'hypoesthésie qui déborde largement les frontières de la zône de sudation. Il englobe non seulement une grande partie du territoire de l'auriculo-temporal (qui dépend du maxillaire inférieur) mais également une partie du temporo-malaire (branche du N. maxillaire supérieur (*fig.* 2).

L'existence d'un syndrome de Claude Bernard-Horner fruste du côté de l'affection (myosis, hyperthermie permanente), mérite d'être soulignée. Il existe en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, une excavation qui laisse supposer en

(1) Il n'existe aucune anomalie de distribution de la sueur céphalique pendant les fortes chaleurs de l'été.

profondeur l'atteinte post-opératoire de tout ou partie des filets sympathiques inclus dans la région sous parotidienne postérieure.

Enfin notons une hyperacousie et une prolongation anormale de la résonnance aux bruits forts, lorsqu'ils se produisent du côté malade, phénomènes en rapport vraisemblable avec l'atteinte du muscle interne du marteau, branche du maxillaire inférieur, qui s'en sépare souvent au niveau du ganglion otique, lorsqu'il ne provient pas de ce ganglion.

Dans l'observation que nous venons de rapporter l'excitation des nerfs du goût apparaît comme la condition nécessaire et suffisante de l'hyperhydrose localisée de la face. Il en était de même dans les observations de Mme Lucie Frey, de Noica et Bagdasar, de S. Higier, de André Thomas, de Rebierre.

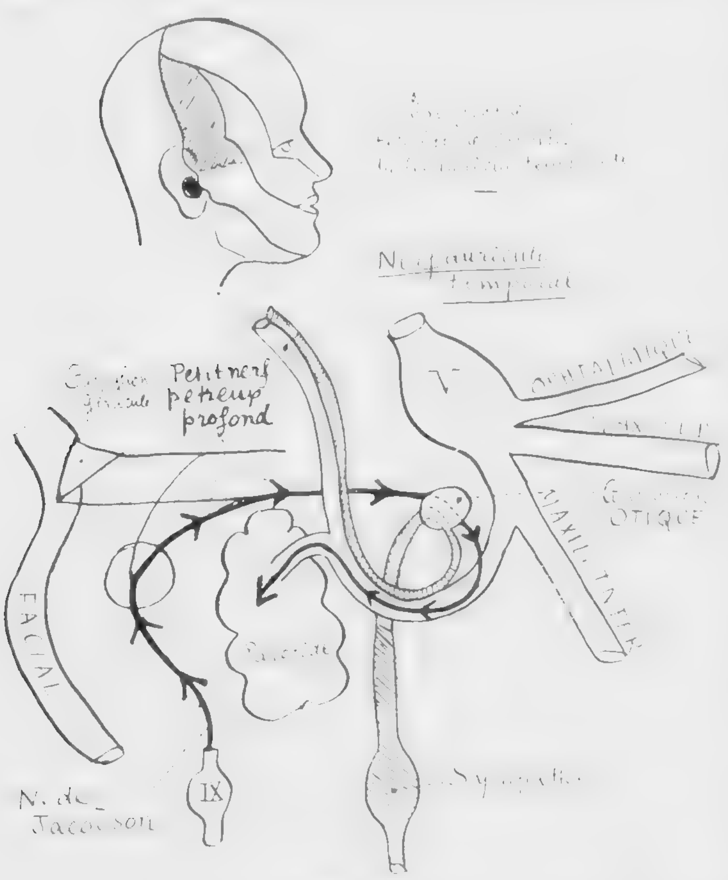


Fig. 2

Schémas de l'innervation de la parotide et de la distribution du Nerf auriculo-temporal.

Dans le cas de Mme Lucie Frey (6) une blessure par balle derrière l'angle de la mâchoire avait occasionné une éphidrose localisée dans une zone triangulaire ayant pour base l'implantation de l'oreille et pour sommet la commissure labiale. Pour que la moiteur apparût dans cette région il fallait que l'excitation gustative entrât en jeu (en arrière du V lingual) car la mastication isolée se montrait sans effet. Notons dans cette observation que le sujet présentait du côté de la blessure une dilatation de la pupille.

Dans le cas de S. Higier (6') l'éphidrose, consécutive à une parotidite incisée, siégeait dans un territoire compris entre la tempe et la moitié supérieure du pavillon de l'oreille gauche et se trouvait conditionnée par les seules excitations gustatives (qui déclenchaient également une rougeur de la joue correspondante).

Dans l'observation de Noica et Bagdasar (7) les excitations gustatives provoquaient une éphidrose localisée alors que la mastication se montrait sans effet. Là encore une parotidite suppurée était à l'origine du phénomène.

Dans l'observation de André Thomas (9), consécutivement à une parotidite, certains aliments de haut goût, (aliments pimentés ou assaisonnés avec de la moutarde, de l'ail, du vinaigre et du poivre) produisaient l'hyperhydrose alors que le sucre, le sel, la quinine se montraient inefficaces, tout comme la mastication « à blanc ».

Dans l'observation de Souques (10), une blessure de la région sourcilière avait été suivie d'une hyperhydrose localisée à la moitié gauche de la face, prédominant sur le front et le menton. La mastication n'intervenait en rien dans le phénomène. Seules les excitations gustatives, et la chaleur du lit, paraissent directement engendrer l'hyperhydrose. Notons ici, en passant, l'intégrité de la parotide, contrairement à la majorité des cas.

Dans un cas de Rebierre (11) consécutif à une opération sur la région parotidienne, l'excitant gustatif paraissait également seul en cause avec une stricte électivité pour certains aliments.

Dans l'observation de Rebierre et Thomé, où il s'agissait d'une blessure par balle en arrière du sterno mastoïdien gauche, l'éphidrose présentait un territoire différent selon la qualité de l'excitation gustative (temporo-frontale et sous-orbitaire pour la charcuterie, exclusivement sous-orbitaire pour l'eau vinaigrée). Il existait en outre chez ce malade une hyperthermie de la région temporale du côté malade. Les auteurs soulignent à ce sujet qu'il faut faire intervenir la notion d'une atteinte d'un hémisympathique cervical, dans le mécanisme de ces hyperhydroses localisées et cela sans doute par action à son niveau de lésions diverses existant dans la profondeur du cou.

Le mécanisme physiopathologique de ces hyperhydroses localisées de la face a retenu depuis longtemps l'attention et un certain nombre de solutions pathogéniques ont été récemment proposées.

Les anciens auteurs, parce que la sudation se produisait dans la région parotidienne, après des parotidites suppurées, expliquaient l'éphidrose par une oblitération du canal de Stenon obligeant la salive parotidienne à se frayer un passage à travers la peau. Mais il fallut bientôt abandonner cette explication car il s'agit de sueur comme l'établit Bergounhioux, et non de salive comme le croyait Baillarger.

Brown-Séquard ayant noté chez certains sujets, et sur lui-même, que les aliments de haut goût provoquaient des sueurs abondantes du visage crut voir dans l'éphidrose parotidienne un phénomène de même ordre, mais la véritable difficulté est d'expliquer la localisation très étroite de la sudation faciale.

Le fait que la sudation pathologique est presque toujours consécutive à une suppuration de la parotide ou à une blessure de la glande au niveau du condyle, là où son nerf sécréteur, le nerf auriculo-temporal, l'aborde : la provocation de la sueur par le repas c'est-à-dire au moment de l'activité fonctionnelle de la parotide, devaient orienter le problème pathogénique sur ces voies plus sûres. L'attention fut attirée vers le nerf auriculo-temporal, nerf sécréteur de la parotide et l'éphidrose parotidienne apparut bientôt comme un syndrome en rapport avec l'altération pathologique de ce nerf au niveau de la parotide.

Il n'est pas inutile de rappeler brièvement que malgré les apparences anatomiques (l'auriculo temporal est en effet une branche du maxillaire inférieur) le trijumeau n'intervient en rien dans la sécrétion parotidienne. Celle-ci relève du nerf glosso-pharyngien. Le trajet des fibres sécrétoires de la parotide est actuellement bien précisé : Parties du noyau salivaire inférieur de Kohnstamm ces fibres suivent le glosso pharyngien puis le rameau de Jacobson, le petit nerf pétreux profond, le ganglion otique d'où elles sortent pour rejoindre le nerf auriculo-temporal. Elles cheminent dans son sein puis s'en détachent pour gagner la parotide (*fig.* 2).

Telle est la voie centrifuge de l'arc réflexe qui intervient dans la sécrétion de la parotide. La voie centripète est représentée par les deux nerfs du goût : la corde du tympan (pour les deux tiers antérieurs de la langue) qui se continue dans l'intermédiaire de Wrisberg vers le noyau solitaire, et le nerf glosso pharyngien (pour le tiers postérieur de la langue) dont les fibres sensorielles rejoignent, la plupart, la partie moyenne du même noyau solitaire, au dessous du contingent amené par la corde et l'intermédiaire de Wrisberg.

Par ailleurs le nerf auriculo temporal reçoit des fibres sympathiques émanées du ganglion otique, qui lui viennent des centres sympathiques de la moelle dorsale par la voie du cordon sympathique cervical et des vaisseaux du cou et de la tête. Le nerf auriculo temporal contient donc des fibres vaso motrices, pilo motrices et sudoripares qui vont le suivre dans tout son territoire d'innervation sensitive.

La blessure ou la suppuration parotidienne peut agir de trois façons sur le nerf auriculo-temporal, soit en le paralysant, soit en l'irritant, soit en le divisant.

L'éphidrose ne saurait guère être expliquée par une paralysie de l'auriculo temporal car la nevrectomie de celui ci, si elle s'accompagne bien de cessation de la sécrétion parotidienne ne provoque pas de sudation de la tempe, comme le fait a été bien établi.

Une hypothèse plus séduisante est celle d'un processus irritatif du nerf. Pour Mme Lucie Frey la cicatrice parotidienne irriterait de façon permanente les fibres végétatives du nerf auriculo-temporal. Que ce syndrome d'irritation vienne à être exacerbé au cours du repas, par l'excitation physiologique réflexe de la gustation — dont nous venons d'étudier les voies centrifuges jusqu'à la parotide — alors la sueur fera son apparition sur le territoire de l'auriculo-temporal. C'est ainsi que Mme Frey a décrit sous le nom de « syndrome du nerf auriculo-temporal » un syndrome unilatéral de la face caractérisé par une rougeur et une sudation de la joue apparaissant à la suite d'excitations gustatives.

Mais comme André Thomas, Souques, l'ont fait remarquer dans l'observation de Mme Frey, le phénomène déborde largement le territoire vaso-moteur et secrétoire de ce nerf et par ailleurs il n'existe habituellement aucune concordance entre la zône de sudation et la zône de vaso-dilatation de la face.

Pour Trioumphoff, le phénomène étant évidemment lié à l'activité de la parotide, c'est le gonflement du tissu glandulaire au cours du repas qui produirait l'excitation des fibres de l'auriculo-temporal. Rappelons d'ailleurs que Debrousse, il y a longtemps, supposait déjà que par suite de la suppression de la fonction parotidienne, le sang qui y afflue normalement se trouvait dérivé vers les réseaux des régions avoisinantes et vers les glandes sudoripares.

Les pénétrantes études d'André Thomas ont fait faire un grand pas à l'étude pathogénique de l'éphidrose. S'attaquant à la difficulté essentielle du problème, à savoir le défaut de parallélisme et de synchronisme entre le territoire d'hyperémie de la face et celui de la sécrétion sudorale, André Thomas en arrive à penser que l'ensemble des phénomènes qui constituent l'éphidrose peut s'expliquer par une erreur d'aiguillage dans la régénération des fibres nerveuses sectionnées au niveau de la parotide. « Tout se passe chez eux, comme si le réseau vasculaire d'une certaine partie de la face et les glandes sudoripares s'étaient substitués au réseau vasculaire de la parotide et à ses éléments secréteurs. De l'arc réflexe normal la voie centripète et le centre subsistent, ce sont la voie centrifuge et le terminus qui ont changé.... La lésion de la parotide et des nerfs parotidiens est toujours sérieuse, peut-être en est-il de même, dans certains cas, du nerf auriculo-temporal... Les fibres vasomotrices et sécrétoires de la parotide qui ont été interrompues en un point quelconque de leur trajet se régénèrent sans doute mais elles sont probablement détournées de leur terminus habituel par les cicatrices fibreuses qu'elles rencontrent sur leur trajet. Elles rejoignent ainsi les réseaux vasculaires de la joue ou les glandes sudoripares, soit en suivant les filets nerveux ou les vaisseaux, soit en cheminant isolément. A la rigueur, pourrait-on admettre que ces fibres s'éparpillent dans le tissu de cicatrice qui entoure les nerfs de la région et que leur excitation réflexe produit une vaso-dilatation locale qui stimule à son tour les nerfs ».

André Thomas propose de désigner ce type de phénomènes syncinétiques sous le terme de « pararéflexe » c'est-à-dire que le réflexe se produit à côté. Il s'agit d'ailleurs bien d'un véritable réflexe : apparition immédiate et constante pour les mêmes circonstances provocatrices, exagération du phénomène avec la plus grande vivacité de l'excitant, disparition immédiate avec la suppression de l'excitation.

L'existence dans certains cas, comme dans celui qui vient d'être rapporté, d'une perturbation sympathique permanente au niveau de l'hémiface malade mérite, en outre croyons-nous, d'être prise en considération. La parotidite ou la blessure cervicale peuvent en effet réaliser en profondeur une atteinte paralytique ou irritative du sympathique cervical. Dans l'observation que nous venons d'étudier il existait un syndrome de Claude-Bernard-Horner fruste mais manifeste. Dans leur observation, Noica et Bagdasar notent une plus grande chaleur de la joue du côté malade. Dans celle de Mme Frey on relève une dilatation pupillaire, dans une observation de Rebierre (juin 1931) c'est le myosis qui est mentionné du côté atteint.

On peut donc se demander, quel que soit le mécanisme physiopathologique exact de l'éphidrose (pararéflexe par erreur d'aiguillage (1), ou vaso-dilatation parotidienne prandiale irritant les nerfs rompus et éparpillés dans le tissu cicatriciel de voisinage) s'il n'y a pas lieu d'insister sur ce fait que le réflexe engendré par l'excitation gustative se joue ou s'abat dans un territoire dont la réactivité circulatoire est déjà perturbée à l'état permanent, dans certains cas au moins, et cela du fait d'une atteinte concomittante du sympathique cervical. Le rôle de cette hyperexcitabilité morbide d'un hémisympathique cervical, par lésions diverses dans la profondeur du cou, a été souligné très justement déjà par Rebierre et Thomé.

(1) Il serait de première importance d'établir dans cette hypothèse le caractère relativement tardif de l'éphidrose puisqu'un certain délai est nécessaire pour la régénération des fibres nerveuses, comme le souligne André Thomas. En fait, les renseignements manquent presque toujours sur ce point, le phénomène n'étant constaté qu'au moment de la suppression du pansement. Il ne nous a pas été possible, non plus, de préciser davantage dans notre cas. La sudation fut enregistrée, là encore, pour la première fois au moment de la levée du pansement, six semaines après l'opération.

L'activité réflexe automatique sous-corticale, dont nous avons rappelé les voies centrifuges et centripètes dans le déterminisme de la sudation prandiale, paraît susceptible de subir certaines influences psycho-motrices ou psycho-inhibitrices à point de départ affectif. La simple représentation mentale d'une excitation gustative pénible n'arrive certes pas à faire apparaître la moiteur dans la zône temporo-frontale mais elle y déclenche une sensation désagréable de picotements et de coupures superficielles, tout comme dans le premier stade de la sudation réflexe d'origine prandiale. De même, chez notre malade l'appréhension de voir apparaître la sueur au cours d'un dîner hors de chez elle, l'impatience qu'elle éprouve, lors des repas d'épreuve faits sous nos yeux, à nous faire constater par nous-même l'infirmité qui l'afflige, paraissent suffisants certains jours — toutes choses égales par ailleurs — à inhiber de façon transitoire le déclenchement de la sudation. Pareils faits donnent à penser que le rôle des processus psycho-affectifs n'est pas négligeable dans l'extériorisation ou le déroulement des activités réflexes sous-jacentes. Dans cet ordre d'idées le malade de Rebierre et Thomé était particulièrement instructif : Ne voyait-on pas chez lui une topographie différente de la sueur selon que tel ou tel aliment était ingéré ?

L'étude du phénomène sudoral localisé de la face apparaît donc comme infiniment plus nuancé, lorsque l'excitation sensorielle gustative entre seule en jeu, que lorsque la mastication — avec ou sans intervention du goût — intervient dans sa réalisation. Aussi cette observation nous a-t-elle paru mériter d'être versée au dossier clinique des éphidroses parotidiennes. Nous n'ignorons certes pas la multiplicité des questions qu'elles laissent encore sans solution bien précise, il suffit de relire les travaux auxquels nous avons fait allusion dans ce travail pour se pénétrer de la difficulté de trouver jusqu'ici une explication générale qui embrasse tous les faits de sudation localisée de la face, mais l'étude attentive de chacun des cas qui se présente à notre observation permettra sans doute plus tard une vue d'ensemble de ce curieux chapitre de la pathologie cicatricielle des nerfs.

Le traitement de ces éphidroses est souvent très décourageant et la plupart des essais thérapeutiques restent inefficaces. Pourtant les injections d'atropine à un demi-milligramme amènent une sédation de la sueur, qui peut durer quelques heures et permettre ainsi des repas moins désagréables, ainsi que l'ont constaté et conseillé Trioumphoff, Henri Roger. Une intervention sur la branche auriculaire du nerf auriculo-temporal aurait guéri un cas de Trioumphoff.

La radiothérapie de la mœlle cervico-thoracique a eu dans un cas observé par Tournay, une influence très favorable. Pour Henri Roger il ne serait pas illogique d'essayer des interventions sympathiques, soit sur le sympathique vasculaire (sympathectomie périartérielle temporale), soit sur le sympathique cervical.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Duphénix. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, 1726, t. III.

(2) Baillarger. — Mémoire sur l'oblitération du canal de Sténon. *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 194.

(3) Bergounhioux. — Observations de sueur parotidienne. *Gazette des Hôpitaux*, 1859, p. 201.

(4) Botkin. — *Berliner Klinisch-Wochenschrift*, 1875.

(5) M. et Mme Parhon. — Vaso-dilatation et hyperhydrose faciale accompagnant la mastication. *Revue neurologique* 1920, p. 200.

(6) Mme Lucie Frey. — Syndrome du nerf auriculo-temporal. *Revue neurologique*, août 1923, p. 97.

(6') S. Higier, cité par Souques (*loc. cit.*) et analysé in *Revue neurologique*, 1927, t. I p. 147.

(7) Noica et Bagdasar. — Syndrome du nerf auriculo-temporal. *Revue neurologique*, 1926, t. I p. 225.

(8) Trioumphoff. — Une forme particulière de l'hyperhydrose locale de la face. *Presse Médicale* 1926, p. 1.350.

(9) André-Thomas. — Le double réflexe vaso-dilatateur et sudoral de la face consécutif aux blessures de la loge parotidienne. Les para-réflexes. *Revue neurologique*, avril 1927, p. 447, et *Revue neuro-*

logique 1927, t. II, p. 63. — Les phénomènes de répercussivité. Paris 1929. Masson, éd. p. 57 et suivantes.

(10) Souques. — Hyperhydrose unilatérale de la face consécutive à un traumatisme de la région sourcilière et provoquée par les excitations gustatives palatines et par la chaleur. *Revue neurologique*, 1927, t. II p. 145.

(11) Rebierre. — Hydrorrhée faciale gustative paraissant correspondre à une région de distribution sympathique avec divers autres troubles végétatifs chez un opéré du cou. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1930, p. 23. — Rebierre et Thomé. — Hydrorrhée faciale par excitations diverses et de topographie variable suivant la nature et le siège de l'excitant. *ibid*, 1932, p. 347. — Rebierre. Hydrorrhée faciale masticatrice. *ibid*. juin 1931, p. 434.

(12) Robert Rendu. — Le réflexe masticato-sudoral localisé (24 cas par blessures de guerre). *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1932, n° 7, p. 465-489.

(13) Henri Roger. — Les syndromes sympathiques d'hémisudation faciale. *Rivista di clinica Medica*. Firenze, 1933, fasc. 5.

Les syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique

Par Georges GUILLAIN

Depuis longtemps mon attention a été attirée sur l'étiologie syphilitique possible de certains syndromes parkinsoniens et j'ai souvent insisté sur cette notion dans mon enseignement de la Salpêtrière. L'an dernier, j'ai incidemment relaté, avec mon Chef de clinique M. Michaux (1), une observation d'un syndrome parkinsonien d'origine syphilitique ; des faits semblables avaient d'ailleurs été antérieurement publiés dans la littérature internationale. Dans presque tous les mémoires consacrés à cette question, il s'agit de cas isolés et le plus souvent les examens sérologiques font défaut. J'estime, et je reviendrai sur ce point, que seuls n'ont une valeur, pour juger des relations entre la syphilis et la maladie de Parkinson, que les cas où l'analyse complète du liquide céphalo-rachidien a été pratiquée. La statistique que j'apporte ici de 18 observations, dont 9 d'entr'elles présentent toutes les réactions positives de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien, est, je le crois, la plus importante qui ait été encore donnée. Cette documentation personnelle, comparée aux cas publiés, peut permettre certaines conclusions.

Une telle question a, en effet, un intérêt théorique et pratique Bien des auteurs contemporains semblent avoir oublié que les syndromes parkinsoniens étaient connus avant l'épidémie d'encéphalite et que l'étiologie de ces syndromes comporte des facteurs autres que le virus de l'encéphalite. Parmi ces facteurs très variés, il y a lieu de faire une place en nosographie au tréponème de la syphilis, capable de créer des lésions dans les mêmes territoires du névraxe que le virus de l'encéphalite de von Economo. J'ai insisté, par ailleurs, dès 1921, dans des présentations successives (2) sur ce fait que les mésocéphalites syphilitiques aiguës pouvaient simuler l'encéphalite épidémique de même les mésocéphalites syphilitiques subaiguës ou chroniques peuvent simuler les complications tardives de l'encéphalite épidémique, en particulier les syndromes parkinsoniens.

S. A. K. Wilson et Stanley Cobb (1) ont attiré l'attention, en 1924, sur les mésencéphalites syphilitiques à propos de quatre cas personnels et recueilli des observations où l'on trouvait une association de la paralysie agitante avec le tabes et la paralysie générale.

* * *

Pour étudier avec clarté les rapports existants entre la syphilis et les syndromes parkinsoniens, je me propose, dans ce travail, d'apporter tout d'abord ma documentation personnelle ; dans un second chapitre, je comparerai mes cas avec ceux de la littérature ; j'essaierai enfin de préciser les signes pouvant permettre le diagnostic d'un syndrome parkinsonien syphilitique.

Ma documentation personnelle comporte 18 cas ; aucun de mes malades n'avait présenté le moindre antécédent d'encéphalite épidémique. J'ai séparé ces dix-huit cas en trois groupes.

I. Syndromes parkinsoniens avec antécédents syphilitiques certains mais dont le liquide céphalo-rachidien n'a pu être examiné ou a donné des réactions normales.

II. Syndromes parkinsoniens avec réactions syphilitiques positives dans le liquide céphalo-rachidien.

III. Syndromes parkinsoniens associés à des signes de la série tabétique.

Je n'attache d'importance réelle, dans ma documentation personnelle, qu'aux cas appartenant au second et au troisième groupes. La connaissance en effet d'un chancre syphilitique ancien, voire même d'une réaction de Wassermann positive dans le sang, a certes de l'intérêt, mais elle ne suffit pas à prouver que le syndrome neurologique soit d'origine syphilitique.

I. *Syndromes parkinsoniens avec antécédents syphilitiques, mais dont le liquide céphalo-rachidien n'a pu être examiné ou a donné des réactions normales.*

Observation I (2). — M. Ch..., âgé de 54 ans, examiné en 1925. Chancre syphilitique à 20 ans, diplopie à 33 ans guérie par l'iodure de potassium. Début du syndrome parkinsonien, en 1922, du côté droit, puis généralisation ultérieure au côté gauche. Syndrome parkinsonien typique, avec faciès figé, rétropulsion, abolition des mouvements automatiques, hypertonie, tremblement, réflexes tendineux et cutanés normaux, exagération du réflexe naso-palpébral, exagération des réflexes de posture. Pupilles en myosis réagissant normalement. Leucoplasie buccale. Souffle systolique aortique. Réaction de Wassermann positive dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : tension de 37 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr. 40 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives ; 0,1 lymphocyte par millimètre cube ; réaction de Wassermann négative ; réaction du benjoin colloïdal 0000022221000000.

Observation II. — M. Mol..., âgé de 58 ans, examiné en 1932. Antécédents syphilitiques inconnus. Hémisyndrome parkinsonien droit typique étant apparu il y a un an ; aspect figé, bradycinésie, hypertonie, perte des mouvements automatiques, tremblement, exagération du réflexe naso-palpébral, réflexes tendineux et cutanés normaux.

Réaction de Wassermann dans le sang positive. Le liquide céphalo-rachidien n'a pu être examiné.

---

(1) Georges Guillain et L. Michaux. — Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique. *Société de Neurologie de Paris*, séance du 5 juillet 1934, in *Revue Neurologique*, 1934, II, p. 71

(2) Georges Guillain, P. Jacquet et P. Lechelle. — Syphilis de la région du métencéphale et du mésencéphale simulant l'encéphalite épidémique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 28 janvier 1921, p. 74.

G. Guillain, P. Jacquet et P. Lechelle. — Réaction méningée syphilitique secondaire avec troubles mésencéphaliques simulant l'encéphalite épidémique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 28 janvier 1921, p. 79.

G. Guillain et Th. Alajouanine. — Syphilis du névraxe à forme algique et somnolente simulant l'encéphalite épidémique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 9 mars 1923, p. 380.

G. Guillain, P. Mollaret et G. Thoyer. — Méningite syphilitique avec narcolepsie simulant l'encéphalite épidémique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 28 janvier 1930, p. 334.

(1) S. A. K. Wilson et Stanley Cobb. — Mesencéphalitis syphilitica. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, mai 1924, Vol. V, p.p 44-60.

(2) Je ne mentionnerai pour chacune des observations que les signes résumés essentiels, car il serait inutile et fastidieux de répéter successivement la description du syndrome parkinsonien, lequel est connu de tous les neurologistes.

OBSERVATION III. — M. M..., âgé de 55 ans, examiné en 1933. Chancre syphilitique en 1907. Présente un grand syndrome parkinsonien typique avec hypertonie, tremblement, aspect figé, bradycinésie, exagération du réflexe naso-palpébral.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont pu être pratiqués.

OBSERVATION IV. — M. Co..., âgé de 68 ans, examiné en 1933. Chancre syphilitique à 20 ans. Syndrome parkinsonien typique avec facies figé, hypertonie, perte des mouvements automatiques, tremblement. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont pu être pratiqués.

OBSERVATION V. — M. Cau..., âgé de 72 ans, examiné en 1933. Chancre syphilitique à 21 ans. Syndrome hémiparkinsonien droit typique avec hypertonie, perte des mouvements automatiques, tremblement.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont pu être pratiqués.

OBSERVATION VI. — M. H..., âgé de 63 ans, examiné en 1934. Chancre syphilitique à 32 ans. Syndrome parkinsonien avec facies figé, hypertonie, bradycinésie, propulsion, perte des mouvements automatiques. Léger syndrome pyramidal associé avec exagération des réflexes tendineux, clonus du pied, signe de Babinski à droite. Leucoplasie. Signe d'Argyll Robertson.

Réaction de Wassermann du sang négative. Liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION VII. — M. G..., âgé de 66 ans, examiné en 1934. Chancre syphilitique à 18 ans. Syndrome parkinsonien typique avec facies figé, hypertonie, perte des mouvements automatiques, tremblement surtout accentué à gauche. Réactions pupillaires paresseuses à la lumière.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont pu être pratiqués.

II. *Syndromes parkinsoniens avec réactions syphilitiques positives dans le liquide céphalo-rachidien.*

OBSERVATION VIII. — M. N..., âgé de 47 ans, examiné en 1923. Chancre syphilitique à 18 ans. Apparition des signes parkinsoniens en 1922. Hypertonie, tremblement des extrémités aux membres supérieurs et inférieurs, bradycinésie, rétropulsion. Réflexes tendineux vifs aux membres supérieurs et inférieurs, réflexes cutanés normaux.

Réaction de Wassermann du sang négative.

Examen du liquide céphalo-rachidien : albumine, 0 gr. 85 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt positives ; 20 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 222221122221000000.

On a conseillé à ce malade un traitement arsénical et mercuriel, mais il n'est pas revenu aux consultations.

OBSERVATION IX. — Mme B...; âgée de 52 ans, examinée en 1924. Facies figé, hypertonie, bradycinésie, tremblement parkinsonien à droite. Réflexes tendineux un peu vifs, réflexe cutanés normaux. Légère inégalité pupillaire, réaction pupillaire à la lumière paresseuse à droite.

Réaction de Wassermann positive dans le sang.

Examen du liquide céphalo-rachidien ; tension de 63 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 1 gr. 07 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt positives ; 99 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 01221 22222210000.

OBSERVATION X. — Mme H..., âgée de 40 ans, examinée en 1925. Syndrome parkinsonien typique ayant débuté deux ans auparavant. Facies figé, propulsion, hypertonie, perte des mouvements automatiques, tremblement, exagération des réflexes de posture, exagération du réflexe naso-palpébral. Réflexes pupillaires normaux. Plaques de leucoplasie buccale.

Réaction de Wassermann du sang positive.

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension de 33 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr. 40 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt positives ; 15 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 11220222222 100000.

Cette malade a pu être traitée durant une année par les médications spécifiques. Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, mais le syndrome parkinsonien clinique ne s'est que peu amélioré.

OBSERVATION XI. — Mme V..., âgée de 45 ans, examinée de 1930. Malade ayant eu depuis plusieurs années du côté gauche des phénomènes rappelant l'épilepsie jacksonienne sensitive. Syndrome parkinsonien avec facies figé, démarche soudée, perte des mouvements automatiques, hypertonie, tremblement des mains, exagération du réflexe naso-palpébral. On notait aussi de la surréflectivité tendineuse, un signe de Babinski à gauche, une légère dysarthrie, un tremblement des lèvres et de la langue.

Réaction de Wassermann du sang positive.

Examen du liquide céphalo-rachidien (1931) : tension de 25 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr.50 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt positives ; 4 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 1222222222 000000.

Cette malade fut traitée les années suivantes par le Docteur Garcin ; elle serait devenue paralytique générale et aurait été internée. Il existait d'ailleurs dans ce cas, lors des premiers examens, des signes montrant que le syndrome parkinsonien n'était pas pur.

OBSERVATION XII. — M. B..., âgé de 36 ans, examiné en 1933. Chancre syphilitique à 24 ans. Syndrome parkinsonien typique avec facies figé, hypertonie, bradycinésie, tremblement, salivation, exagération du réflexe naso-palpébral.

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension de 18 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 3 gr. 30 ; réaction de Weichbrodt positive ; réaction de Wassermann négative ; réaction du benjoin colloïdal, 2222000022222220.

OBSERVATION XIII (1). — M. M..., âgé de 41 ans, examiné en 1934. Syndrome parkinsonien avec facies figé, hypertonie, tremblement, akinésie d'automatisme, exagération du réflexe naso-palpébral, exagération des réflexes de posture, signe d'Argyll Robertson.

Réaction de Wassermann positive dans le sang.

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension de 25 centimètres d'eau au manomètre de Claude : albumine 0 gr. 40 ; réaction de Pandy légèrement positive ; réaction de Weichbrodt négative ; 72 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 0000022200000000.

Sous l'influence d'un traitement par le mercure et le bismuth, on constata en quelques mois une régression considérable des troubles.

III. *Syndromes parkinsoniens associés à des signes de la série tabétique.*

OBSERVATION XIV. — M. Lem..., âgé de 57 ans, examiné en 1922. Hémisyndrome parkinsonien à droite avec hypertonie et tremblement typique. Attitude soudée, marche à petits pas. Abolition de tous les réflexes tendineux et périostiques aux membres supérieurs et inférieurs. Réflexes cutanés normaux.

Ptosis bilatéral, paralysie des droits supérieurs, inférieurs et internes. Pupilles inégales, ne réagissant ni à la lumière ni à l'accomodation.

Pas de douleurs fulgurantes. Aucun trouble des sensibilités superficielles et profondes. Absence d'ataxie.

Réaction de Wassermann du sang demi-positive (H6).

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension de 22 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr. 40 ;

(1) L'observation complète de ce cas a été publiée dans le travail de G. Guillain et L. Michaux. *Loc. cit.*

réaction de Pandy légèrement positive ; réaction de Weichbrodt négative ; 14 cellules par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 011102222110000.

Observation XV. — M. Lecl..., âgé de 48 ans, examiné en 1924. Chancre syphilitique à 33 ans. Début des troubles parkinsoniens en 1922. Attitude figée faciès immobile, hémisyndrome parkinsonien droit avec hypertonie. Abolition de tous les réflexes tendineux aux membres inférieurs, réflexes vifs aux membres supérieurs. Réflexes cutanés normaux. Pupilles déformées, inégales, signe d'Argyll Robertson.

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension de 37 centimètres d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr. 40 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives ; 3 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann demi-positive (H4) ; réaction du benjoin colloïdal, 001101222000000.

Observation XVI. — M. Ma..., âgé de 64 ans, examiné en 1925. A cette époque, signes typiques de tabes : douleurs fulgurantes aux membres inférieurs, abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, troubles vésicaux, signe d'Argyll Robertson. En 1926, ce malade présentait ces mêmes signes tabétiques et de plus un tremblement parkinsonien au membre supérieur droit.

Observation XVII. — M. G..., âgé de 36 ans, examiné en 1926. Chancre syphilitique à 22 ans en 1912. En 1919, a eu une infection fébrile avec somnolence et diplopie, qui fut peut-être une encéphalite infectieuse, mais, à cette époque ,la réaction de Wassermann fut trouvée positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Présente en 1926 un syndrome parkinsonien et des signes de tabes.

Faciès figé, parole lente et monotone. Inclinaison du tronc à droite. Latéropulsion et rétropulsion. Perte des mouvements automatiques des bras. Bradycinésie. Hypertonie au membre supérieur gauche avec exagération des réflexes de posture.

Abolition de tous les réflexes tendineux et périostiques des membres inférieurs, conservation des réflexes aux membres supérieurs. Réflexes cutanés normaux. Troubles sphinctériens légers Abolition des réflexes pupillaires à la lumière et à la convergence.

Réaction de Wassermann demi-positive dans le sang (H6).

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension de 44 centimètre d'eau au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr. 40 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt légèrement positives ; 1,6 lymphocyte par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal, 00100 22110000000.

Observation XVIII. — M. A..., âgé de 60 ans, examiné en 1930. Chancre syphilitique en 1891. Hémiplégie transitoire en 1900, diplopie transitoire en 1905 et en 1917.

Syndrome parkinsonien avec hypertonie, bradycinésie et tremblement. Abolition des réflexes achilléens, médio-plantaires et péronéo-fémoraux postérieurs. Faiblesse des réflexes rotuliens.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont pu être pratiqués.

Parmi ces 18 observations que je viens de résumer, j'apporte 9 cas où, chez des sujets présentant un syndrome parkinsonien, les réactions de la syphilis étaient positives dans le liquide céphalo-rachidien (Observations VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVII).

***

Il me paraît intéressant maintenant de comparer ces observations personnelles à celles qui sont relatées dans la littérature pour avoir une idée d'ensemble sur les données actuelles concernant les syndromes parkinsoniens syphilitiques. Je reprendrai d'ailleurs pour cette discussion les mêmes subdivisions que j'ai adoptées pour mes observations.

Les antécédents syphilitiques dans la maladie de Parkinson ont déjà été recherchés avant l'apparition de l'encéphalite épidémique, mais cette simple notion ne pouvait avoir une grande importance à une époque où la réaction de Wassermann et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien n'étaient pas connues. D'ailleurs les examens du liquide céphalo-rachidien étaient très rarement pratiqués chez les sujets atteints de maladie de Parkinson.

Oppenheim, dans son traité de Neurologie, mentionnait, en 1912, qu'il avait trouvé dans 7 cas de maladie de Parkinson une syphilis antérieure.

E. Forster et F. H. Lewy (1), dans leur article du Traité de Neurologie de Lewandowsky, en 1912, disent simplement que la syphilis a été occasionnellement trouvée dans les antécédents des parkinsoniens.

A. Souques (2) écrit, en 1921 : « Je ne pense pas que la syphilis soit une cause fréquente de la maladie de Parkinson. Chez les vingt parkinsoniens classiques que j'ai examinés, le liquide céphalo-rachidien a toujours été normal au point de vue de ses éléments cellulaires et de l'albumine ; chez tous, sauf chez un seul, la réaction de Wassermann a été négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

I. Je rappelerai tout d'abord un certain nombre d'observations de maladie de Parkinson où les auteurs ont envisagé une origine syphilitique possible sans examen positif du liquide céphalo-rachidien. Toutes ces observations n'ont, à mon avis, qu'une valeur restreinte.

Hugo Mella et S. E. Katz (3) constatent chez un homme de 46 ans, parkinsonien, un signe d'Argyll Robertson. La réaction de Wassermann était positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien qui contenait 52 cellules. Le malade mourut, on constata des lésions vasculaires et cellulaires du pallidum, une leptoméningite chronique, l'atrophie des circonvolutions frontales, des granulations au niveau du quatrième ventricule. Les auteurs ne savent s'ils doivent conclure au point de vue étiologique à la syphilis ou à l'encéphalite.

J. S. Covisa et J. Bejarno (4) rapportent 3 cas de syndrome parkinsonien chez des sujets ayant eu la syphilis et la grippe ; chez deux d'entre eux, le traitement antisyphilitique eut un effet favorable, chez le troisième, il n'eut aucune action. Dans ce dernier cas, la réaction de Wassermann dans le sang était positive, le liquide céphalo-rachidien était normal. Il est vraiment difficile de conclure à l'action isolée de la syphilis dans ces faits.

F. L. Mac Dowell (5) a trouvé dans trois cas de maladie de Parkinson des antécédents syphilitiques.

H. Jarricot (6) a constaté chez un homme de 54 ans un hémisyndrome parkinsonien droit avec réaction de Wassermann positive dans le sang. Les signes rétrocédèrent sous l'influence d'un traitement spécifique.

H. Schaeffer et R. Bize (7) rapportent quelques cas de syndromes parkinsoniens qu'ils considèrent comme syphilitiques soit parce que la réaction de Wassermann était positive dans le sang (Obs. I), soit parce que le malade était tabétique (Obs. II), soit parce qu'il existait un signe d'Argyll Robertson (Obs. III). Dans leurs observations, il n'y a pas d'examen du liquide céphalo-rachidien.

(1) E. Forster et F. H. Lewy. — Paralysis agitans in Handbuch der Neurologie herausgegeben von M. Lewandowsky. *Dritter Band*, 1912, p. 920.

(2) A. Souques. — Rapport sur les syndromes parkinsoniens. *IIe Réunion Neurologique annuelle*. Juin 1921, in *Revue Neurologique* 1921, p.534.

(3) Hugo Mella et S. E. Katz. — Neurosyphilis as an etiological factor in the Parkinsonian syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, mars 1924, p. 225.

(4) J. S. Covisa et J. Bejarno. — Parkinson-Symptome luetischen Ursprungs. *Actas dermo-sifiliogr.*, 1924, XVI, n° 3, pp. 59-62. D'après une analyse in *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1925, B. 39, p. 439.

(5) F. L. Mac Dowell. — Doença de Parkinson e syphilis. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psichiatria*, 1927.

(6) H. Jarricot. — Syndrome hémi-parkinsonien syphilitique observé durant deux ans. *Société Nationale de médecine et des Sciences médicales de Lyon*, séance du 28 juin 1933.

(7) H. Schaeffer et R. Bize. — Maladie de Parkinson et syphilis. *La Médecine*, février 1935, p. 137.

Tous ces cas, comme d'ailleurs mes sept premières observations personnelles, ne constituent pas une preuve de l'origine syphylitique de la maladie de Parkinson observée.

II. Je rapprocherai des faits précédents quelques cas où des auteurs ont noté l'association d'un syndrome parkinsonien post-enphalitique à une maladie nerveuse syphilitique. Il est possible que le virus de l'encéphalite puisse réactiver le virus de la syphilis.

M. Pappenheim (1) cite le cas d'un parkinsonien de 41 ans, qui, deux ans auparavant, avait eu une encéphalite épidémique : la réaction de Wassermann était positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, dans lequel d'ailleurs on notait de l'hyperalbuminose et de l'hypercytose ; il n'y eut aucune amélioration par le traitement spécifique. Le malade mourut d'une peneumonie. A l'autopsie, l'auteur constata une méningo-encéphalo-myélite disséminée et aussi des lésions du locus niger comme dans l'encéphalite ; il pensa à l'association des deux infections.

I. Pardee (2) rapporte un cas de tabes associé à un syndrome parkinsonien post-encéphalitique et rappelle un cas semblable de E. T. Gibson.

Gerald H. J. Pearson (3), chez un malade présentant un syndrome parkinsonien avec crises oculogyres, constata une réaction de Wassermann positive dans le sang et négative dans le liquide céphalo-rachidien ;il conclut à un syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

A. Dumas, Roger Froment et Mlle Mercier (4) notent, chez un malade grand ataxique depuis 20 ans, l'existence d'une maladie de Parkinson intercurrente post-encéphalitique.

E. Krebs (5) cite aussi un cas de parkinsonisme consécutif à une encéphalite épidémique coexistant avec quelques signes de tabes (signe d'Argyll Robertson, diminution d'un réflexe achilléen) chez un malade syphilitique ancien ; il admet une association des signes de tabes syphilitique et des signes de parkinsonisme post-encéphalitique.

III. Les observations suivantes ont un intérêt bien plus grand, car, d'une part, il n'y a aucun antécédent connu d'une encéphalite infectieuse, d'autre part, un examen du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué et a montré toutes les réactions positives de la syphilis. Ces cas, joints à mes neuf observations personnelles semblables, sont particulièrement à retenir pour justifier l'existence d'un syndrome parkinsonien d'origine syphilitique.

C. I. Urechia (6) donne l'observation d'un parkinsonien de 66 ans avec pupilles rigides, ayant contracté la syphilis à 23 ans. La réaction de Wassermann était positive dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien, on constatait une réaction de Wassermann positive, une réaction de Nonne-Apelt faiblement positive, une légère lymphocytose. Le malade fut amélioré par le silver-salvarsan, le néo-salvarsan et le mercure.

G. R. Lafora (7) a rapporté le cas d'un parkinsonien de 31 ans ayant contracté un chancre syphilitique à 23 ans. Dans le liquide céphalo-rachidien, on notait une réaction de Wassermann positive, une réaction des globulines positive, une réaction de l'or colloïdal de Lange du type 443300000.

(1) M. Pappenheim. — Syphilitischer Parkinsonismus. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1925, B. 100, H. 1, p. 81-90.

(2) Irving Pardee. — The role of Syphilis in the Parkinsonian syndrome. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1927. Vol. 17, p. 662.

(3) Gerald H. J. Pearson. — Spasmodic associated movements of the eyes. Can they be produced by syphilis ? *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1927, Vol. 18, p. 413.

(4) A. Dumas, Roger Froment et Mlle Mercier. — Ataxie tabétique et maladie de Parkinson. *Société Nationale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 15 mai 1928.

(5) E. Krebs. — Signes frustes de tabes apparus au cours d'un parkinsonisme encéphalitique consécutif à des mouvements involontaires rythmés. *Société de Neurologie de Paris*, séance du 11 janvier 1932, in *Revue Neurologique* 1932, I, p. 76.

(6) C. I. Urechia. — La syphilis peut-elle reproduire le syndrome de Parkinson ? *IIe Réunion Neurologique annuelle*, juin 1921, in *Revue Neurologique* 1921, p. 584.

(7) G. R. Lafora. — Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. *Archives de Neurobiologie*, 1922, III, p. 252.

H. Pette (1) chez un parkinsonien a trouvé une réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; à l'autopsie il constata des lésions vasculaires spécifiques des ganglions de la base.

K. Boas (2) a relaté l'observation d'un syndrome parkinsonien chez un homme de 45 ans avec réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Arène (3) a fait la même constatation chez un parkinsonien ayant contracté la syphilis deux ans auparavant, les signes sérologiques s'améliorèrent par le traitement.

Irving Pardee (4) mentionne deux observations. La première concerne un chinois présentant un syndrome parkinsonien typique avec troubles pupillaires ; la réaction de Wassermann était positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 37 ans, ayant contracté la syphilis douze ans auparavant, il présentait un syndrome parkinsonien typique, la réaction de Wassermann était positive dans le sang, le liquide céphalo-rachidien donnait toutes les réactions de la syphilis (15 cellules, réaction des globulines positive, réaction de Wassermann positive, réaction de l'or colloïdal positive)). James B. Ayer (5), discutant le travail de I. Pardee, dit avoir vu trois cas de syndromes parkinsoniens, deux hommes et une femme, dans lesquels on trouvait dans le sang et le liquide céphalo-rachidien les signes sérologiques de la syphilis.

Waldemiro Pires (6) mentionne quatre observations de syndromes parkinsoniens avec réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal positives dans le liquide céphalo-rachidien. L'un de ces malades avait 25 ans, les trois autres 52, 57 et 66 ans. Il a constaté chez le sujet jeune une amélioration de la rigidité et du tremblement par le néosalvarsan. L'auteur cite un cas de Nonne de parkinsonisme avec rigidité pupillaire chez un jeune homme de 20 ans où la réaction de Wassermann fut trouvée positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Knud H. Krabbe (7) a observé un cas de maladie de Parkinson avec crises oculogyres de nature syphilitique. Les réactions de Wassermann et de Kahn étaient positives dans le sang ; la réaction de Wassermann était positive dans le liquide céphalo-rachidien, où l'on notait 0 gr. 40 d'albumine, une réaction des globulines positive, 55,3 cellules par millimètre cube. R. Helsper (8) a observé aussi des crises oculogyres chez un syphilitique parkinsonien.

Le cas de S. P. Bakker (9) de parkinsonisme avec crises oculogyres d'origine syphilitique me paraît comporter des réserves. Il s'agit d'un malade de 32 ans qui avait contracté la syphilis onze ans auparavant, on constatait un syndrome parkinsonien avec contracture des yeux en haut. Or, chez ce sujet, la réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

G. Basch et P. Seidmann (10) ont rapporté l'observation d'un

(1) H. Pette. — Zur Lues der Stammganglien. *XII. Jahresversammlung der Gesellschaft Nervenärzte in Halle a. S.*, octobre 1922.

(2) K. Boas. — Über pallidostriäre Syndrome im Gefolge der Lues und Metalues. *Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1924, B. 71, H. 5, p.p 662-693.

(3) Arène. — Syphilis et syndrome parkinsonien. *Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille*, séance du 15 juin 1925.

(4) Irving Pardee. *Loc. cit.*

(5) J.-B. Ayer. — Discussion de la communication de Irving Pardee au 52e Annual Meeting of the American Neurological Association, Atlantic City, juin 1926, in *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1927, Vol. 17, p. 668.

(6) Waldemiro Pires. — Parkinsonismo post-encephalitico e syphilis. *Brasil Medico*, 1930, n° 41, p. 1152.

Waldemiro Pires. — Parkinsonisme syphilitique. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, novembre 1930, p. 1122.

(7) Knud H. Krabbe. — Crises oculogyres et parkinsonisme dans la syphilis cérébro-spinale. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, 1931, Vol. VI, p. 457.

(8) R. Helsper. — Über Parkinsonismus bei luetischen Hirnerkrankungen. *Monatsch. f. Psych*, 1932, B. 83, pp. 286-297.

(9) S. P. Bakker. — Anfälle von Blickkrampf bei einem Patienten mit einer der Paralysis agitans gleichenden Krankheit nach Lues. *Nederlandsch Tigdschr. v. Geneesk*, 1925, n° 19, p. 2148. Analyse in *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1925, B. 41, p. 663.

(10) G. Basch et P. Seidmann. — Syndrome hémiparkinsonien syphi-

hémisyndrome parkinsonien droit chez un homme de 58 ans ayant eu la syphilis à 21 ans ; on constatait un signe d'Argyll Robertson ; les réactions de Wassermann, de Hecht, de Jacobstalt étaient positives dans le sang ; on notait dans le liquide céphalo-rachidien 0 gr. 20 d'albumine, 6 cellules, une réaction de Wassermann et une réaction du benjoin colloïdal positives. Il y eut une amélioration sous l'influence du traitement par le novarsénobenzol et par le bismuth.

IV. Des syndromes parkinsoniens peuvent s'associer à des signes de tabes. Des observations assez nombreuses ont été relatées dans la littérature et j'ai mentionné plus haut mes cas personnels.

Les premiers faits signalés semblent appartenir à Heimann, Placzek, Weil, J. H. W. Rhein, Stintzing, L. Bruns, A. A. Eshner, Kurt Mendel, etc...

Carl D. Camp (1), rapporte une observation d'un homme de 53 ans présentant une maladie de Parkinson typique avec des signes de la série tabétique (Argyll Robertson, abolition des réflexes achilléens). La réaction de Wassermann était positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien qui contenait 110 lymphocytes avec réactions de Pandy et de Nonne Apelt positives.

G. Marinesco (2) a relaté l'observation d'un homme présentant les signes d'une maladie de Parkinson avec raideur et tremblement et aussi des signes de tabes avec douleurs fulgurantes, abolition des réflexes tendineux, signe de Romberg, signe d'Argyll Robertson. L'examen du liquide céphalo-rachidien montra une réaction de Wassermann positive avec une lymphocytose abondante et une réaction de Nonne-Apelt positive. L'autopsie permit de constater d'une part des lésions médullaires tabétiques, d'autre part une raréfaction des cellules du locus niger avec des lésions vasculaires et des lésions du striatum et du pallidum.

W. Tyczka (3) signale aussi un syndrome hémiparkinsonien chez un tabétique et admet à l'ensemble des troubles une origine syphilitique.

R. Garcin et R. Laplane (4) ont observé chez une femme de 35 ans un syndrome parkinsonien typique caractérisé par un faciès figé, l'hypertonie, la bradycinésie, troubles accompagnés de céphalées violentes. Il existait chez cette malade un signe d'Argyll Robertson et des symptômes de tabes fruste (abolition du réflexe achilléen gauche, diminution du réflexe achilléen droit et du réflexe rotulien gauche). La réaction de Wassermann du sang était positive. Le liquide céphalo-rachidien était peu altéré, on constatait seulement une discrète réaction cellulaire et une réaction du benjoin colloïdal subpositive : tension de 16 centimètres d'eau en position couchée au manomètre de Claude ; albumine, 0 gr. 22 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives ; 4 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann négative ; réaction du benjoin colloïdal, 0010022221000000. Sous l'influence d'un traitement par le mercure et le bismuth, la céphalée tenace disparut la première, le syndrome parkinsonien céda ensuite progressivement, le syndrome tabétique fruste ne fut pas influencé.

L'association de symptômes parkinsoniens et de symptômes tabétiques avait été remarquée par Wertheim Salomonson ; il avait même proposé, en 1899, d'isoler en nosographie une maladie spéciale autonome, la « Tromoparalysis tabioformis cum dementia ». L'auteur insistait sur ce fait que ses malades n'étaient pas syphilitiques et que le syndrome tabétique observé chez eux était fruste, incomplet : l'ataxie était discrète, les signes pupillaires souvent absents, les troubles urinaires légers, les douleurs fulgurante rares ; si les réflexes tendineux rotuliens et achilléens étaient absents, on observait cependant de l'hypertonie et non de l'hypotonie ; à ces signes s'ajoutait fréquemment un léger état démentiel.

Wertheim Salomonson (1), en 1921, maintenait l'autonomie de son syndrome. D'ailleurs Brouwer, qui a examiné la moelle d'un de ses malades, n'a trouvé que des altérations séniles et non des lésions tabétiques. C. Winckler, dans un autre cas, n'a constaté qu'une légère sclérose périvasculaire dans les cordons postérieurs.

J. A. Chavany et M. Lévy (2) ont rapporté en 1926, l'observation d'un malade de 56 ans qui présentait les signes typiques d'une maladie de Parkinson et des signes de tabes (abolition des réflexes tendineux, inégalité et rigidité pupillaires à tous les modes). Le liquide céphalo-rachidien était normal, la réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. S'appuyant sur ces réactions négatives, sur l'absence de douleurs fulgurantes, de troubles de la sensibilité profonde, d'ataxie, les auteurs rangent leur cas dans la Tromoparalysis tabioformis de Wertheim Salomonson.

Il me paraît très difficile de formuler un avis certain sur l'autonomie de la maladie de Wertheim Salomonson, car, dans presque toutes les observations anciennes, les examens sérologiques font défaut. Il peut certes exister des lésions non syphilitiques vasculaires et scléreuses médullaires, mésocéphaliques, et cérébrales expliquant certains faits de Tromoparalysis tabioformis cum dementia, mais il ne faut pas intégrer dans cette affection les cas d'origine syphilitique et des examens complets du liquide céphalo-rachidien s'imposent toujours. Ainsi dans le cas de Tromoparalysis tabioformis cum dementia rapporté par B. Brouwer (3), en 1920, à la Société Neurologique d'Amsterdam, la réaction de Wassermann était positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

V. Je mentionnerai encore les faits d'association de syndromes parkinsoniens avec la paralysie générale.

C. Reuter, G. Maillard, K. H. Krabbe, E. P. Gibson, H. A. Worigton ont signalé l'existence d'un tremblement du type parkinsonien chez des paralytiques généraux.

C. I. Urechia (4) a rapporté une observation typique de paralysie générale avec syndrome parkinsonien. La réaction de Wassermann était positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien où l'on constatait aussi l'hyperalbuminose et l'hypercytose. A l'autopsie on mit en évidence les lésions caractéristiques de la paralysie générale et aussi des lésions des noyaux gris opto-striés et du locus niger.

H. Steck (5) signale que chez 65 paralytiques généraux, on trouve 10 fois des signes cliniques de striatite, l'autopsie montra des lésions du noyau caudé et du putamen.

F. Wichert (6) a observé dans trois cas de paralysie générale des signes typiques extrapyramidaux de paralysie agitante, il décrit une Paralysis progressiva parkinsonoides.

R. Helsper (7) mentionne l'apparition d'un syndrome parkinsonien typique chez un paralytique général.

---

litique amélioré par le traitement spécifique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 15 mars 1935, p. 486.

(1) Carl D. Camp. — Paralysis agitans with syphilis of the nervous system. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, août 1911, Vol. 11, n° 8, p. 489.

(2) G. Marinesco. — Contribution anatomo-clinique à l'étude de l'association de la maladie de Parkinson et du tabes. *Annales de Médecine*, XVIII, novembre 1925, n° 5, p. 327.

(3) W. Tyczka. — Syndrome hémiparkinsonien chez un tabétique. *Société de Neurologie de Varsovie*, séance du 25 juin 1927, in *Revue Neurologique* 1927, II, p. 283.

(4) R. Garcin et R. Laplane. — Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. Régression presque totale et durable après traitement spécifique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 22 mars 1935, p. 531.

(1) Wertheim Salomonson. — Maladie de Parkinson et tabes. Réunion Neurologique annuelle, juin 1921, in *Revue Neurologique* 1921, p. 683.

(2) J. A. Chavany et M. Lévy. — Maladie de Parkinson associée à des signes de la série tabétique. *Société de Neurologie de Paris*, séance du 15 avril 1926, in *Revue Neurologique* 1926, I, p. 593.

(3) B. Brouwer. — Tromoparalysis tabioformis cum dementia. *Nederland. Tigdschr. voor Geneeskunde*, 1920, LXIV, p. 963.

(4) C. I. Urechia. — La syphilis peut-elle reproduire le syndrome de parkinson ? *IIe Réunion Neurologique annuelle*, juin 1921, in *Revue Neurologique* 1921, p. 584.

(5) H. Steck. — Der striäre Symptomenkomplex in der progressive Paralyse. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1925, B. 97, H. 3/4, p. 424-442.

(6) Fr. Wichert. — Der Parkinsonsche Symptomenkomplex bei der progressiven Paralyse. Rocznik psychjatr., 1926, H. 3, p. 41-54 (en polonais). Analyse in *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psych.*, 1926, B. 44, p. 645.

(7) R. Helsper. *Loc. cit.*



QUINBY
QUINIO BISMUTH
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE _ INCOLORE PROPRE _ INJECTION FACILE
Adopté par :
l'Assistance-
QUINBY EST ÉGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS - XVI°
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

F. Rizzati (1) a vu trois cas de syndrome parkinsonien chez des paralytiques généraux améliorés par la malariathérapie. L'auteur fait remarquer que ce traitement a au contraire une influence péjorative sur les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques.

VI. Je ne puis assimiler aux syndromes parkinsoniens syphilitiques que j'ai étudiés les cas très intéressants de striatite syphilitique sur laquelle J. Lhermitte (2) a attiré l'attention. Il s'agit de lésions striées vasculaires, lacunaires, hémorragiques, cellulaires, considérées comme syphilitiques par la présence chez le malade d'un signe d'Argyll Robertson, lésions qui déterminent des aspects de rigidité avec souvent peu de tremblement. Ces faits rappellent les aspects parkinsoniens des lacunaires pseudo-bulbaires décrits par E. Brissaud. La présence de signes pyramidaux concommitants différencie d'ailleurs très souvent ces striatites de la maladie de Parkinson progressive. C'est à de telles lésions striées qu'appartiennent les cas de C. et O. Vogt (3) et de E. Brzezicki (4). C. et O. Vogt, chez un sujet ayant présenté un syndrome parkinsonien avec double signe d'Argyll Robertson, ont constaté un état lacunaire du striatum. E. Brzezicki rapporte deux cas avec autopsie de parkinsonisme luétique : dans le premier, il constate des altérations parenchymateuses du striatum et des dégénérations cellulaires du locus niger ; dans le second, il n'existait que peu de lésions cellulaires, mais des artérites spécifiques avec hémorragies des noyaux gris centraux, putamen et globus pallidus.

Peut-être aussi s'apparente aux cas précédents l'observation de J. A. Barré et Reys (5) où, chez un ancien syphilitique, se développa un état pathologique complexe dans lequel coexistaient un syndrome parkinsonien et un syndrome pyramidal bilatéral. Les auteurs d'ailleurs rejettent l'origine syphilitique du syndrome parkinsonien de leur malade. L'autopsie montra des lésions symétriques du putamen.

Il faut séparer aussi du syndrome parkinsonien syphilitique vrai qui se caractérise par l'hypertonie, le tremblement, la bradycinésie, l'aspect figé, les faits signalés par S. A. K. Wilson (6) où l'on observe seulement un tremblement unilatéral associé à un signe d'Argyll Robertson. De tels faits peuvent se voir certes dans le tabes, S. A. K. Wilson en a observé un cas et moi-même aussi (7) ; mais dans deux autres cas, S. A. K. Wilson n'a trouvé aucun signe de syphilis, ce qui lui laisse croire que la lésion qui provoque le tremblement et le signe d'Argyll Robertson doivent être d'origine vasculaire et siéger au voisinage du noyau rouge dans le tegmentum.

* * *

De l'ensemble de mes observations personnelles et de celles de la littérature médicale, je crois que l'on peut tirer certaines conclusions au sujet des syndromes parkinsoniens syphilitiques.

Les syndromes parkinsoniens syphilitiques existent, mais ils sont relativement peu fréquents. La syphilis ne me paraît pas être la cause habituelle de la maladie de Parkinson des gens âgés et le fait de trouver chez certains d'entre eux l'antécédent d'un chancre syphilitique ne prouve pas que la maladie soit nécessairement d'origine syphilitique. Toutefois, dans ces cas, la syphilis a pu être un facteur étiologique soit en créant, au cours de l'existence, une mésocéphalite aiguë spécifique transitoire ayant déterminé une abiotrophie secondaire, soit en provoquant des lésions vasculaires artérioscléreuses chroniques. C'est le même problème d'ailleurs qui se pose chez les syphilitiques anciens pour les hémiplégies de la vieillesse, pour les états lacunaires ou pseudo-bulbaires où les lésions ne sont plus des lésions spécifiques actives, évolutives, accessibles aux thérapeutiques.

Les véritables syndromes parkinsoniens syphilitiques s'observent surtout chez les gens relativement jeunes. On ne peut affirmer ce diagnostic que si tous les examens du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués et ont été reconnus positifs. De telles observations sont relativement rares, j'en apporte neuf cas personnels.

Les syndromes parkinsoniens syphilitiques coexistent souvent avec des signes cliniques qui appartiennent à d'autres régions que le mésencéphale. C'est ainsi que le syndrome parkinsonien syphilitique est parfois accompagné de céphalée, de signes tabétiques, de signes pyramidaux, de signes de dépression psychique. Un syndrome parkinsonien syphilitique peut être une des premières manifestations de la paralysie générale. A ce point de vue, les données de la réaction du benjoin colloïdal pouvant être d'une très grande importance pour le pronostic d'avenir : une réaction du benjoin colloïdal se caractérisant par une précipitation des 8 ou 10 premiers tubes et n'étant pas influencée par la thérapeutique doit faire craindre une évolution ultérieure vers la méningo-encéphalite diffuse.

Le diagnostic entre un syndrome parkinsonien syphilitique et un syndrome parkinsonien post-encéphalitique ne me paraît pas très difficile, si l'on a comme règle absolue d'exiger un examen du liquide céphalo-rachidien chez tous les sujets présentant des signes parkinsoniens. Au point de vue clinique, il faut savoir que la phase de mésocéphalite aiguë avec diplopie, somnolence, algies, peut-être créé aussi bien par la syphilis que par le virus de l'encéphalite infectieuse. Malgré quelques observations contraires que j'ai signalées, je crois que les crises oculogyres doivent presque toujours laisser soupçonner, même si le sujet a eu la syphilis, un syndrome parkinsonien post-encéphalitique. De même les dystonies d'attitude associées au syndrome parkinsonien doivent faire conclure le plus souvent à l'encéphalite infectieuse non syphilitique.

Le signe d'Argyll Robertson a une valeur indiscutable pour le diagnostic d'un syndrome parkinsonien syphilitique. Toutefois le signe d'Argyll Robertson a été noté dans les séquelles de l'encéphalite épidémique par Worms, von Economo, G. W. Hall, K. Krabbe, S. A. K. Wilson, par moi-même. Des troubles des réactions pupillaires, en particulier l'inégalité pupillaire, la rigidité pupillaire à la lumière et à l'accomodation convergence n'imposent pas le diagnostic de syphilis ; ces troubles peuvent se voir aussi dans les séquelles de l'encéphalite.

Les syndromes parkinsoniens syphilitiques prouvés par les examens positifs du liquide céphalo-rachidien doivent être connus, leur diagnostic s'impose. Ils nécessitent les traitements spécifiques par l'arsenic, le mercure, le bismuth et l'iodure de potassium, éventuellement par la malariathérapie et les pyrothérapies. De tels traitements donneront parfois des résultats très favorables. Si souvent ils ne modifient pas la symptomatologie parkinsonienne, surtout dans les cas de syphilis diffuse du névraxe, ils auront toutefois une influence utile pour prévenir l'extension des lésions.

(1) F. Rizzati. Progressive paralysis, cerebral syphilis. Parkinson disease. *Urologic. Rev.* 1933, Vol. 37, p. 847.

(2) J. Lhermitte. Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié chez le vieillard. *Revue Neurologique* 1922, p. 406.

J. Lhermitte. Les symptômes syphilitiques du corps strié. La striatite primitive syphilitique. *Le Progrès médical*, 30 mai 1925.

(3) C. et O. Vogt. Erkrankungen der striären Systems. *J. f. Psych. und Neurol.*, 1920, B. 25, p. 631.

(4) E. Brzezicki. Der Parkinsonismus symptomaticus I. Mitt. Zur Frage des Parkinsonismus lueticus. *Arbeit. a. d. Neurol. Inst. der Wiener Univers.* 1927, B. 30. H. 1/2, pp. 27-58.

(5) J. A. Barré et Reys. — Syndrome parkinsonien avec signe de Babinski bilatéral. Lésions symétriques du putamen. *Société de Neurologie de Paris*, séance du 27 mai 1926, in *Revue Neurologique* 1926, p. 968.

(6) S. A. K. Wilson. - Physiologie pathologique de la rigidité et du tremblement parkinsonien. IIe *Réunion Neurologique annuelle*, juin 1921, in *Revue Neurologique* 1921, p. 609.

(7) G. Guillain, Th. Alajouanine et L. Girot. — Etude de certains mouvements involontaires observés au cours du tabes. *Annales de Médecine*, novembre 1926, XX, n° 5, pp. 530-547.

Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité, par le Dr S. Nacht. Un volume in-16 : 15 francs. (Alcan).

Après avoir soulevé l'enthousiasme facile et déplacé des snobs et les critiques violentes, souvent injustes de certains milieux scientifiques, la Psychanalyse fait partie aujourd'hui de la pratique médicale.

Le lecteur trouvera dans ce livre après un exposé théorique de la doctrine, des exemples tirés de la pratique médicale de l'auteur, montrant ce que l'on peut attendre d'elle effectivement.

La Neuropsychiatrie dans la Marine française

Par M. le Dr A. HESNARD

Médecin en chef de 1ere classe de la Marine,
Professeur de Clinique neuro-psychiatrique à l'Ecole d'application du Service de Santé de Toulon.

L'assistance aux malades nerveux et mentaux a été réalisée dans la Marine avant de l'être dans l'Armée. Depuis sa première organisation, elle n'a cessé de se développer.

La neuropsychiatrie a été, en effet, officiellement reconnue dans la Marine française et très notablement perfectionnée en 1912, en vertu d'une circulaire du sous-secrétaire d'Etat à la Marine. Ce texte, véritable charte de la spécialité dans le milieu maritime, avait été inspiré par notre regretté maître, le Professeur Régis, dont on connaît l'œuvre sociale considérable.

La circulaire Chéron prévoyait l'existence d'un Centre de neurologie et de psychiatrie dans chaque hôpital maritime (Cherbourg, Brest, Lorient, Rochefort, Toulon, Bizerte), des locaux appropriés, et surtout des médecins de la Marine spécialisés, jouant à la fois le rôle de médecins traitants et consultants, et de médecins experts.

Très satisfaisante pour l'époque, cette organisation était incomplète. La guerre acheva d'en démontrer l'utilité en faisant éclater la nécessité primordiale de la division du travail clinique non seulement aux armées, mais dans les milieux militaires, dans les hôpitaux du territoire ou hors de la métropole comme l'Afrique du Nord, etc... L'assistance neuro-psychiatrique a trouvé, depuis, toutes facilités pour son perfectionnement ; en particulier l'enseignement de la spécialité a bénéficié de la création récente des agrégés de médecine navale et des spécialistes des hôpitaux de la Marine.

A Toulon, centre neuropsychiatrique principal de la Marine, le service de clinique neurologique et de consultation de neuropsychiatrie et d'hygiène mentale de l'hôpital Sainte-Anne, vient de s'adjoindre (du fait de l'agrandissement de ce dernier et de la disparition du vieil hôpital de Saint-Mandrier), le service d'observation psychiatrique. Tous ces services sont installés dans des locaux neufs et confortables et fonctionnent comme service clinique d'enseignement aux médecins stagiaires (issus de l'Ecole de Bordeaux) de l'Ecole d'application du Service de santé de la Marine.

Dans tous les ports, les aliénés à interner ne sont d'ailleurs gardés que le temps nécessaire à la période d'observation en vue du traitement d'urgence ou de la décision administrative et militaire, puis internés à l'Asile départemental, en liaison avec le service psychiatrique de la marine.

Pour se faire une idée du rôle très important du neuro-psychiatre dans ce milieu social aux mœurs particulières qu'est le milieu des ports et de la Marine en général, il faut envisager son quadruple rôle de médecin traitant d'hôpital, de spécialiste de l'hygiène mentale, de médecin expert et de collaborateur militaire du commandement.

I) *Comme médecin traitant*, le neuro-psychiatre maritime a l'occasion d'observer tous les cas possibles ressortissant à la fois à la neurologie et à la psychiatrie ; sa clientèle se composant d'individus de tous les âges (mousses, apprentis de l'arsenal, militaires de carrière, matelots du commerce, ouvriers et fonctionnaires, retraités et pensionnés, etc...), des deux sexes (ouvrières, etc...) et d'une bonne partie de la population civile, maritime ou militaire des ports.

Parmi les maladies courantes du temps de paix (1), citons :

1° *En neurologie* : les blessures et traumatismes du système nerveux, les séquelles neurologiques d'infection (infections coloniales et paludisme, fièvre typhoïde, grippe, méningites, etc...), en particulier les séquelles d'encéphalomyélite ou de névraxite épidémique, la syphilis nerveuse dans tous ses aspects, radiculites, etc... ;

2° *En psychiatrie* : les délires transitoires en général — toxiques, infectieux, comitiaux, etc..., — les accès psychiatriques de courte durée (délire polymorphe, hypomanie, cyclothymie) ou au début d'une évolution plus lente (manie, mélancolie...), les états initiaux de la démence précoce, dont certains revêtent vraiment, on le sait, dans le milieu militaire, une physionomie particulière (syndrome de Ganser, puérilisme, etc...) et même prennent, parfois, le masque discordant d'une « fausse simulation » (Hesnard, Fribourg-Blanc), les confusions mentales de toutes sortes, les états oniriques, surtout fébriles, les psychoses infectieuses et les délires aigus — fréquents l'hiver dans les troupes, surtout chez les noirs, au cours des épidémies pulmonaires ; les très nombreux états névropathiques dont les formes atténuées alimentent nos consultations journalières, les toxicomanies — quoique l'optimisme maritime soit plus un souvenir qu'une réalité — les perversions sexuelles résumées dans l'homosexualité, que certaines affaires scandaleuses ont faussement présentée comme courante dans les milieux maritimes et coloniaux ; enfin le pithiatisme, dont il apparaît de temps à autre quelques manifestations attardées dans nos hôpitaux.

Dans les services médicaux hors de France (Bizerte, Saïgon...) le psychiatre est en contact avec toute la richesse clinique de la pathologie exotique : paludisme, dysenterie, béribéri, spirochétose, typhus exanthématique, etc...

II.) *Comme hygiéniste*, le psychiatre maritime a l'occasion d'observer une foule d'anormaux légers, principalement de petits invalides mentaux, auxquels s'applique facilement, mais sans grand avantage, l'étiquette commode de « déséquilibré » empruntée à l'ancienne psychiatrie.

La mentalité qui paraît dominer chez les anormaux que nous rencontrons quotidiennement, est un genre d'instabilité avec attirance imaginative par les apparences séduisantes de la profession maritime : voyages, déplacements incessants laissant l'individu quelque peu hors de la vie sociale quotidienne et banale, inconnu de l'exotisme, séduction du prestige maritime (entretenus par une certaine littérature populaire, le cinéma, etc...), parfois aussi par certains mobiles sexuels ou toxicomaniaques. Il s'agit surtout d'individus instables, capricieux, souvent émotifs, prompts au découragement comme à l'enthousiasme dont l'imagination trop vive avait revêtu la Marine des couleurs les plus riches (préjugé de la « Marine Aventure ») et que le dur contact avec la vie méritante, souvent glorieuse mais resserrée, disciplinée, anonyme et forcément quelque peu automatisée, dépourvue de toute intimité vraiment solitaire, des bâtiments de guerre, surprend péniblement puis déséquilibre dans le sens de la révolte ou celui de la dépression. Ajoutons que de telles mentalités sont particulièrement accessibles aux conséquences de la propagande, heureusement en voie d'abolition, dans les milieux tarés tels que : les pénitenciers, les colonies et maisons de redressement des enfants vicieux ou abandonnés, l'Assistance publique, les milieux policiers et judiciaires. Comment, en effet, un tel recrutement, heureusement de plus en plus rare (et qui repose sur le vieux et détestable préjugé de la « Marine correction »), apporterait-il au Commandement, autre chose que des sujets inutilisables ou dangereux sur un navire de guerre moderne, usine flottante où les spécialisations se font de plus en plus poussées, exigeant des mentalités socialement et professionnellement sélectionnées !

Ajoutons que c'est parmi les engagés que se recrutent à une forte majorité les clients des Conseils de guerre (90 %) et les réformés pour troubles mentaux (60 %) ; c'est pourquoi, dans le but de filtrer à leur entrée dans la Marine tous ces indésirables, dont la présence est le plus sérieux obstacle à l'engagement des sujets honnêtes et professionnellement préparés à la vocation maritime, le Département a confié à ses psychiatres l'organisation de services spéciaux de sélection psychiatrique. Le centre de Toulon a ainsi constitué depuis moins de deux ans plus de 1.000 dossiers et éliminé 5 % des engagés dans ce port.

III.) *Comme médecin-expert*, le médecin neuro-psychiatre de la Marine intervient de trois manières : 1° comme *appréciateur* de l'aptitude au service (service militaire, arsenaux et spécialités du travail, fonctions spéciales des officiers, spécialités maritimes), soit à l'entrée, soit au cours de la carrière de l'individu ; 2° comme *expert technique* près des commissions de réforme, Marine ou Guerre. Il apprécie et propose le taux d'invalidité, toujours délicat dans notre spécialité ; 3° comme *expert* auprès des tribunaux maritimes : conseils d'enquête et de discipline,

(1) Durant la guerre, les centres neuro-psychiatriques des ports ont servi de centres de triage et de traitement d'urgence pour les marins et de centres d'hospitalisation du territoire pour les militaires de toutes catégories. A Bizerte à partir de 1914 nous avons personnellement assuré un service neuro-psychiatrique pour l'armée d'Orient (Français et franco arabes, troupes d'Afrique, Serbes, etc..), relié à Salonique par les trans ports hôpitaux. Voy. nos travaux de guerre avec Porot et spécialement : Porot et Hesnard : Psychiatrie de guerre, Alcan, 1918.

conseils de guerre à bord ou permanents à terre, milieux dans lesquels son opinion est souvent sollicitée et ses avis régulièrement suivis.

IV) *Comme collaborateur militaire du Commandement*, enfin le neuro-psychiatre retire momentanément ou définitivement du service les non-valeurs militaires. Il l'est aussi parce qu'il intervient utilement comme conseiller du Commandement dans la conduite et l'utilisation des mentalités vicieuses, difficiles (à la limite du pathologique), des caractères morbides, si précieux à dépister. Il l'est enfin parce que de par sa formation scientifique, il peut intervenir avec profit dans la formation technique des individus : c'est ainsi que le Commandement lui demande l'appoint des méthodes d'appréciation psycho-physiologique et d'analyse du travail dans le perfectionnement des méthodes d'enseignement technique des spécialités militaires.

En conclusion, le neuropsychiatre est devenu, dans la Marine, un des rouages essentiels du Service de santé. Sa spécialité y a trouvé de nombreuses applications, dont celles qui, rejoignant l'Hygiène mentale, ont fait de lui un précieux auxiliaire du Commandement.

Les poussées évolutives de la démence précoce et les délires des dégénérés de Magnan

Par G. HEUYER et DUBLINEAU

Nous entendons, par démence précoce, une psychose hébéphrénique de forme discordante, avec ou sans état délirant plus ou moins systématisé, caractérisée par un affaiblissement intellectuel à type de dissociation, survenant chez des adolescents ou après l'adolescence et évoluant vers la chronicité.

L'un de nous a insisté, dans des travaux antérieurs, sur la variété des modes d'entrée dans la maladie : troubles du caractère, manifestations hallucinatoires et délirantes, épisodes confusionnels et oniriques, forme simple à début progressif et caractérisé seulement par l'affaiblissement intellectuel, apparition de de la maladie chez un débile ou un sujet à lourds antécédents héréditaires ou, au contraire, chez un individu normal et d'intelligence jusqu'alors brillante.

On sait qu'une fois constituée la maladie est protéiforme ; intrication des éléments hébéphréniques et catatoniques, succession dans le temps des épisodes délirants et confusionnels, retour par intervalles à des phases démentielles, simples, sans délire. Tous ces modes sont autant de possibilités auxquelles s'ajoutent des périodes de calme absolu avec adaptation relative au milieu. Les familles croient alors à la guérison et réclament la sortie de l'Asile ou de la Maison de santé : l'épreuve sociale met en évidence le déficit intellectuel pragmatique et affectif, dès que le sujet est obligé de subvenir à ses besoins et de prendre des initiatives.

Nous nous proposons d'étudier ici les formes évoluant par poussées avec des rémissions intercalaires et prolongées. C'est surtout de ces rémissions que nous nous occuperons : si, en effet, existent comme nous le verrons, des signes nets d'affaiblissement, au cours des poussées évolutives, de tels signes se retrouvent aussi dans les rémissions. C'est là, à notre sens, le point important. L'existence et surtout la persistance de cet affaiblissement intellectuel, à forme de dissociation, assure une unité clinique à la symptomatologie comme à l'évolution de la maladie.

Au cours de cette étude, nous rencontrerons souvent la notion de la *bouffée délirante* décrite par Magnan. On sait que Magnan n'a jamais admis la conception de la démence précoce, mais ce grand clinicien avait mis en évidence des faits cliniques incontestables : les « délires des dégénérés » qu'il avait séparés de la folie intermittente et du délire chronique. Il a distingué, dans le groupe de ces délires, diverses variétés : bouffées délirantes aiguës polymorphes et passagères, délires systématisés curables également, que nous rencontrerons au cours des poussées évolutives de la démence précoce.

Les délires des dégénérés débutent fréquemment dans la jeunesse, ou même dans l'enfance. Au point de vue symptomatique, Magnan insiste sur les particularités suivantes : apparition souvent brusque des idées délirantes (délire d'emblée); variation fréquente dans la couleur du délire (systématisation habituellement imparfaite); absences dans certaines formes de troubles sensoriels, *polymorphisme* fréquent du délire par coexistence de plusieurs conceptions délirantes de diverses natures ; curabilité fréquente, parfois terminaison par une démence précoce ; durée tantôt très brève (*bouffée délirante*), tantôt, mais plus rarement, indéfinie sans transformation ni évolution systématique du délire (*délire systématisé des dégénérés*) ; enfin, dans certains cas, délire systématique, tenace, fixe et persistant à la façon d'une idée obsédante (1).

Magnan a bien décrit les délires polymorphes et les délires systématisés, pouvant survenir chez des sujets qui présentent les symptômes habituels de la dégénérescence mentale. Ils se terminent, les uns et les autres, par la guérison, mais ils peuvent aussi récidiver.

Or, il n'est pas douteux que parmi ces délires des dégénérés, un grand nombre appartiennent aux poussées évolutives de la démence précoce. Magnan considérait comme guéris les sujets qui ne déliraient plus. En réalité, chez bon nombre d'entre eux, quand on peut mettre en évidence, par des recherches cliniques et psychologiques appropriées, le déficit intellectuel, affectif et pragmatique, on peut établir le diagnostic de démence précoce, avec tout ce que ce terme comporte d'incapacité de la reprise d'une vie sociale normale.

Quand, après les travaux de Sérieux, de Deny, la notion Kræpelinienne de démence précoce, a été acceptée en France, les rémissions intercalaires entre les phases délirantes ont été l'objet de nombreux travaux ; l'intégrité du niveau mental, au cours de ces rémissions, a souvent été mis en doute. Pour certains, les rémissions équivalent à de fausses guérisons parfois très longues (5, 15 et même 30 ans : Sérieux) ; elles réalisent alors de véritables intermissions (G. Ballet). Nombre d'auteurs admettent que le sujet ne retrouve pas, après sa première crise, son comportement antérieur.

Pour Masselon, les rémissions se produiraient surtout dans les formes catatoniques et hébéphréniques, elles ne sont jamais complètes ; il persisterait toujours un affaiblissement psychique. L'auteur cite un travail d'Aschaffenburg qui insiste également sur les traces persistantes de la maladie pendant les rémissions. Deny et Roy estiment que, si l'entourage garde l'illusion d'une guérison, seuls en réalité les phénomènes aigus (idées délirantes, signes catatoniques, crises d'excitation), sont susceptibles de s'amender, l'arrêt psychique restant immuable ; il subsiste toujours quelques signes de chronicité : irascibilité, allures affectées et bizarres, maniérisme, tics, etc...

Pour Mlle Pascal, les vraies rémissions se produisent surtout à la période prodromique ou au début de la période active et chez les malades où le processus toxique est peu intense.

Pour Régis, c'est également au début qu'on les observe : « le malade est considéré comme guéri, il reprend sa vie ordinaire. En réalité, il reste touché ainsi qu'en témoigne l'évolution. Il est même des sujets qui, avant de verser dans cet état, présentent une série d'accès aigus susceptibles de faire penser à une manie rémittente, à de la folie circulaire » (Rush Dunton).

Seglas et Logre (1911) rapportent l'observation d'une malade, suivie depuis vingt ans et qui, après un certain nombre d'accès à forme maniaque légèrement atypiques, finit par présenter une démence précoce.

Pour Dupré, la guérison absolue peut s'observer durant les rémissions. La diminution intellectuelle est, au contraire, la règle pour G. Ballet.

En résumé, de ce qui précède, se dégage une double notion.

1° Au point de vue descriptif, l'existence de délires aigus et subaigus polymorphes qui ont les caractères du délire des dégénérés, selon la description de Magnan, qui surviennent par poussées et qui récidivent souvent. Dans l'intervalle, existent des poussées délirantes, des rémissions, surtout au début de la maladie, alors que souvent le diagnostic est encore incertain. Le caractère rythmique et circulaire des poussées évolutives délirantes explique certaines difficultés de diagnostic à ce stade.

2° La valeur de l'examen psychologique systématique au cours des rémissions, dans les cas, d'ailleurs rares, où la poussée délirante ou confusionnelle n'a pas présenté de caractères particuliers. C'est le bilan intellectuel affectif et pragmatique du

(1) SÉRIEUX. — Magnan : sa vie et son œuvre, 1921. Magnan : Leçons cliniques sur les maladies mentales. (2e édition. Paris, 1893, et leçons sur les héréditaires dégénérés, les délirants chroniques, les intermittents.

sujet, quand la crise est passée, qui permet de préciser le diagnostic de démence précoce et de formuler un pronostic.

Nous aurions pu rapporter de nombreuses observations, mais la place, qui nous est mesurée, nous oblige à donner seulement le résumé de quelques-unes. (1)

Observations

Obs. I. — Mlle D... (Yvonne), employée de bureau, née en 1875.

Démence précoce évoluant sur terrain dégénératif (mère délirante et internée). État dépressif initial, puis rémission de plusieurs années ayant permis (mais d'une façon très épisodique), une reprise des occupations professionnelles. Rechute progressive, avec délire pauvre. Mais, dans l'ensemble, la rémission n'a été qu'apparente. Il n'y eut qu'une amélioration transitoire. Celle-ci a fait un certain temps illusion à la famille. Elle a permis une vie sociale réduite jusqu'au jour où le déficit pragmatique a nécessité l'internement.

Obs. 2. — Mlle C., couturière, née en 1901.

Démence précoce ayant débuté chez une fille de 21 ans, avec deux rémissions dans le cours des deux premières années. La deuxième rémission a été très courte et n'a constitué qu'une amélioration relative entre un épisode confusionnel et délirant et l'épisode ultérieur, à forme paranoïde. Chaque fois, l'internement a été nécessité par le retour d'un état d'excitation atypique, alternativement confuso-maniaque, anxieux ou délirant.

Obs. 3. — B. (Jacques), étudiant né en 1906.

Le début de cette observation a été publié en détail dans la thèse de Bouyssou. Il s'agit d'une démence précoce chez un hérédo-syphilitique de deuxième génération. Début par un syndrome psychasthénique et dépressif, quelques idées de persécution et hypocondriaques, aboulie, obsessions ; au bout de huit mois, une rémission se produit, permettant au sujet dans les trois années qu'elle paraît avoir duré, de continuer l'étude des mathématiques et d'être admissible à Polytechnique. Puis, rechutes par un accès d'agitation nécessitant l'internement.

En dépit de la reprise des études durant les rémissions, B... présentait cependant un aspect bizarre, avec quelques éléments de discordance, dont la persistance devait suffire à faire réserver le pronostic.

Obs. 4. — B... (Gabriel), 20 ans, étudiant en droit.

Démence précoce chez un sujet de 20 ans, s'étant traduite par une première poussée confusionnelle avec automatisme mental, améliorée en une dizaine de jours, mais ayant laissé derrière elle, un état de doute et de perplexité, un certain degré de maniérisme. Les réponses aux tests pendant cette rémission révèlent une lenteur ou une bizarrerie des réponses ; parfois, le sujet ne satisfait pas aux tests. En quelques mois, apparition de deux nouvelles poussées confusionnelles. Revu au cours d'une nouvelle rémission qui se prolonge encore trois mois plus tard, le sujet, bien que s'occupant un peu, a toujours un certain aspect maniéré et discordant qui doit faire réserver le pronostic et redouter une nouvelle offensive de la maladie.

Obs. V. — Mlle De..., 16 ans, entre en maison de santé le 27 octobre 1930.

Cette observation est surtout démonstrative par la netteté de la rémission observée après un état confusionnel prolongé et grave. Mais l'intérêt réside surtout dans la dissociation qui s'opère à partir de janvier 1931 entre l'état général qui se relève et l'état mental, qui reste celui d'une psychose discordante en évolution.

Commentaires. — Au total, dans ces cinq observations, dont trois ont été suivies plusieurs années, on assiste au début de la maladie à des épisodes confusionnels, délirants ou démentiels simples, entrecoupés de rémissions, de durée variable. Deux de celles-ci (obs. I et III) ont duré plus de trois ans. Nous étudierons successivement :

1° Les poussées évolutives,

2° Les rémissions intercalaires.

A. — *Les poussées évolutives.*

Elles peuvent présenter tous les types : oniriques (obs. IV), confusionnels (obs. V), démentiels simples (obs. I), psychasthéniques (obs. III), confuso-maniaques ou anxieux (obs. II). Dans les formes confusionnelles, elles s'accompagnent parfois d'un état général grave (obs. V) avec troubles organiques extrêmement marqués, fuliginosités, tachycardie. Chez le sujet de l'observation IV, l'accès confusionnel avait été également très intense.

Nous rappellerons seulement pour mémoire l'intensité des troubles de l'état général au cours des poussées évolutives : amaigrissement, arrêt des règles, troubles des divers métabolismes, fièvre (obs. V). Il convient de noter, à la fin de l'accès, la rapidité relative de la récupération organique et du retour à un état général satisfaisant.

Dans les cas où l'atteinte organique n'est pas évidente, on peut être amené à la rechercher par les méthodes biologiques en usage : examen du sang, ponction lombaire ; les troubles qu'elles révèlent sont les témoins du processus toxique ou infectieux, ils justifient une thérapeutique adaptée.

Quelle que soit l'intensité de l'accès confusionnel, nous retiendrons :

1° Son allure souvent cyclique, avec un début à type dépressif, anxieux ou maniaque, une période d'état avec intensité de l'atteinte organique, une phase de terminaison généralement favorable ;

2° Le pronostic est bon au point de vue vital. L'accès confusionnel revêt rarement le type du délire aigu. Il est vrai qu'en l'ignorance où nous nous trouvons de la nature de ce dernier, on peut se demander s'il n'existe pas des formes de passage entre les poussées confusionnelles de l'hébéphrénie et le délire aigu. Nous ne faisons que mentionner ce point sans y insister :

3° Dans la phase aiguë de la poussée évolutive, un certain nombre de signes peuvent attirer l'attention : en particulier la réduction affective, les sourires, la discordance, survenant par intervalles, en un mot l'aspect atypique du tableau de la bouffée délirante, banale par ailleurs. C'est surtout vers la fin de la poussée, quand l'état général s'améliore, qu'on assiste plus nettement à l'accentuation de ces symptômes : la discordance augmente à mesure que l'accès s'atténue (obs. IV et V). Elle pourra s'atténuer à son tour par la suite ; il est rare qu'elle disparaisse complètement quand le sujet est entré dans la phase de rémission.

B. — *Les rémissions.*

L'analyse de l'état psychique au cours des rémissions, dans les cas où elle a pu être effectuée, met en évidence un trouble des différentes fonctions mentales.

Avant d'aller plus loin, nous rappellerons brièvement les discussions auxquelles a pu donner lieu la question de l'affaiblissement dans la démence précoce en général.

Il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, à savoir la discordance entre les trois sphères de l'activité psychique. Mais quelle est, de ces trois sphères, celle qui est primitivement touchée ? Est-ce l'affectivité, comme le veut Bleuler ? — Est-ce l'activité pragmatique, comme le soutient Minkowski ? — Est-ce, enfin, l'intelligence ? C'est ce que nous pensons. Sans se dissimuler la difficulté qu'il peut y avoir à préciser une telle notion, l'un de nous, par l'étude de certains tests choisis dans l'échelle de Binet-Simon et dans celle de Terman, a mis en évidence, dans les formes simples de la maladie, un affaiblissement intellectuel marqué, encore que peu facile à chiffrer : les réponses, en effet, sont dispersées, et, outre ce panachage, révèlent soit des bizarreries (psitacisme, dogmatisme scolastique ou puéril), soit des lacunes réelles : autant de caractères qui permettent, quand l'âge mental est apprécié, d'en interpréter la valeur et de différencier l'affaiblissement de la débilité.

Simon et Larivière qui ont repris la question, acceptent le principe de l'affaiblissement ; mais ils estiment que si celui-ci est évident dans les formes typiques, il est plus difficile à reconnaître au début. Il serait surtout variable, suivant les cas, et pour un même cas, suivant les examens. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'affaiblissement dans la démence précoce est réel, mais que serait atteint surtout le pouvoir de coordonner, d'utiliser un stock idéique qui persisterait par ailleurs — notion importante qui pourrait expliquer dans une certaine mesure, certaines modalités d'évolution et peut-être certaines apparences de retour à la normale, à l'occasion des formes fixées ou des rémissions.

A la lumière de ces données, l'état mental au cours des rémissions présente à considérer les faits suivants :

1° Dans la *sphère intellectuelle*, on retrouve pendant les rémissions les mêmes caractères que nous avons signalés dans les réponses aux tests dès le début de la maladie : bizarreries, lenteur des réponses voire absence de réponses (obs. IV) ; cette lenteur, ces lacunes, sont la preuve de la persistance de l'affai-

(1) Ces observations seront publiées ultérieurement en détail.

blissement, en dépit d'une reprise, d'ailleurs partielle en général, de l'activité sociale ;

2° Dans la *sphère de l'activité pragmatique*, à défaut de tests précis, dans certaines de nos observations la notion de l'affaiblissement se dégage de l'analyse du comportement au cours des rémissions. Dans l'obs. I, Mlle D. reprend son travail d'employée de bureau, mais elle n'est plus ce qu'elle était auparavant, elle ne donne plus satisfaction et n'est gardée que par égard pour sa famille. Or, un tel état se prolonge pendant plus de trois ans, l'entourage gardant l'illusion d'une amélioration factice. Dans le deuxième cas, le rendement pragmatique est tout aussi incertain. Chez notre troisième sujet on observe, d'après la mère, une conservation de l'aptitude aux mathématiques qui permet au garçon d'être admissible à Polytechnique. Néanmoins, chez le sujet, qui avait toujours été un bon élève, le travail s'est modifié, il est plus irrégulier, moins coordonné ; la diminution du rendement scolaire est sanctionnée par l'échec définitif à Polytechnique. Dans ce troisième cas, on ne saurait parler d'une conservation du pragmatisme habituel chez ce jeune homme ne consacrant plus son temps qu'à quelques lectures et un peu de jardinage ;

3° Dans la *sphère affective*, on fait des constatations comparables aux précédentes : indifférence extérieure émotionnelle et affective, parfois remplacée par un état de doute et de perplexité, maniérisme, tels sont les traits que l'on retrouve au cours de toutes ces rémissions. Enfin, on note une persistance de la discordance, une bizarrerie de la présentation et des sourires, autant d'éléments anormaux dont il convient de tenir compte, surtout dans les cas comme celui de l'obs. IV où l'amélioration, qui se prolonge, peut faire croire dans la famille, à une véritable guérison ;

4° *Idées délirantes et troubles psycho-sensoriels pendant les rémissions.* — Au cours des rémissions, les troubles psycho-sensoriels disparaissent généralement : dans les cas IV et V, les sujets avaient présenté, pendant la phase confusionnelle initiale des symptômes d'automatisme mental. Ceux-ci ont, par la suite, complètement rétrocédé. Cependant, chez le sujet de l'obs. IV, persiste, à défaut d'une conviction délirante résiduelle, un état de méfiance et de doute systématiques d'une correction encore imparfaite. C'est plus tard seulement que le sujet critiquera sa maladie. Moins nette, mais du même ordre, est l'observation II : dans celle-ci, la malade, après être passée par des phases d'excitation psycho-sensorielle, véritables bouffées délirantes, successives, évolue définitivement vers une démence à forme paranoïde : les troubles psycho-sensoriels, ici encore, s'étaient atténués ou avaient disparu au cours des rémissions.

Lorsque, à défaut de troubles psycho-sensoriels vrais, le sujet a présenté seulement, au cours de sa phase aiguë, quelques idées délirantes : (vagues préoccupations hypocondriaques, idées de persécution), on assiste, au cours de la rémission, à une atténuation certaine de ces tendances interprétatives ou imaginatives. Mais, à un interrogatoire plus serré (obs. I et III), on trouve quelques éléments encore mal critiqués par le sujet :

5° *En résumé*, on peut retrouver au cours des rémissions, entre les poussées évolutives de la démence précoce, des signes de l'affaiblissement intellectuel initial. De même, on peut mettre en évidence des signes de déficit affectif et pragmatique. Certes, ce sont souvent ces derniers éléments qui attirent le plus immédiatement l'attention. On peut admettre, surtout pour le dernier, qu'il s'atténue en fonction de la baisse initiale du niveau mental, « condition nécessaire et suffisante de la maladie » (Deny).

Ainsi, dans les rémissions qui s'observent au début des formes évolutives, la maladie demeure. Elle est seulement latente elle jettera le masque à l'occasion d'une poussée confusionnelle ou délirante nouvelle, jusqu'à ce que se constitue définitivement l'état chronique et définitif.

Diagnostic. — Le diagnostic se pose à l'occasion des poussées évolutives et des rémissions :

A. — *Au cours des rémissions*, c'est à l'état mental qu'on s'adressera pour apprécier la valeur de ces dernières. Même si le sujet reprend ses occupations antérieures, il persiste des bizarreries, dans les réponses et le comportement, telles que le sujet n'est plus ce qu'il était avant sa bouffée délirante.

Le problème qui se pose est celui de la durée de cette rémission. Dans nos cas, les rémissions furent assez courtes. Les auteurs en ont signalé de plus longues. En réalité, on peut se demander s'il s'agissait de rémissions ou, au contraire de ces formes fixées dont, avec Mlle Serin, l'un de nous a rapporté des exemples dans un mémoire récent « Nous pensons, écrivions-nous alors, qu'il y aurait utilité à faire la révision des cas rapportés sous le nom de rémissions de la démence précoce. Nous sommes persuadés qu'on a décrit souvent sous le nom de rémissions des formes arrêtées ou fixées à ce stade démentiel ».

Une fois la maladie arrivée à la période d'état, on ne prendra pas pour un début de rémission un retour partiel de l'affectivité, tels ceux récemment signalés par Dupouy et Pichard, X. et P. Abély. Dans ces cas, la réapparition d'élans affectifs amène la famille à demander la sortie du malade ; mais très rapidement le sujet retourne à son attitude antérieure.

B. — *Au cours des poussées confusionnelles*, en présence des signes atypiques sur lesquels nous avons insisté, il est possible souvent de rapporter à la démence précoce l'origine de cette poussée. Pourtant, il faut attendre souvent le décours de l'épisode aigu pour apercevoir des signes de discordance qui permettent le diagnostic. C'est surtout à ce moment que, le cas échéant, on pourrait être amené à tester le sujet et à étudier ses réponses. Ce bilan de l'état mental est plus facile dans les formes démentielles simples, sous les réserves que nous n'ignorons pas et que Simon et Larivière ont formulées récemment. Ce bilan peut permettre, par la constatation du déficit au cas de démence précoce, le diagnostic avec un état mélancolique maniaque ou psychasthénique.

C. — L'examen du niveau mental permettrait-il le diagnostic avec certains états catatoniques symptomatiques non liés à la démence précoce (Garand), et dont le sujet guérit complètement ? De même, certains faits de *schizothymie* (Carlo Rossi) décrits récemment, sortes d'états d'aliénation curables ayant simulé la schizophrénie, présentent-ils, pendant et après l'accès, une intégrité du niveau mental permettant d'éliminer la démence précoce ? Nous pensons que dans tous ces cas, l'analyse du niveau mental, du comportement affectif et pragmatique, tant au cours qu'après l'accès, permettrait seule une affirmation définitive.

D. — *Psychose périodique et démence précoce évolutive.* Reste la difficile question du diagnostic et des rapports entre le psychose périodique et la démence précoce.

Pour ce qui est des accès maniaques ou dépressifs simples, leur diagnostic, souvent si difficile avec la démence précoce, ne saurait être envisagé ici en soi. Le point, à développer ici est d'ordre plus général par les problèmes pathogéniques et nosologiques qu'il pose.

Pathogénie. — A première vue, cette succession de rémissions, et de bouffées confusionnelles ou délirantes rappelle l'évolution de la psychose maniaque-dépressive ou de la folie circulaire. Mais l'existence, dans la démence précoce, des troubles intellectuels particuliers, sur lesquels nous avons insisté, tant au cours des poussées aiguës qu'au cours des rémissions, compliquent singulièrement le problème. Aussi, les auteurs ont-ils été amenés, soit à parler de psychose atypique, soit d'imaginer des formes mixtes ou intermédiaires entre les deux grands groupes nosologiques de Kraepelin.

Le caractère circulaire pourrait d'ailleurs, pour Régis, se retrouver même tardivement. Mais à ne considérer que les formes de début, R. Dunton (*in* Régis) décrit une forme intermittente et circulaire que l'auteur considérait comme un groupe intermédiaire entre la psychose maniaque-dépressive et la démence précoce. Gordon admet la coexistence de la démence précoce et de la maniaque-dépressive pour expliquer le caractère cyclique des rémissions du début de la démence précoce. Capgras et P. Abely, cherchant à classer les psychoses atypiques, écrivent : « Faut-il les considérer avec Seglas comme des formes intermédiaires entre la psychose maniaque-dépressive et la démence précoce ?... Peut-être serait-il plus simple d'admettre qu'il s'agit non pas de démence précoce, mais pour employer une expression de Magnan, de manie et de mélancolie dégénératives... « Plus récemment, enfin, Smith reprend la question des formes de passage et cite la possibilité de cas de psychose maniaque-dépressive se traduisant par un état schizophrénique, le caractère schizophrénique pouvant n'apparaître qu'au bout de vingt ans.

Pour Claude, qui distingue la démence précoce vraie et les schizoses — ce que nous n'admettons pas, — il existerait peu ou il n'existerait pas de rémissions dans la démence précoce vraie, avec affaiblissement d'emblée marqué et progressif. Au contraire, dans les processus dits schizophréniques, il n'est pas rare d'observer des troubles à caractère périodique (poussées d'excitation, etc.), entre lesquels, l'état mental, assez neutre, reflète seulement les tendances schizoïdes du sujet. Ces états intermédiaires entre la schizoïdie et la démence schizophrénique confirmée réalisent les états schizomaniaques, éléments du groupe général des schizoses.

Récemment Claude a repris avec Lévy Valensi, la question des rapports de la démence précoce et de la psychose périodique. Les auteurs rapportent entre autres observations deux cas intéressants. Le premier est celui d'une jeune fille faisant des accès maniaques ou hypomaniaques suivis de démence précoce typique : la mère reconnaissait que sa fille, quoique apparemment revenue à la normale, n'était plus tout à fait, après le premier accès, ce qu'elle était auparavant. Dans une autre observation (obs. III), les auteurs rapportent le cas d'une schizomane périodique qui, dans l'intervalle des accès, se présente d'une façon à peu près normale aux points de vue intellectuel et affectif, mais l'examen psychologique paraît avoir été incomplet. Pour expliquer à la fois ces rémissions et la possibilité d'intégrité psychique entre les accès, les auteurs pensent qu'à côté de la démence primaire liée à la dégénérescence, il faut distinguer des faits de démence secondaire. La cause générale et commune en serait un état endotoxique qui « trouble temporairement le dynamisme cellulaire cérébral ». Si la cellule est définitivement atteinte, on aboutit à la démence, si l'atteinte est légère ou le cerveau résistant, la démence ne se produit pas, le sujet reste cliniquement un maniaque dépressif. « La démence ainsi conçue survient donc comme un accident : elle peut compliquer un incident psychopathique quelconque et cet incident peut être la manie-mélancolie ». En d'autres termes, le sujet se présenterait soit comme un maniaque dépressif, soit comme un dément, selon que l'atteinte endotoxique a été plus ou moins grave et le cerveau plus ou moins résistant.

Nous pensons que, dans la D. P. les bouffées confusionnelles ou délirantes, témoins d'un processus toxique ou infectieux, se manifestent sur un fonds intellectuel déjà atteint. Reste à préciser la cause de cette atteinte initiale ; dégénérescence ? Il est vraisemblable que la notion de dégénérescence de Morel et Magnan, qui fut trop largement généralisée, a subi une éclipse passagère ; elle mérite d'être reprise et précisée. Une de nos malades était fille d'une délirante (obs. I), deux autres (obs. III et IV) étaient hérédo-syphilitiques de deuxième génération. Processus pubéral (obs. V) ? ou toxi-infectieux mal déterminé (obs. II) ? Malgré des publications peut-être hâtives, il ne semble pas qu'on puisse soutenir que, d'une façon constante, l'étiologie tuberculeuse soit à la base de tous les cas de démence précoce. Pour notre part, dans des observations que l'un de nous publiera ultérieurement, il a été impossible de la mettre une seule fois en évidence. Mais cette question déborde notre sujet et nous ne nous y arrêterons pas.

TRAITEMENT. — L'obscurité de l'étiologie explique que le chapitre du traitement des formes évolutives de la maladie soit encore un chapitre d'attente.

L'existence, au cours des épisodes confusionnels ou délirants, de troubles fonctionnels et généraux, plaide en faveur d'un processus toxi-infectieux. Dans deux de nos observations, un abcès de fixation a été pratiqué qui, chaque fois, a évolué normalement. Dans le cas V, qui présenta une allure sévère avec tachycardie extrême, signes de défaillance cardiaque, un traitement toni-cardiaque dut être mis en œuvre.

Nous avons employé les traitements les plus divers : abcès de fixation, injections intraveineuses de salicylate de soude et d'urotropine, injections intraveineuses de chlorure de calcium, injections sous-cutanées ou intra-musculaires de sulfosin et d'allochrysine. Nous avons obtenu des succès avec toutes les méthodes : les poussées évolutives se sont atténuées et les phases de rémission ont évolué normalement.

Toutefois, alors que nous pensions être assurés de la persistance de la rémission, une nouvelle poussée évolutive apparaissait, montrant l'inefficacité réelle du traitement employé. C'est pourquoi, avant d'assurer que tel ou tel traitement peut être efficace dans la démence précoce, il faut que le temps fasse la preuve de l'action thérapeutique.

En tout cas, pour des manifestations organiques aussi certaines, la part de la psychothérapie, même durant les rémissions doit être considérée comme fort réduite.

BIBLIOGRAPHIE

ABÉLY (X. et P.). — L'affectivité dans la démence précoce. *Ann. méd. psychol.*, 1932, T. 1, p. 510.

BENDER Laurette, SCHILDER (Paul). — Unconditioned and conditioned reactions to pain in Schizophrenia. *Ann. J. Psychol.* 1930, t. X, p. 365.

BALLET (G.). — Discussion de la communication de SÉGLAS et LOGRE. *Enc.*, 1911, t. I, page 277.

BENON (R.). — Asthénie chronique et démence. *Schir. Arch. f. Neur. u. P.*, XVIII, 1926, t. I, p. 137.

BOUYSSOU (P.). — Voies d'entrée dans la démence précoce. Th. Paris, 1928.

CAPGRAS et ABÉLY (P.). — Psychoses atypiques : folie intermittente ou démence précoce. *Bull. Soc. cl. ment.*, 1922, p. 20.

CLAUDE (H.) et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéph.*, 1931, t. XXVI, p. 377.

CLAUDE (H.). — Démence précoce et schizophrénie. *Congrès alién. et neur. de lang. fr.*, Genève, 1926.

DENY. — Les démences vésaniques. *Congrès des alién. et neur. de langue franç.*, 1904, Pau. Comptes rendus, p. 173.

DENY et ROY. — *La démence précoce*, Paris, Baillière, 1903.

DUPOUY et PICHARD. — L'anxiété dans la démence précoce. *Ann. méd. psychol.*, 1931, t. II, pp. 117 et 229.

DUPRÉ et DENY. — *Congrès des alién. et neurol. lang. fr.*, Pau, 1904, discussion du rapport de Deny.

DUPRÉ. — Discussion de la communication de Séglas et Logre. *Enc.*, 1911, p. 277.

GORDON. — *Revue neurologique*, 1912.

HENTZ (E.). — Weiterer Beitrag zur Frage der « Symptomatischen » Schizophrenien. *Z. f. d. ges. neur. u. psych.*, 1931, t. 136, p. 311.

HEUYER-BOUYSSOU et Mlle BADONNEL. — Les voies d'entrée dans la démence précoce. *Ann. méd. psych.*, juillet 1928.

HEUYER et Mlle SERIN. — Les troubles du caractère au début de la démence précoce. *Ann. méd. psych.*, juillet 1930.

HEUYER et Mlle SERIN. — Les formes arrêtées ou fixées de la démence précoce. Soc. méd. psych., 23 novembre 1931.

HEUYER et L. GUILLANT. — Recherches sur l'affaiblissement intellectuel dans la démence précoce. Soc. méd. psych., 23 janvier 1935.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893.

MASSELON. — *La démence précoce.* Paris, Joanin, 1904.

Mlle PASCAL — *La démence précoce.* Alcan, Paris, 1911, p. 302.

RÉGIS. — *Psychiatrie*, 5e éd., p. 416.

ROBIN (G.). — Les frontières de la schizophrénie et de la démence précoce. *Évol. psych.*, Paris Maloine, 1932, n° 3.

ROSSI (C.). — A propos de certains états d'aliénation curables simulant la schizophrénie. *Enc.*, 1928, p. 501.

SÉGLAS et LOGRE. — Des rémissions dans la démence précoce. *Enc.*, 1911, t. I, p. 277.

SÉRIEUX, MAGNAN. — Sa vie et son œuvre. Paris, 1921.

SIMON et LARIVIÈRE. — Hypothèses sur la démence précoce. États du niveau mental. *Ann. méd. psychol.*, 1932, t. I, p. 497.

SMITH. — Psychoses atypiques avec hérédité hétérogène. LEWIN et MUNKSGAARD. Copenhague, 1924. *Anal.* in *Encéph.*, 1924, p. 605.

Gardons-nous d'affirmer que les différences climatériques expliquent seules, chez les habitants, les diversités dans la manière de comprendre. Bien d'autres raisons entrent en jeu. Elles soulèvent des rivalités entre les villes, des oppositions entre les provinces.

« Voyez, par exemple, les deux capitales de Lyon et de Paris. La première accuse l'autre de légèreté et de superficialité, tandis que Paris reproche à Lyon son piétinement et sa lenteur. Il faudrait plutôt dire que ce qu'on appelle légèreté parisienne est composé avant tout d'un sentiment de scrupule et de délicatesse. Il redoute de lasser, d'ennuyer en appuyant et cherche à se faire comprendre en peu de mots, en laissant à l'interlocuteur ou au lecteur le soin et le plaisir de compléter votre pensée.

« De même, l'attitude du Lyonnais est avant tout due à un mouvement de circonspection et de prudence. Il entend n'avancer qu'à coup sûr et toutes précautions étant prises pour qu'il arrive à bon port. » (Docteur Charles FIESSINGER. — Les âmes régionales. *Journal des Praticiens*, 11 mai 1935, et *Mercure de France*, 1er mai 1935.)

Trente années d'alcoolisme à l'Asile Clinique psychiatrique de Bel-Air (1901-1930), à Genève

TRAVAIL DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Par le Prof. Dr Ch. LADAME

> Une première question se pose parmi les malheureux que la folie conduit à l'Asile, combien y sont poussés par l'alcool ?
>
> MAGNAN.

INTRODUCTION

Le *Progrès Médical* se propose de publier un numéro spécial à l'occasion du Centenaire de Magnan. Le Docteur Fillassier qu'il a chargé de réunir quelques articles neuro-psychiatriques me demande une collaboration pour la Suisse.

Cet honneur, je l'accepte d'autant plus volontiers que je puis le faire en souvenir de mon père, le Docteur P.-L. Ladame, de Genève, grand admirateur et disciple de ce vénéré Maître.

J'ai pensé ne pouvoir mieux répondre à cet appel qu'en présentant une étude sommaire intitulée : *trente années d'alcoolisme à l'Asile clinique psychiatrique de Bel-Air* (1901 à 1930), *à Genève.*

En établissant la statistique générale des malades soignés pendant ces six lustres dans notre Clinique, le hasard a voulu que les données qui relèvent du groupe des toxicomanies, singulièrement de l'alcoolisme se sont révélées être une confirmation éclatante des résultats tant cliniques qu'expérimentaux que le Maître de service de l'admission de Sainte-Anne a consigné dans une partie importante de ses nombreux travaux sur l'alcoolisme.

Je suis heureux de pouvoir ainsi contribuer à l'hommage que l'on se propose de rendre à l'un des pionniers de la psychiatrie française.

Considérations générales

On a tant écrit et depuis si longtemps sur l'alcoolisme, cette maladie sociale, désastreuse pour l'individu, pour sa famille, pernicieuse pour la société, ruineuse pour la communauté, pour l'État, qu'il semblerait qu'il n'y ait plus rien à dire. Ce sont des actes que l'on attend désormais, mais des actes décisifs. Les efforts individuels, considérables, généreux et avisés se montrent inopérants cependant. Ce qu'il faut, ce sont des décisions des Pouvoirs publics, seuls capables d'abattre enfin cette hydre aux cent bras toujours renaissants.

Une lueur d'espoir a lui dans les ténèbres de l'horrible guerre, lueur hélas sans lendemain. Les enseignements, cependant importants et péremptoires que l'on peut tirer de cette période des restrictions dans la vente et la consommation de l'alcool, auraient dû encourager ceux qui sont préposés à la sauvegarde de la santé publique et les décider à persévérer dans une voie qui se montrait salvatrice et de la santé publique et des finances de l'État.

Nous voulons, dans cette brève étude montrer à notre tour, que l'interdiction de la fabrication, de la vente et de la consommation de l'absinthe sur le territoire helvétique a eu pour effet salutaire de supprimer presque complètement cette forme terrible de la folie absinthique avec accès épileptiformes et, d'autre part, prouver par des faits l'action immédiate et efficace des restrictions de la vente et de la consommation de l'alcool sur le nombre des alcooliques soignés à Bel-Air pendant la période de guerre. Ces mesures salvatrices de la santé publique levées, la course à l'abîme a repris de plus belle.

Dans le petit champ d'observation qu'est le nôtre, c'est cependant une confirmation irréfutable que les Pouvoirs publics peuvent, s'ils en ont la volonté et le courage, porter un coup mortel à l'alcoolisme et ainsi faire œuvre éminente d'hygiène sociale. Le succès est assuré à qui voudra. Les preuves en sont administrées et nous en donnons ci-après quelques-unes encore.

I. — *Trente années d'alcoolisme à Bel-Air* (1910-1930)

Nous ne donnerons ici, cela va sans dire, que quelques extraits, de l'abondante documentation statistique et clinique recueillie pendant ces trente années.

Voici d'abord pour mieux situer la question de l'alcoolisme un tableau concis des admissions pour troubles mentaux et en regard les cas de maladies mentales avec appoint alcoolique et les psychoses dites alcooliques.

	1. total des	2. mal. ment.	%	3. M. M. avec alcool	%	4. Psychose alcoolique	%	3+4	% *	
Hommes :										
Total	4.507	2.672	59,0	594	13,0	1.241	28,0	1.835	41,0	A
S. U.	3.399	2.113	62,0	391	12,0	895	26,0	1.286	38,0	B
S. R.	1.108	559	51,0	203	18,0	346	31,0	549	49,0	C
Femmes :										
Total	4.048	3.612	89,0	157	4,0	279	7,0	436	11,0	A
S. U.	3.178	2.858	90,0	117	4,0	203	6,0	320	10,0	B
S. R.	870	754	86,7	40	4,6	76	8,7	116	13,3	C

S. U. = Séjours uniques. — S. R. — Séjours répétés. — (*) Les % sont pris sur le total de chaque série : A, B, C.

Commentaires. — C'est donc le 41,0 % des entrées hommes et le 13,3 % des entrées femmes que l'alcool a conduit à l'Asile, le 38,0 % des séjours uniques et presque le 50,0 % des séjours répétés, proportion énorme. Pendant la période des restrictions (guerre) ; ces chiffres, comme nous le verrons plus loin, ont subi une sensible réduction. Depuis lors, l'alcoolisme suit une courbe ascendante, qui toutefois, n'a pas encore atteint, chez nous du moins, les totaux d'avant guerre.

Fait intéressant, nous relevons dans une des nombreuses études consacrées par Magnan à l'alcoolisme (1), un tableau statistique qui s'étend sur une plus vaste échelle, sur des chiffres, on pourrait dire massifs et qui, cependant marque, à peu de chose près, les mêmes pourcentages que nous. Cette statistique comprend les mêmes catégories que la nôtre, ce qui les rend fort comparables. Les méfaits de l'alcool se montrent être les mêmes et dans les mêmes proportions ici et là, à l'admission de Sainte-Anne et à Bel-Air.

Je ne prends de ce tableau que l'énoncé sommaire suivant :

Entrées totales à l'admission de 1887 à 1911	Alcoolisme simple	%	Psychopathes avec appoint alcoolique	%	%	Totaux de ces deux groupes	%	%
19.569	13.471		27,17	7.154		14,43 20,625		41

Je n'ai ici relevé que ce qui concerne les hommes. Les chiffres concernant les femmes sont légèrement différents pour l'appoint alcoolique des malades mentaux, mais le pourcentage des femmes alcooliques est le même : 8,7 %.

Mêmes causes, effets semblables, dans les deux cas, population essentiellement urbaine. La valeur de ces pourcentages s'augmente du fait même des disproportions considérables du nombre des malades de Sainte-Anne et de Bel-Air.

Dans quelle proportion les divers groupes des maladies mentales ont un appoint alcoolique, le tableau suivant l'expose :

(1) H. MAGNAN et FILLASSIER. — Alcoolisme et dégénérescence. Rapport présenté au « First International Eugénics Congress, Londres, 1912.

(Nous ne donnons que les totaux).

Groupes nosologiques :	Total des admissions	Sans alcool	Avec alcool	%
I. — Oligophrènes	328	264	64	19,5
II. — Psychopathes	92	71	18	19,6
III. — Psychoses simples (démence précoce)	1.485	1.206	279	18.8
IV. — Psychoses organiques	1.133	933	200	17,7
V. — Epilepsies	145	92	53	36,5
VI. — Toxicomanies	1.285	39*	1.285	
VII. — En expertise	39	36	3	7,7
Totaux	1.507	2.611	1.863	11,3

(*) Morphinisme, cocaïnisme, etc.

Ces données appelleraient une abondante série de commentaires, mais nous devons nous borner à dire que la discrimination des cas en séjour unique et séjours répétés révèlent des choses étonnantes, effrayantes même. C'est ainsi que les récidivistes forment les 50,7 % de malades alcoolisés. Les épileptiques, par exemple, ont jusqu'à du 44,7 % de malades rejetés constamment à l'Asile par l'appoint alcoolique. Les paralytiques généraux et les scléreux jusqu'à du 30,4. Magnan le relève déjà dans son rapport au Congrès de Lyon, en 1912 (1). Combien de déments précoces, de maniaques et tant d'autres n'auraient sans doute jamais dû être internés si l'alcool, si facilement accessible n'avait pas fouetté des désordres latents.

Voici maintenant quelques notes et tableaux analysant les divers points de notre sujet.

Les trois sous-groupes de l'alcoolisme

	Total des cas	Dont cas avec accès épileptiformes
A. Alcoolisme chronique delirium hallucinatoire auditif. Psychose de Korsakow.	654	94
B. Delirium tremens	495	114
C. Ivresse pathologique. Ethylisme aigu	92	12
Total	1.241	dont 220

Ces sous-groupes sont inscrits de lustre en lustre afin de marquer croissance ou la décroissance de l'alcoolisme observée à Bel-Air

	A. Alcoolisme chronique		B. Delirium tremens		D. Ethylisme aigu		Dont épilepsie	
	s. u.	s. r.	s. u.	s. r.	s. u.	s. r.		
1901-05	102	21	83	15	6	4	34	5
1906-10	84	47	81	18	22	3	45	22
1911-15	95	67	53	18	17	1	34	23
1916-20	56	37	54	16	7	1	23	7
1921-25	51	33	67	21	13	2	11	7
1926-30	40	18	48	21	15	1	3	3
Total	428	226	386	109	80	12	153	67

Commentaires : ce tableau quoique très raccourci, montre cependant la progression puis la régression de l'alcoolisme, dans tous les sous-groupes, avec nouvelle tendance, ces dernières années à une augmentation des cas surtout des delirium tremens, de l'éthylisme aigu.

Mais ce qui nous frappe avant tout, c'est la presque disparition des *cas de l'alcoolisme avec accès épileptiques*. Celle-ci est fonction directe de la suppression de la fabrication, de la vente et de la consommation de l'*absinthe* dans le territoire de la Confédération, depuis l'année 1910. L'extinction s'est faite d'abord lentement, puis à marche précipitée.

C'est là, nous nous plaisons à la souligner, une confirmation éclatante, clinique et sociale, dont les bienfaits ne sauraient trop être soulignés, de la campagne expérimentale et clinique, courageuse autant qu'efficace menée par Magnan, qui consignait ses résultats dans une étude fondamentale dès 1871 (2). Qu'on se rappelle seulement ce que fut le terrifiant et désastreux tableau de l'alcoolisme-absinthique, et l'on saisira tout ce que l'on doit au Maître de Sainte-Anne. On s'étonne alors, à bon droit, de voir certains auteurs, par ailleurs si bien documentés, puisqu'ils peuvent aligner une littérature de quelques 216 ouvrages de plus ou moins de valeur, ne pas même faire mention d'une seule des études, pourtant fondamentales, de Magnan (3).

Puisque nous en sommes à marquer les effets incontestables des interdictions ou restrictions de consommation de l'alcool, citons ici en bref, leurs effets observés à la Clinique psychiatrique de Bel-Air.

	Alcoolisme chronique		Delirium tremens		Ethylisme aigu		Alcoolisme épileptique		Totaux	
	s. u.	s. r.	s. u.	s. r.	s. u.	s. r.	s. u.	s. r.	s. u.	s. r.
Avant-guerre 1901-1911	19*	9	15	3,5	3	0,5	7,6	3	37	13
Guerre 1915-1918	12	9	11	1,7	1,7	0,2	6	2	21	11
Après guerre 1919-1930	9	5,5	11,1	4,6	2,6	0,3	2	1,1	23	10

(*) Le nombre de tous ces cas a été réduit au nombre annuel, afin de permettre une comparaison plus exacte de la réalité des faits.

L'effet des restrictions est marqué dans ce tableau d'une façon irréfutable. Mais l'on voit aussi la reprise, surtout pour le delirium tremens, et l'éthylisme aigu, assentionnelle, du nombre des cas jetés à l'Asile. L'action, efficace, du dispensaire antialcoolique de Genève (œuvre du Docteur Henri Revillod) et du Comité institué par une loi, qui s'occupe du relèvement et de l'internement d'office, après examen médical, prononcé par la Chambre des tutelles de Genève, marque surtout dans les cas d'alcoolisme invétéré, qui jadis, encombraient notre Asile clinique.

Le tableau suivant résume le nombre des *journées de malade* pour tous nos cas, selon les séjours uniques (s. u). et séjours répétés (s. r.).

(1) Magnan. — Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Congrès de Lyon, 1912.

(2) Magnan. — De l'alcoolisme, etc., Paris, Delahaye, 1874.

(3) Helmut Muller, 15. Sammelbreicht ueber Arbeiten auf dem. Gebeit der Alkoholpsychosen aus d. Jahren 1906-1910. *Zeitsch. f. d. Ges Neu. Psch.*, Bd. IV, Heft 1, 1911.

	Alcoolisme chronique s. u.	Alcoolisme chronique s. r.	Delirium tremens s. u.	Delirium tremens s. r.	Ethylisme aigu s. u.	Ethylisme aigu s. r.	Totaux s. u.	Totaux s. r.
Hommes :	17.001	11.448	6.352	2.326	752	392	24.110	17.166
Total.	31.149		8.678		1.141		41.276	
Femmes :	8.131	3.967	605	318	88	37	8.824	4.322
Total.	12.098		923		125		13.146	

A cela s'ajoutent encore, les séjours prolongés, qui pour les hommes, par exemple, se montent encore à 97.875 journées de malade. Ce qui donne une idée des sommes énormes consacrées pour l'internement de ce groupe de malades. Ce n'est pas loin du million pour ces trente années. Si encore les résultats curatifs avaient été en quelque rapport avec l'énormité de la dépense. Il ne faut pas se faire des illusions, tant que les occasions d'entretenir leur alcoolisme sera si généreusement accordé, aux malheureux, aux malades, qui privés précisément de leur volonté, ne sauraient résister, tout ce que nous entreprendrons pour lutter contre ce mal social, ne sera que leurres et palliatifs.

Nous résumons également dans un tableau sommaire la durée moyenne du séjour des alcooliques des divers sous-groupes dans notre clinique :

Formes nosologiques	Séjour unique — Hommes	Séjour unique — Femmes	Séjours répétés — Hommes	Séjours répétés — Femmes
	Nombre des journées de malade			
A. Alcoolisme chronique, délire hallucinatoire auditif. Psychose de Korsakow	39,5 j.	52,4 j.	64 j.	62 j.
B. Delirium tremens typique et atypique	16,4 j.	15 j.	21 j.	29 j.
D. Ivresse pathologique ou éthylisme aigu	9,8 j.	11 j.	32 j.	37 j. (1 cas)
Et si nous comptons à part les cas avec accès épileptiformes.				
C. Cas des sous-groupes. A. B. D, avec accès épileptiformes	23 j.	19 j.	40 j.	32 j.

Ces chiffres confirment ce que l'on savait déjà, à savoir que la durée du séjour est très variable selon les formes nosologiques. Les séjours prolongés des récidivistes vient encore une fois confirmer ce que nous disons plus haut au sujet de l'efficacité très relative de nos traitements et de la lutte contre l'alcoolisme à l'heure actuelle et avec nos faibles moyens individuels, notre milieu social étant par excellence le bouillon de culture de l'alcoolisme.

Quel est l'*âge moyen* de nos malades au moment de l'admission en fonction des divers groupes nosologiques :

	A. Alcoolisme chronique s. u.	A. Alcoolisme chronique s. r.	B. Delirium tremens s. u.	B. Delirium tremens s. r.	D. Ethylisme aigu s. u.	D. Ethylisme aigu s. r.	Moyenne s. u.	Moyenne s. r.	C. Cas avec accès épileptiformes s. u.	C. Cas avec accès épileptiformes s. r.
Hommes.	45	51	42	41	39	16	40	41	40	46
Femmes.	46	49	39	41	43	53 (1 cas)	44	48	38	48

Une donnée nous manque momentanément, celle de pouvoir mettre nos chiffres en regard de ceux des autres Asiles cantonaux d'aliénés de la Suisse. Il n'y a pas d'homogénéité dans les données des rapports annuels et le temps me manque de pouvoir faire une enquête sur ce point. Cette comparaison ne manquerait pas d'être intéressante et instructive au premier chef, nos institutions sont en effet très diverses, Asiles urbains et Cliniques psychiatriques, Asiles essentiellement campagnards. Les formes de l'alcoolisme varient aussi selon les boissons consommées, vins, bière, cidre.

Un mot encore, pour terminer, sur les décès de ce groupe des toxicomanies, chez les hommes, pour l'heure :

Nous relevons cinquante-sept décès pour 1.241 cas, soit le 4, 6 %, parmi ceux-ci, il y en a douze qui sont décédés à la suite de « status epilepticus » ou au cours d'une crise d'épilepsie, soit le 21 % des décès. Dans la première décade (1901 à 1910), il y eut sept décès par épilepsie. L'absinthe régnait alors en maîtresse. Les cinq autres cas s'égrennent jusqu'à l'année 1924. Dès lors nouvelle confirmation des résultats de Magnan, pas un cas de décès parmi le petit nombre des alcooliques, résidu ancien, dû à l'épilepsie. Ces dernières années, par contre, un assez grand nombre de décès sont imputables à une affection cancéreuse.

Quant à la durée du séjour de ces malades décédés, en voici un bref aperçu ; pour les hommes seulement :

Cas.	Durée totale du séjour	Durée moyenne pour un cas
28	94 j.	3,3 j.
8	81 j.	10
8	167 j.	21
(13	12.584 j.)	

12 sur 57 morts subitement dans une crise épileptiforme dont 7 jusqu'en 1910.

La plupart des autres malades sont décédés à la suite de broncho-pneumonie, de pneumonie, d'affection cardiaque, de tuberculose pulmonaire, de cachexie. Notre livre d'autopsies porte trois pachyméningite hémorragique pour l'année 1901, dès lors pas une seule.

Les groupes nosologiques participent à ces décès comme suit :

Alcoolisme chronique	21
Avec épilepsie	10
Delirium tremens	13
Avec épilepsie	13
Total	57

Deux faits principaux ressortent de nos données statistiques portant sur trente années et 1.241 cas d'alcoolisme :

1° La suppression de l'absinthe a entraîné à une allure accélérée la disparition de l'alcoolisme avec accès épileptiformes.

2° Les restrictions dans la consommation de l'alcool apportées par des décisions de nos pouvoirs gouvernementaux ont rapidement conduit à une sensible diminution des cas d'alcoolisme à Genève.

Et comme conclusion dernière, un vœu :

Avec tant d'autres lutteurs de la cause antialcoolique, nous demandons que les autorités, dûment informées des faits démontrant l'action efficace des restrictions en matière de la consommation de l'alcool, conscientes aussi de la ruine individuelle, sociale et financière que cause ce mal social, prennent enfin résolument les mesures reconnues efficaces seules pour arrêter la course à l'abîme qui est autrement le sort fatal de notre société.

« Aujourd'hui, il faut être initié pour comprendre le langage hermétique de la Faculté.

Je viens d'assister à une Conférence où l'orateur usa d'un jargon diabolique que les médecins eux mêmes, nombreux dans l'assistance, ne comprenaient pas.

Quantité de termes purement techniques ont laissé béante une partie de l'auditoire. Ce fut avec un sourire qu'on accueillit la « dyschésie » et « l'eccoprose ». Je me penchai à l'oreille de mon voisin qui me répondit dans la langue de Voltaire :

« Cela veut dire : constipation et diarrhée ».

(Maurice BOIGEY. — N'abusons pas des néologismes. *La Presse Médicale*, 23 mars 1935.)

Le Psychiatre dans la Cité

Par Jean LÉPINE

Doyen de la Faculté de médecine de Lyon,
Correspondant de l'Institut.

Honorer Magnan, ce n'est pas seulement récolter, dans le champ de la psychiatrie, les fruits de son labeur obstiné. Au temps où il écrivit ses premières études, dans l'ardeur d'une jeunesse qui se voyait concéder un domaine nouveau, ses contemporains et ses amis avaient soif d'apprendre, mais à leur curiosité se joignait un idéal.

L'évolution de la science, les progrès de la physiologie et de la médecine anatomo-clinique s'associaient dans leur esprit au mouvement de la pensée contemporaine. Le Second Empire finissant faisait rêver de liberté ou d'améliorations sociales les jeunes hommes qui avaient l'obscure prescience de ce que le pays attendait d'eux.

Désintéressés et enthousiastes ils avaient — quelles que fussent leurs aspirations politiques — le désir sincère d'être utiles, et ils le furent. Certains étaient des amis de Gambetta, d'autres suivirent des drapeaux différents, mais il suffit d'avoir connu quelques-uns d'entre eux pour se rendre compte de la flamme qui animait cette génération.

Sans faire lui-même de politique, Magnan tint sa place dans les conseils d'alors, par les avertissements sociologiques dont son œuvre est pleine. L'équipe dirigeante de notre pays eût sans doute gagné à méditer ses études sur la dégénérescence et la condamnation de l'alcoolisme.

Maintenant, sommes-nous à une heure où les avis d'un pathologiste du cerveau soient moins utiles ? Y a-t-il plus de raison dans la Cité, moins de dégénérescence, moins de toxiques, une santé morale plus fraîche ? Et dans le monde entier moins d'instincts de violence, moins d'utopies dangereuses ? Avons-nous l'impression d'entrer dans le domaine de la paix et de la justice ?

Jamais peut-être plus d'intelligence ne s'est dépensée pour le gouvernement des hommes, et peut-être jamais la somme de travail consacrée à cette tâche n'a-t-elle été supérieure. Et parmi les antagonismes déchaînés et impuissants on éprouve cruellement l'insécurité du lendemain. Pire encore : sur des problèmes jadis réglés par des lois économiques universellement admises, il n'y a plus ni certitude, ni unité de conception. En matière internationale il arrive que la figure du droit devienne indistincte, et que même les hommes de bonne volonté, en quête de paix, ne sachent plus où est le devoir.

Au moment où les progrès de la science dotent les civilisations de raffinements imprévus de la génération précédente, l'inconsistance morale d'une partie du monde oblige à se rappeler que d'autres époques de gloire et de prospérité ont été recouvertes, jusqu'à l'oubli, par les invasions dévastatrices de races rudimentairement cultivées. Tout est possible, de notre temps, même la disparition temporaire ou définitive de notre bien-être, de notre puissance artistique, de notre sentimentalité. Notre âme ne se reconnaît plus dans ce cahos.

Quele différence avec l'époque heureuse où Magnan était jeune ! Quelques idées simples, quelques « grands principes » orientaient l'activité sociale des hommes. Quand des événements imprévus apportaient la révélation d'une complexité plus grande, seuls les très grands esprits discernaient le présage, et quand ils n'avaient pas une vitalité très solide, ils en étaient frappés au point de ne pouvoir vivre, tel Prévost-Paradol.

Aujourd'hui les difficultés sont telles que l'on ne s'étonne plus de la faillite d'une idée. Le monde vit d'expédients, et il vit mal. Nul, même parmi ceux qui critiquent le plus les gouvernements, ne serait assez présomptueux pour croire que le programme auquel il a été jusqu'ici fidèle suffirait à toute éventualité. On n'a plus la même confiance dans les méthodes, et l'on use les hommes sous la critique avant de les avoir laissé donner leur mesure.

Jadis l'enthousiasme portait les programmes, comme ceux qui les défendaient. De vastes assemblées populaires acclamaient leurs chefs. Ce spectacle n'apparaît plus guère que dans les pays ou dans une pensée de dictature ou de monarchie. A l'égard de ses élus le peuple devient sceptique : il leur a tant demandé, ils lui ont tant consenti, que leur prestige a baissé.

Devant les grandes questions, aux heures graves que traverse la politique des Etats, on reproche aux élus de la démocratie de ne pas savoir toujours se déterminer au plus vite, ni pour le mieux. Ils souffrent de leur nombre : une foule ne peut pas vouloir, ou elle veut mal, sous une impulsion passionnée. Pour répondre à l'exigence instantanée d'un évènement dont la nouvelle vient de parvenir, pour discerner, vouloir et agir, il faut être très peu nombreux, ou même être seul.

Paul Valéry l'a dit excellemment : « La confusion mentale, qui est plus ou moins pathologique *dans le seul* est normale quand on est *plusieurs*. L'incohérence, les quiproquos, les coq-à-l'âne sont de règle. »

Mais le mal commun n'est pas dans la seule difficulté du gouvernement. Surtout la forme politique n'est pas en cause, ou plus exactement l'émiettement à l'infini de l'autorité est d'autant plus grave que l'esprit public est plus faible et que son niveau moral est moindre. Que le Parlement complique la tâche des ministres et rende parfois impossible l'exercice du pouvoir, d'accord. Mais la plupart de ses fautes tiennent à son origine Il ne peut échapper au désir permanent de se conserver une clientèle, et il ne saurait être brave devant l'électeur.

Celui-ci, moins discipliné que le britannique, plus latin dans la conception de ses rapports avec l'élu, se laisse volontiers glisser dans un égoïsme jouisseur. Dépositaire d'une parcelle du commandement de la France, il est exceptionnel que le citoyen fasse passer l'intérêt de tous avant le s'en. Il a obligé les parlementaires à être ses serviteurs dans la course effrénée aux emplois, aux faveurs et aux prébendes. Il fraude quand il le peut, il ne fait rien pour aider l'Etat dans la lutte contre les maladies sociales.

En dépit de l'optimisme officiel, jamais peut-être l'alcoolisme n'a été en France aussi répandu. Si l'on consomme moins de liqueurs à essence qu'avant la guerre, d'autres formes de boissons fortes sont apparues. La consommation du vin a augmenté dans des proportions excessives, avec l'appui des pouvoirs publics. Sous prétexte que l'absorption d'une quantité modérée de vin est salutaire, on a décrété qu'il était l'antidote de l'alcool, et, à la faveur de cette formule commode, les dyspepsies, les cirrhoses, les polynévrites, l'artériosclérose cérébrale, la confusion mentale alcoolique ont augmenté.

La guerre a conduit la femme à l'atelier pour des industries jusque-là masculines. L'ouvrière a appris à boire. La lutte contre la mortalité infantile ne peut oublier l'alcoolisme parmi les fléaux qu'elle combat.

Mais l'homme de notre temps et de notre pays, jusqu'au jour où des circonstances graves le révèlent à lui-même, est trop souvent un être mou, sans défense à l'égard de ses passions, capitulant d'avance devant ses tentations. Il aime boire, et trouver dans ce paradis artificiel l'oubli de ses soucis. Il refuse à son élu le droit de limiter ses possibilités de déchéance. Il appelle cela la liberté. Il est pour le moindre effort, il croit écarter de lui les périls en les oubliant.

Faiblesse dans la discipline de ses instincts, faiblesse dans la répression des infractions, inertie devant le recrutement incessant de l'armée du crime parmi une jeunesse sans direction, indulgence à l'égard de la malhonnêteté croissante des gens, voilà le mal dont mourrait le pays si on n'y prenait garde.

Certes, l'homme a une excuse. Il lui a fallu des siècles pour constituer les sociétés primitives, qui, Bergson l'a fait très justement remarquer, sont de toutes petites sociétés. A mesure que l'activité s'accroît et que le nombre des problèmes augmente, il faut que l'homme soit plus grand pour être à l'échelle de la société. La moyenne de nos concitoyens, la majorité des électeurs sont composées de tout petits hommes, soucieux de leurs intérêts immédiats, myopes quant aux problèmes généraux. A une époque où l'intelligence et les connaissances ne suffisent plus, et où le caractère devient le facteur le plus précieux et le plus rare, nous sommes entourés de débiles moraux. D'où le succès, en d'autres pays, des hommes de volonté et de rayonnement, et leur triomphe quand ils joignent au caractère l'intelligence et la mesure.

La crise actuelle de l'humanité ? Elle n'est ni purement économique, ni monétaire, ni technique, ni démographique uniquement. Elle est dans l'ordre artificiel créé par une morale médiocre, dans l'adultération des valeurs vraies par les instincts inférieurs. Sa gravité est moins dans ce qu'elle est aujourd'hui que dans ce qu'elle fait redouter. L'homme adulte est peu perfectible. Il faut une génération nouvelle pour que l'on pense différemment. Tout dépend donc de notre jeunesse, et des enseignements qu'elle reçoit. Si chez nous les maîtres de cette jeunesse le veulent, elle sera sauvée. Sinon, elle sera pire que ses parents. Trop souvent nous voyons ces maîtres invoquer leurs droits plus que leurs devoirs. Trop d'idéologie, à défaut d'idéal, dit encore Bergson.

Cependant l'éducation transforme les hérédités. Le monde est plein d'efforts parcellaires ou grégaires qui marquent la force d'une moralité supérieure sur la mentalité de groupes jeunes. Déjà chez nous le scoutisme redresse les tares des parents et trempe les volontés débiles. L'effort collectif, la peine volontairement consentie, l'entraînement sportif font reculer les maladies sociales.

Quand l'homme aura compris que la vie facile est une erreur qui se paie, que les gains automatiques sont stérilisants, que la ruse n'est pas le travail, que l'hygiène physique et morale est à elle seule une fortune, quand il aura retrouvé, comme le demandait un jour Gregorio Marañon « la noble et haute volonté de souffrir », l'humanité pourra espérer s'organiser dans la paix.

Mais jusque-là son existence demeurera incertaine et précaire. Tant qu'une collectivité est soumise à la seule loi du nombre, ses actes — nous ne le savons que trop — résultent surtout de l'addition d'intérêts privés ou de leur conflit. Elle a besoin de beaucoup de vertu,et il faut le désintéressement pour la conduire à la sagesse.

La sagesse, ce n'est, biologiquement parlant, certainement pas l'égalité, et ce n'est pas toujours la liberté. Ce peut être un ordre nouveau.

Déjà, les médecins interviennent, comme conseillers techniques de la nation, non seulement pour prévenir les maladies évitables, mais aussi pour déterminer les meilleures conditions du travail. On commence à les appeler pour éclairer l'orientation professionnelle. Ils sont — ou ils devraient être — consultés par les éducateurs publics.

Puissent nos Facultés comprendre le rôle social qui leur incombe et le succès qui les attend, en apprenant à leurs élèves qu'à côté des questions médicales il est des intérêts généraux qui, pour une part, dépendent de leurs conseils, et que l'honneur de notre profession est cette admirable superposition de devoirs qui, sans se nuire, commencent au patient et s'élèvent jusqu'au service de l'humanité.

A propos du pronostic dans l'œuvre de Magnan

Par le Docteur LOGRE

Médecin Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

C'est d'après la véracité du pronostic que, selon la remarque d'Hippocrate, le public apprécie surtout la valeur du médecin. Le profane, en principe, ne se sent pas le droit d'émettre un avis sur le diagnostic à porter ou le traitement à suivre. Mais la marche du mal, comparée à la prédiction du médecin, tombe sous le sens et peut se vérifier sans aptitude spéciale. Si donc on pardonne au médecin de n'être pas toujours thaumaturge, il doit, pour le moins, se montrer bon prophète.

Nous voulons indiquer ici que, si l'on juge l'œuvre psychiatrique de Magnan selon ce critère d'Hippocrate, elle apparaît de tout premier ordre.

On sait que le grand psychiatre allemand Kraepelin a fondé précisément sa classification des maladies mentales sur le pronostic ; il a tenté de ranger sous les mêmes rubriques, en les considérant volontiers comme des affections autonomes, les groupements de symptômes qui révéleraient leur commune nature par une commune évolution. Nous n'avons pas à faire ici la critique de cette méthode, essentiellement contestable, et qui, appliquée en médecine générale, aurait abouti, sans aucun doute, à une classificationn toute différente de celle que la bactériologie a, sur tant de points, fixée avec une rigueur péremptoire ; car il s'en faut que les mêmes maladies, démontrées par la présence d'un même microbe, aient une évolution identique.

De l'enseignement kraepelinien il est résulté, dans une ou plusieurs générations médicales, certaines tendances d'esprit non dépourvues de quelque danger, si du moins on ne remédie pas à l'enseignement de Kraepelin par celui de Magnan.

C'est ainsi qu'on peut voir les états excitatifs ou dépressifs les plus variés tenus, uniformément et systématiquement, pour des manifestations épisodiques de la psychose intermittente : d'où la notion de récidive à peu près inévitable. Or, en fait, si les crises dépressives ou excitatives, survenant chez les jeunes, ont des chances sérieuses de se reproduire, selon un rythme impossible à prévoir dès le premier accès, il en va tout autrement de certaines crises excitatives et surtout dépressives, contemporaines de l'âge critique. Que de mélancolies, se déclarant au cours ou aux environs de la ménopause, n'ont pas eu de précédent et n'auront pas de réplique dans la vie du malade ! La même remarque vaut encore pour certaines crises d'excitation et surtout de dépression, apparaissant à la suite d'un choc émotif, infectieux ou traumatique. Les « mélancolies affectives » des anciens auteurs ont une origine occasionnelle prédominante, sur terrain sans doute prédisposé, mais aussi, dans bien des cas, sans tendance à la répétition spontanée. Citons encore les « troubles psychiques polymorphes » de Magnan, qui, bien que contenant maint élément excitatif et dépressif, ne récidivent pas nécessairement et sont loin de relever toujours d'une psychose intermittente, même atypique.

Mais c'est en ce qui concerne surtout la démence précoce, que l'entente pronostique, plus fine, plus nuancée, plus subtile, de Magnan, se montre supérieure à la prognose un peu lourde, systématique et rigide, du professeur allemand. Celui-ci, surtout « pathologiste », fondait sa doctrine sur une notion théorique, l'hypothèse d'une évolution univoque conduisant à isoler des entités morbides ; celui-là, surtout clinicien, fixait, de préférence, son attention sur les *modalités réactionnelles du terrain*, c'est-à-dire sur une donnée biologique positive.

Nous avons bien souvent constaté, lorsque le diagnostic de démence précoce est en cause, à quel point la doctrine kraepelinienne peut fausser le pronostic et entraîner des conséquences regrettables.

Voici, par exemple, un jeune sujet qui, depuis deux ou trois semaines, présente des troubles mentaux atypiques, avec excitation et dépression, anxiété, impulsivité, quelques idées délirantes, avec ou sans hallucinations, le tout peu cohérent, variable, assez contradictoire et, en un mot, « discordant ». Que d'élèves, et même de praticiens, devant ce tableau composite, sont irrésistiblement portés à invoquer le diagnostic, au moins prématuré, de « démence précoce ! » En fait, il s'agit souvent de ces « troubles psychiques polymorphes », si bien décrits par Magnan, et qui, sur terrain spécial dégénératif, ont coutume d'évoluer comme des « bouffées délirantes ». En tout cas, malgré les symptômes prétendus alarmants, et qui reproduisent, parfois même, une bonne part du syndrome catatonique, ces états « discordants », mais aussi « polymorphes », peuvent fort bien guérir entièrement, voire définitivement.

Mais hélas ! en méconnaissant la psychiatrie française traditionnelle, en oubliant Morel et Magnan, on s'expose, dans la pratique, aux pires mécomptes. On annonce inexactement, par exemple, à une famille éplorée, que le malade est atteint d'une affection grave, à évolution chronique et démentielle. Au chagrin légitime, dû à la situation réelle, on ajoute une affliction supplémentaire, et plus pénible encore, due à la gravité du pronostic. La chimère doctrinale a causé ainsi un dommage authentique. On conçoit que les parents et amis du malade sachent le plus mauvais gré au médecin d'une erreur si évidente de sa part et si douloureuse pour eux.

Notons qu'à l'heure présente, l'opinion psychiatrique générale tend à s'éloigner de la doctrine kraepelinienne, et à se rallier, dans une large mesure, aux idées de Magnan. Cette évolution s'est faite assez curieusement, de manière peu consciente et comme subreptice, par l'intermédiaire d'un nom nouveau : celui de « schizophrénie », qui tend à remplacer celui de démence précoce.

La schizophrénie, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, en Suisse notamment, rassemble des faits cliniques très nombreux, très disparates qui, à l'encontre de ceux que Kraepelin groupait sous l'étiquette de démence précoce, guérissent dans une proportion élevée (50 % des cas d'après certains auteurs). On a donc renoncé, avec évidence, au sombre pronostic de chronicité démentielle, qui justifiait théoriquement l'entité kraepelinienne.

Comment expliquer cette volte-face ? On a fait entrer, tout simplement, dans la schizophrénie, à côté des états proprement hébéphréniques, les troubles mentaux polymorphes et, sans doute aussi, quelques autres. A Kraepelin on a, de la sorte, adjoint Magnan, mais *sans le citer*. On a, par un tour de passe-passe, et sous le couvert d'une dénomination nouvelle, gardé l'œuvre sans rendre hommage à l'ouvrier. On a, inconsciemment ou non, subtilisé une part de la gloire qui lui est due et qu'il faut lui restituer.

Si le traitement de la schizophrénie donne aujourd'hui, sur-

tout en Suisse, tant de satisfactions, il ne faut pas se hâter de croire que, comme le pensent certains disciples de Bleuler, c'est parce que la thérapeutique psychiatrique a fait de grands progrès et que, grâce au traitement psychanalytique, elle est parvenue à guérir un cas sur deux de démence précoce. A notre avis, la vérité n'est pas là. Si la schizophrénie admet un pronostic mitigé, c'est parce que la perte de contact avec le réel est un caractère commun à un grand nombre d'états psychopathiques, et qu'il induit à réunir pêle-mêle, sous une même rubrique, des états incurables ou très peu curables comme l'hébéphrénie vraie, et des états curables tels que les troubles psychiques polymorphes. D'ailleurs, la psychanalyse, pour guérir, exige une longue série de mois : 6, 9, 12, ou davantage : or, c'est, comme par hasard, la durée évolutive des troubles psychiques polymorphes et des accès intermittents atypiques. Pour se croire ou se proclamer grand guérisseur, il n'est rien de tel que de mal faire son diagnostic, en surestimant la gravité du cas. On reprend, de la sorte, à son profit, le mécanisme habituel du miracle. Et, quand on est servi par ses erreurs mêmes, on peut s'attendre à un beau pourcentage de succès. Une vue plus exacte des choses inclinerait à dire, avec moins de prétention naïve ou habile : « Je le soignai, la nature le guérit. » Les enseignements de Magnan permettent, croyons-nous, à la fois, d'éviter de telles méprises, un peu ridicules, et d'atteindre, avec plus de science, à plus de modestie.

Il est un cas surtout, dans la pratique psychiatrique, où, comme nous le répétons volontiers, il faut « penser selon Magnan ». C'est lorsqu'on a l'occasion de soigner des *israélites*. Chez eux se rencontrent, de la façon la plus évidente et avec lune particulière fréquence, les états atypiques et polymorphes, les syndromes mal caractérisés qui, parfois en dépit de toutes les apparences, évoluent vers la guérison. A ces familles d'israélites, si affectifs, si facilement anxieux et hypocondriaques pour les leurs comme pour eux-mêmes, il faut épargner avec soin les sévérités pronostiques de Kraepelin et leur réserver l'optimisme relatif, plus humain, plus souple, et plus vrai, de l'incomparable clinicien que fut Magnan.

Le terrain organique de l'obsession

Par Raymond MALLET

Il a déjà été indiqué par Magnan. Dans ses travaux sur les *syndromes-épisodiques des héréditaires dégénérés*, où l'on trouve, à côté de la description du délire polymorphe, la première synthèse de ce qui est devenu avec Pierre Janet la *psychasthénie*, Magnan écrit : « Ce sont des troubles fonctionnels qui révèlent les modifications des différents centres de l'axe cérébro-spinal », et ailleurs il incrimine l' « éréthisme de ces centres ». Il ébauche ainsi la thèse qui s'affirme aujourd'hui de la libération dans l'obsession d'automatismes aux dépens des facultés de contrôle. Libération incomplète et consciente, qui ne se réalise d'une façon totale que chez le délirant, quand l' « autoconduction » (Toulouse et Mignard) se plie aux exigences de l' « automatisme » (G. de Clérambault) : il y a alors rupture de l'unité psychique, la conscience morbide (Blondel) entraîne une conceptualisation affective, d'où disparaissent les apports sociaux (Durkheim), les données collectives, médiates, en faveur des « données immédiates de la conscience » (Bergson). Trouble fonctionnel au début, qui finit par « créer la lésion » (Leriche), en l'espèce phénomènes de spasme vasculaire se produisant au niveau des terminaisons nerveuses et dans des zones d'association, d'où l'absence de signes de localisation.

Les perturbations d'ordre circulatoire sont d'ailleurs la règle chez l'obsédé, hypotension artérielle sur laquelle a insisté Crouzon, hypotension d'allure idiopathique (Lian), mauvaise circulation périphérique dont peuvent dépendre certaines sensations prurigineuses et causalgiques. Cette hypotension est elle-même tributaire, au moins en partie, de l'asthénie du tissu musculaire lisse, la « léiasthénie » de Loeper et Baumann, de la « dystrophie congénitale du tissu élastique » (Klippel), à quoi sont dues certaines manifestations digestives comme l'aérophagie et les anomalies du dynamisme intestinal, les ptoses viscérales, les hernies, les varices, toutes manifestations qu'on rencontre couramment chez l'obsédé.

Les signes de déséquilibre neuro-végétatif (Laignel-Lavastine) retiennent aussi l'attention, mais la schématisation qu'on a établie entre vagotoniques et sympathicotoniques est rare en clinique. De même il est difficile de déterminer une formule endocrinienne. Il s'agit d'un dysfonctionnement endocrino-végétatif variable suivant les malades. De récents travaux (Hallion, Perrin) tendent à démontrer que les perturbations hypophysaires ont un retentissement particulièrement marqué sur la cénesthésie. Or, celle-ci joue un rôle primordial, semble-t-il, dans la genèse des accidents obsédants, à tel point qu'on a publié, nous-même avec Mâle, Gouriou, Berlioz, des cas d'obsession cénesthésique, où la sensation remplace l'idée, ce sont les « cénestopathies » de Dupré, de même que des cas de délire cénesthésique, où les hallucinations, les interprétations sont polarisées autour d'une sensation.

Il en est du facteur humoral comme du facteur glandulaire, son rôle se précise à mesure que progresse la notion de l' « allergie ». Déjà, du seul point de vue symptomatologique on retient la fréquence des accidents d'intolérance (Tzanck) chez les obsédés dont certains présentent même alternativement des manifestations psychiques et des manifestations organiques, une poussée de dermatose survenant par exemple à titre d'équivalent d'un accès obsédant. Par ailleurs les examens de laboratoire montrent que chez l'anxieux l'alcalose est la règle (Laignel-Lavastine), de même que l'augmentation du potassium et l'abaissement du taux du calcium (Montassut et Delaville). Sans en tirer de conclusion nous rappellerons que le terrain cancéreux se caractérise aussi par le pH alcalin, l'abaissement du taux du Ca, et nous signalerons que réciproquement nous avons remarqué chez beaucoup de nos malades une tendance à la prolifération cellulaire cutanée : papillomes, nævi, multiples kératisations cicatricielles.

La constitution émotive (Dupré) est celle de l'obsédé ; il s'y ajoute souvent un facteur infectieux héréditaire, de nature syphilitique plutôt que tuberculeux, contrairement à ce qu'on rencontre dans la démence précoce.

Il ne saurait être question ici des perturbations organiques qui peuvent survenir au cours d'un accès obsédant, surtout s'il se prolonge, syndrome hépatique ou autre, ni de celles qui peuvent en être la cause occasionnelle, comme un accident infectieux. Nous ne retenons que les particularités du terrain organique, comme il y a les caractéristiques mentales de la psychasthénie. Et il nous paraît intéressant en conclusion de cet aperçu sur les premières de noter comme elles conditionnent les secondes.

« Si le psychasthénique est un hyperémotif, disions-nous ailleurs, s'il est timide, renfermé, impressionnable, scrupuleux, inquiet, c'est qu'il se tient toujours en quelque sorte sur la défensive : il a peur de ses réactions, et il a raison puisqu'il éprouve des réactions anormales. L'angoisse l'étreint au moindre choc, même qu'il soit agréable ; il a des réactions vaso-motrices désordonnées, rougeur de la face, pâleur, sueurs, refroidissement des extrémités, une acuité de sensation exagérée, sensation interne, cénesthésie, ou externe, sensorielle, des réflexes amplifiés, multipliés. Tous ces malaises physiques ont un retentissement mental : on les dit « fonctionnels » parce qu'ils ne s'accompagnent pas des signes objectifs auxquels d'habitude ils sont liés, la fonction paraît seule en cause, non l'organe. Parallèlement la fonction intellectuelle se trouble : des associations se créent entre le malaise physique et l'image mentale, des polarisations affectives déviées s'établissent, des automatismes s'installent, contre lesquels la volonté est impuissante. »

C'est dans ces impressions organo-psychiques, plus que dans quelque processus de refoulement, qu'il faut chercher l'origine de la plupart des obsessions, des phobies, de cette crainte de la folie notamment qui hante tout obsédé. Que le trouble fonctionnel avec sa charge anxieuse crée un état mental particulier qu'on ne rencontre pas dans le trouble organique, c'est un fait ; la réaction mentale dépend de la résistance de l'autoconduction, elle revêt le type obsédant ou le type délirant, et c'est seulement dans le thème idéatif qu'on peut faire intervenir les dispositions « affectives-actives » (Delmas et Boll), les traumas, sexuels ou autres.


CALMAG
CALMAG-NA

Les auras épileptiques psychiques

Par L. MARCHAND

Certains épileptiques sont prévenus de l'imminence de leurs crises, qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive, vertigineuse ou d'équivalents, par un trouble qui est généralement le même pour un même sujet. On a donné le nom d'aura, de signal-symptôme, d'avertissement à ce trouble prodromique, généralement de très courte durée, qui marque le début de l'accès. Pendant l'aura, le malade a encore toute sa lucidité et plus tard après la crise, quand il a repris connaissance, il garde le souvenir précis de ce qu'il a éprouvé.

Les auras sont des phénomènes nerveux à point de départ central qui peuvent se manifester par des troubles intéressant les fonctions physiologiques (auras viscérales), la motricité (auras motrices) ou les fonctions psychosensorielles et psychiques (auras psychiques).

Dans le groupe des auras psychiques il y aurait lieu de comprendre les auras qui ont pour point de départ les centres psycho-sensoriels et psychomoteurs. Les sensations perçues par le sujet ont en effet une origine centrale, ne répondant à aucun objet extérieur et sont par conséquent des hallucinations, hallucinations conscientes dont les malades reconnaissent les caractères subjectifs. Ces auras rentrent dans le cadre de l'hallucinose ; il s'agit de phénomènes hallucinosiques. Mais nous ne traiterons ici que des auras purement mentales qui se manifestent par des troubles de l'idéation avec secondairement des troubles du langage, par des troubles de la mémoire, de l'attention, de l'état affectif et nous citerons les principaux exemples que nous avons observés à notre consultation pour épileptiques à l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle. Cette forme d'avertissement ne se rencontre en moyenne que chez 5 % des comitiaux.

1° AURAS PORTANT SUR L'IDÉATION. Elles comprennent la suspension de la pensée, l'idée parasite, la fuite vertigineuse des idées.

Suspension de la pensée. C'est le trouble le plus fréquent. Le sujet a brusquement l'impression d'un vide cérébral. Si la crise survient pendant qu'il parle, il se tait pendant les quelques secondes que dure l'aura, il sait qu'il va avoir une crise mais il est incapable de parler, d'appeler. Certains entendent et comrpennent encore ce qu'on leur dit. Plus rarement, les malades peuvent encore parler, mais les mots qu'ils prononcent sont mal articulés, ou incompréhensibles et ils s'en rendent compte

L'aura peut consister en une scission entre la pensée, le langage intérieur et la motricité volontaire concernant la parole (1). Les sujets savent ce qu'ils veulent dire, voudraient pouvoir prévenir qu'ils vont avoir une crise et ils sont incapables de prononcer une parole.

Elle peut être représentée par une impulsion verbale ; le malade prononce involontairement des mots, généralement sans signification, qui n'ont aucun rapport avec sa pensée.

Si l'aura survient pendant que le malade lit ou écrit, la suspension de l'idéation entraîne généralement l'arrêt de la lecture ou de l'écriture. Nous avons cependant observé des sujets qui ont pu continuer à écrire pendant la phase de l'accès correspondant à l'aura. Dans tous ces cas, les lettres étaient devenues brusquement informes et l'écrit ne consistait plus qu'en un véritable gribouillage. Il y avait à la fois troubles de l'idéographie et du graphisme. Après la crise, les malades se souviennent de l'impossibilité où ils s'étaient trouvés d'écrire correctement soit parce qu'ils avaient perdu le sens des mots, soit parce qu'ils ne pouvaient plus diriger les mouvements de leur main. Dans l'exemple suivant, il s'agit d'un soldat atteint d'épilepsie qui eut un accès devant nous pendant qu'il recopiait un billet d'hôpital. Son écriture changea de forme brusquement (fig. 1) ; il écrivit, tout en suivant correctement la ligne, une succession de lettres hautes, irrégulières, aux jambages épais, dont l'assemblage ne semble avoir aucune signification ; puis il cassa le bec de sa plume en le frappant à coups répétés sur le papier ; il perdit connaissance et eut une crise convulsive classique. Quand il eut repris connaissance, nous lui avons montré son griffonnage et il se rappela qu'il avait voulu écrire : le médecin major, signé (on peut reconnaître en effet dans l'écriture l'esquisse des mots *major* et *signé*). Comme il ne pouvait arriver à tracer les lettres et à les assembler correctement, il crut que sa plume était mauvaise ; il eut un moment d'impatience et c'est alors qu'il cassa le bec de sa plume sur le papier. Il ne garda aucun souvenir de ce qui s'était passé ensuite.

L'aura peut consister en une simple diminution de l'attention avec ralentissement de l'activité cérébrale. Un de nos sujets entend ce qu'on lui a dit pendant le temps que dure l'aura, mais il ne comprend pas « comme si son esprit était ailleurs ». Les malades qui se livrent à un travail de couture ou de broderie se trompent dans leurs points.

L'idée parasite. C'est une forme d'aura que nous avons observée plusieurs fois. Une ou deux secondes avant de perdre connaissance, le sujet subit une idée qui n'a aucun rapport avec ses pensées du moment et qui cependant reste intégrée à sa personnalité puisqu'il en reconnaît l'absurdité. Il s'agit presque toujours d'une idée baroque. Un de nos sujets, employé dans une banque, pense à une « scène de lutteur de foire », un autre à la « résurrection des morts ». Parfois c'est une idée-souvenir qui surgit brusquement sans lien avec le contenu du langage intérieur, ou une idée vague d'éternité, d'infini. Chez certains sujets, l'idée parasite est reconnue comme telle, mais après la crise ils ne peuvent en rappeler le contenu.

La fuite vertigineuse des idées. Pick (1) en rapporte plusieurs exemples. Les sujets en quelques secondes conçoivent un grand nombre de représentations d'objets et le déroulement se fait automatiquement en dehors de leur volonté (pensées incoercibles). Après la crise, ils gardent le souvenir de ce trouble psychique, mais ils ne peuvent se rappeler le contenu des idées multiples. Toute fixation est impossible : elles ne laissent comme trace que le sentiment de l'automatisme absurde de l'esprit. » (Picard) (2).

Certains sujets se trouvent dans un état onirique ; ils ont conscience de rêver (dreamy state). Chez un de nos malades cet état s'accompagne de scènes terrifiantes.

2° *Auras portant sur la mémoire.* Le phénomène le plus commun est l'oubli des noms de personnes. Les malades sentent qu'ils vont avoir une crise et ne retrouvent plus le nom de ceux qu'ils veulent appeler à leur aide.

Nous n'avons jamais eu d'exemple d'hypermnésie. Huglings Jackson a signalé comme aura chez un de ses sujets une « réminiscence brusque et fugitive de quelques évènements importants antérieurs ». Ce rappel de souvenirs anciens peut porter sur les faits qui ont précédé le premier accès épileptique (Pacetti (3). On a observé aussi l'illusion de fausse reconnaissance ou impression de « déjà vu » (aura paramnésique) Huglings Jackson (4), Bernard-Leroy (5), Claude (6), Séglas (7). Les sujets ont l'impression qu'ils se sont déjà trouvés dans les mêmes circons-

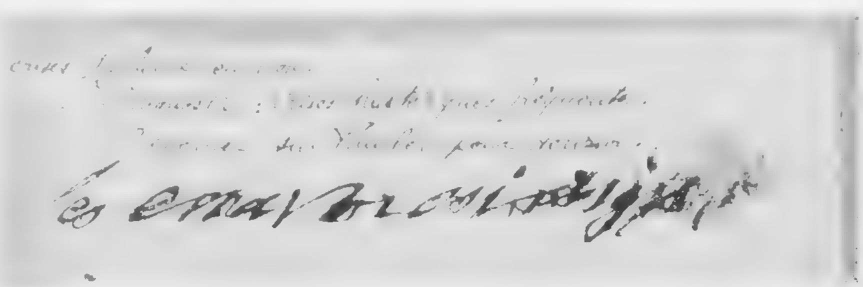


FIG. 1

(1) L. MARCHAND. — Les troubles du langage au cours des accidents épileptiques conscients et mnésiques. *Revue neurol.*, décembre 1932.

(1) A. PICK. — Etudes cliniques. Brain, 1903.
(2) J. PICARD. — Des actes automatiques de nature comitiale. Thèse de Paris, 1927.
(3) G. PACETTI. — Forme spéciale d'aura chez une épileptique. (*Riv. quinq. di psicho Psychi., neuro*, 15 mai 1897.
(4) HUGLINGS JACKSON. — On a particular variety of epilepsy (intellectual aura). Brain, t. XI, 1886, p. 179.
(5) Bernard LEROY. — L'illusion de fausse reconnaissance. Alcan, éd., 1898.
(6) CLAUDE. — Un cas d'aura paramnésique chez une épileptique. *Soc. Neurol.*, 7 février 1907.
(8) J. SEGLAS. — Crises de petit mal épileptique avec aura paramnésique. Illusion de fausse reconnaissance. *Revue neurol.*, 15 janv. 1907.

tances que celles dont ils sont témoins ; ils vivent une période qu'ils ont conscience d'avoir déjà vécue. L'impression est instantanée et comme le fait remarquer Séglas elle est généralement dépourvue d'un état émotionnel concomitant.

3° *Modifications de l'état affectif ; idées obsédantes.* Il s'agit tantôt d'un sentiment d'euphorie, tantôt d'un sentiment de tristesse (Maurice de Fleury) (1).

L'aura consistant en un sentiment de bien-être, de ravissement est plutôt rare.

L'exemple du romancier russe Dostoïewsky (2), épileptique depuis son enfance, est bien connu. Il a décrit ainsi l'aura de ses crises : « Pendant quelques insants je ressens un sentiment de bonheur que je n'éprouve jamais dans mon état normal et dont on ne peut se faire aucune idée. C'est une harmonie complète en moi et dans le monde entier, et ce sentiment est si doux, si fort, que, je vous l'assure, pour quelques secondes de cette félicité, on peut bien donner dix années de sa vie, voire sa vie toute entière. »... « Vous autres, gens bien portants, ne soupçonnez pas le bonheur que nous éprouvons, nous autres épileptiques, un moment avant l'accès. Mahomet, dans son Coran, affirme avoir vu le paradis dans une attaque épileptique, (car il en avait comme moi). Je ne sais si cet état bienheureux dure des secondes, des heures ou des mois, mais croyez-en ma parole, je ne le céderais pas pour toutes les joies de la terre » (3).

Trousseau (4) rapporte le cas d'un brésilien qui, pendant ses accès, trouvait que « tout ce qui l'entourait prenait un éclat inaccoutumé ; tout lui semblait plus beau et formait devant ses yeux un spectacle magique. »

Chez un malade de Magnan (5), cette phase expansive qui se produisait avant presque chaque crise, réveillait des prétentions matrimoniales les plus singulières ; quoique fort laid, il devenait d'une coquetterie excessive, ne doutant de rien, se montrant d'une témérité d'autant plus surprenante, qu'elle contrastait avec sa modestie, sa réserve et sa timidité habituelles. »

Une de nos épileptiques éprouve un contentement extrême en même temps qu'elle perçoit un goût aigu. Elle a le temps de prévenir son mari en disant : « j'ai le goût ». Dans certains cas il s'agit d'un sentiment d'optimisme, de plus grande force qui peut s'accompagner d'un accès de rire inextinguible.

D'autres sujets, et ce sont les plus nombreux, deviennent tristes, inquiets, subissant un sentiment de désespoir, d'anéantissement. Plusieurs de nos malades ont avant leurs crises l'impression de mort imminente. Chez certains, des idées mélancoliques, des idées de persécution s'imposent à leur esprit et peuvent entraîner l'impulsion au suicide. Un sujet observé par Latapie et Gier (6) avait avant ses crises une aura caractérisée par un délire de culpabilité avec idées de damnation dont il gardait le souvenir. Enfin l'aura peut consister en une anxiété sans motif, qui se produit spontanément, sans nulle pensée concomitante (de Clérambault), en une crainte indéfinissable, une terreur, une angoisse violente (Bechterew) (7), (Jackson) (8). Ces troubles entraînent un sentiment d'étrangeté très désagréable.

L'aura-phobie est fréquente. Généralement c'est toujours la même peur qui chez le même malade précède la crise (peur de tomber, peur de mourir, etc.). Un de nos malades avant chaque crise a peur de la guerre. Quelquefois la phobie n'est qu'une réminiscence de la circonstance pénible qui a coïncidé avec la première attaque. Chez notre malade c..., chaque crise est précédée d'une obsession interrogative : « Qu'est-ce qu'on fait sur la terre ? Qu'est-ce qui va m'arriver ? « Un autre a l'obsession du mot. Ces phobies, ces idées obsédantes s'accompagnent fréquemment d'idées de suicide, d'homicide, quelquefois d'incendie, mais le trouble mental a une durée trop courte pour que le sujet ait le temps d'accomplir des actes délictueux ou criminels. Chez un de nos sujets, le sentiment de frayeur sans motif est tel qu'il a l'idée de prendre un couteau pour se détruire mais il perd connaissance aussitôt.

Certains épileptiques avant leur crise éprouvent des impulsions conscientes momentanées (impulsions à marcher, à se sauver, à courir, à frapper, à voler, à exhiber leur organes génitaux, à dire des grossièretés, désirs sexuels). Les troubles du caractère (humeur querelleuse, crises de colère, etc.), la modification brusque des sentiments affectifs (répulsion pour les personnes ordinairement chères) sont fréquentes (Mercier) (1). Après les crises, les malades ont le regret de leur conduite qui n'est pas en rapport avec leurs tendances ou leur caractère habituel. Un malade de Féré (2) disait : « Je change de cœur ».

***

L'étude des auras épileptiques et surtout des auras psychiques présente un grand intérêt tant au point de vue du diagnostic et de l'évolution de l'épilepsie que de la pathogénie de la crise elle-même.

Chez certains sujets, les crises épileptiques ne se manifestent pendant longtemps que par l'aura, les crises convulsives ou vertigineuses ne surviennent que plus tard. En présence de ces troubles extrêmement fugaces, se montrant « sous des dehors tellement bénins, tellement inoffensifs » (Magnan) (3), survenant subitement et disparaissant de même, le diagnostic d'épilepsie devra être posé bien qu'il ne s'accompagne pas de perte de conscience et que le sujet garde un souvenir précis de ce qu'il a éprouvé.

Chez les sujets traités par le gardénal, fréquemment les grandes crises avortent et l'aura reste le seul phénomène paroxystiques. Cette modification dans la manifestation de l'épilepsie tout en indiquant l'action efficace du traitement montre également que le malade doit le continuer sans interruption.

L'aura fait partie de la crise épileptique ; elle en constitue le début. Elle ne doit pas être confondue avec les équivalents épileptiques qui sont généralement suivis d'amnésie et qui ont une plus longue durée. (Murat) (4).

Quand elle se produit à l'état isolé, qu'elle constitue un accès incomplet, elle ne doit pas être considérée comme une manifestation névropathique, comme un simple accident fonctionnel. On s'est en effet basé sur le fait que l'aura était généralement perçue par le sujet qui en garde le souvenir pour prétendre qu'elle était de nature différente de l'attaque convulsive (Aris) (5). L'aura est toujours un phénomène de nature épileptique. Si, sous l'influence du traitement, l'aura seule persiste, il suffit d'interrompre le traitement pour voir réapparaître les crises d'épilepsie. L'accès comitial ne se transforme jamais en un accident névropathique.

L'aura avec son caractère amnésique représente une forme de passage, un chaînon entre les accidents épileptiques inconscients et les accidents conscients. De nombreux accès épileptiques conscients et amnésiques ne sont que des auras prolongés et c'est pourquoi ils sont si fréquents chez certains sujets soumis au traitement par le gardénal. Il n'y a pas entre ces deux formes d'épilepsie une différence de nature mais une différence de degré.

Les auras épileptiques psychiques, plus que les autres formes d'auras, montrent que la crise d'épilepsie à son début peut être due à une perturbation extrêmement subtile du seul fonctionnement psychique. Les modifications intellectuelles délicates et variées par lesquelles elles se manifestent incitent à n'accepter qu'avec réserve les diverses théories actuelles concernant la physiopathologie des accidents épileptiques.

---

(1) M. de Fleury. — De quelques phénomènes d'excitation et de dépression mentale en relation avec l'attaque d'épilepsie. *Progrès médical* n° 10, 1900.

(2) L'épilepsie de Dostoiewsky. *Progrès médical*, 7 sept. 1918, p. 310.

(3) Cité par Briand et Iménitoff. *Soc. clin. méd. ment.* janv. 1914, p. 32.

(4) A. Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* t. 2, 1862, p. 23.

(5) V. Magnan. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. 2e éd., Paris, 1893, p. 5.

(6) Latapie et Gier. — Aura psychique dans l'épilepsie suivie de réactions mélancoliques. *Gaz. méd. de Nantes*, an XXIX, n° 11, 18 mars 1911, p. 201.

(7) De Betcherew. — Des attaques épileptiques et épileptoïdes revêtant la forme d'angoisse. *Neurol. Central.*, XVII, 1898.

(8) H. Jackson. — Remarks of systemic sensations in épilepsies *Brit. méd. Journ.*, t. I, 1874, p. 174.

(1) Mercier. — A case of epilepsy ; aura of true vertigo ; émotion of anger and remorse ; vague complex reminiscence ; right sided spasm ; family history. Barin, t. III, 1880-1881, p. 532.

(2) Ch. Féré. — L'instinct sexuel. Évolution et dissolution. Paris, Alcan, éd., 1899.

(3) Magnan. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2e éd., Paris, 1893, p. 3.

(4) F. Murat. — Des auras et des équivalents épileptiques sensoriels. Thèse de Paris, 1922.

(5) P. Aris. — Considérations cliniques sur la folie épileptique et particulièrement sur l'aura. Thèse de Paris, 1881.

Valeur comparée des différentes méthodes de neurotomie dans la névralgie faciale essentielle

Par le Prof. Agr. D. PETIT-DUTAILLIS

Le traitement chirurgical de la névralgie faciale dite essentielle a réalisé depuis une dizaine d'années de tels progrès techniques que l'intervention, actuellement, est devenue, entre les mains du spécialiste, d'une remarquable bénignité et que le danger, hier encore si redouté, de la kératite post-opératoire tend à devenir exceptionnel.

I. *Progrès réalisés dans la neurotomie rétro-gassérienne* (par voie temporale). Pour comprendre la raison de ces progrès il n'est que de jeter un rapide regard sur les étapes parcourues. La résection du ganglion de Gasser proposée et pratiquée pour la première fois en 1894 par Frazier et par Hartley avait été une erreur autant pathogénique que thérapeutique : les risques opératoires restaient considérables et la kératite s'avérait d'une extrême fréquence après l'opération. Une étape décisive fut franchie le jour où Spiller eut l'idée de substituer à la gassérectomie, la *section totale* de la racine sensitive en arrière du ganglion. Les premières tentatives comportèrent une lourde mortalité et ce n'est qu'en 1901 que Frazier réussit la première intervention de ce genre. Puis, sous l'impulsion de Frazier de H. Cushing, d'Adson, la technique se précisa, si bien qu'en l'état actuel la mortalité de la neurotomie rétro-gassérienne a baissé au point de devenir sensiblement nulle (1 mort sur 377 cas, Frazier). En France, de Martel, Robnineau, Leriche ont pu faire état de séries opératoires importantes portant sur une cinquantaine ou une centaine de cas, sans mort opératoire.

Si la mortalité était devenue négligeable, les résultats éloignés laissaient à désirer. Ils laissaient à désirer pour plusieurs raisons : la première, essentielle, était la fréquence encore énorme de la kératite post-opératoire. E. Hartmann, dans une thèse qui a fait époque, analysant en 1924 les statistiques de Robineau et de de Martel, trouvait une proportion de 44 p. 100 de kératites, pour la plupart bénignes, mais pouvant aboutir, faute de soins suffisamment précoces, à la perte de la vision et même de l'œil. Grant revoyant les opérés de Frazier accusait une proportion de 31 p. 100.

On s'efforça alors de ménager le plus possible le ganglion de Gasser au cours de la découverte de la racine, de ménager aussi le grand nerf pétreux vecteur des filets sécréteurs de la glande lacrymale pour éviter toute atteinte du centre trophique ainsi que la siccité de la cornée, facteurs considérés comme essentiels dans la pathogénie de la kératite. La perte de la sensibilité cornéenne n'exposait pas moins la cornée aux micro-traumatismes. On parvenait à les prévenir par l'usage de lunettes hermétiques, mais le malade venait-il par mégarde à les abandonner, la kératite traumatique le menaçait aussitôt et cela à plusieurs années de distance.

C'est alors que Frazier eut l'idée de substituer à la neurotomie rétro-gassérienne *totale*, la neurotomie *partielle*, espérant, par la conservation de la sensibilité cornéenne, supprimer tout danger de kératite. Se basant en effet sur des recherches anatomiques et embryologiques, il en était arrivé à conclure que la racine du trijumeau est divisée en trois portions répondant aux trois branches périphériques du nerf et que pour supprimer les crises, il suffit de couper la partie de la racine répondant au territoire initial de l'algie. Après avoir dès 1925 publié ses 25 premiers cas, il en arriva à étendre considérablement les indications de la méthode.

La neurotomie partielle par voie temporale a fait depuis lors l'objet de nombreux travaux. Contrairement à toute attente, les chances de récidives, après section partielle de la racine, se sont avérées minimes (5 p. 100). Aussi cette méthode est-elle devenue actuellement la méthode de choix, quelle que soit la voie que l'on emploie.

La neurotomie partielle par voie temporale a-t-elle cependant répondu à toutes les promesses qu'en espérait son auteur ? Frazier prétendait écarter tout danger de kétatite, il prétendait aussi, dans les cas où l'algie est limitée au territoire du maxillaire supérieur, pouvoir ménager sans inconvénient les fibres destinées au maxillaire inférieur et conserver la sensibilité buccale et linguale. Les résultats à cet égard ont quelque peu démenti son attente. André Sicard, dans sa remarquable thèse, ayant revu 55 malades opérés par Robineau de neurotomie partielle par voie temporale a montré que le danger de la kératite après neurotomie partielle était considérablement atténué, mais qu'il n'était cependant pas absolument supprimé. On peut voir survenir cette complication dans 5 p. 100 des cas. Il s'agit sans doute le plus souvent de kératites légères et curables. Le malade n'en est pas moins contraint par prudence au port de lunettes hermétiques pour éviter tout ennui. André Sicard a observé, d'autre part, que les troubles de la sensibilité sont loin de répondre à la topographie radiculaire si précise qu'annonçait Frazier. Il en donna la raison en montrant que les fibres de la racine ont une disposition variable, qu'il arriva à schématiser en trois types. Quel que soit le type anatomique, la disposition des fibres est telle que les différentes parties du ganglion de Gasser reçoivent indifféremment des fibres pouvant venir à la fois du bord interne, du bord externe ou de la partie moyenne de la racine. Dans les cas les plus fréquents où la section porte sur les 3/4 ou les 4/5 externes de la racine, on observe toujours une intégrité du territoire ophtalmique avec conservation du réflexe cornéen. Au niveau du maxillaire supérieur les troubles sont variables : anesthésie complète, parfois hypoesthésie sur tout le territoire, parfois persistance de la sensibilité en certaines zones, alternant avec une anesthésie en d'autres. Au niveau du maxillaire inférieur, par contre, on note le plus souvent une anesthésie globale portant autant sur le territoire cutané que sur le territoire muqueux : au niveau de la langue, du vestibule buccal, la sensibilité est presque toujours abolie à tous les modes. Cette anesthésie des muqueuses persiste le plus souvent sans changement par la suite alors que les troubles de la sensibilité cutanée ont tendance à régresser.

La neurotomie partielle telle que la pratiquent actuellement la plupart des neuros chirurgiens ne met donc pas le malade absolument à l'abri de la kératite... La neurotomie partielle enfin pratiqué immédiatement en arrière du ganglion, laisse presque toujours une anesthésie globale de la langue et de la muqueuse buccale. C'est à ce prix qu'on obtient la guérison de l'algie. Or, ce dernier inconvénient n'est pas négligeable. Du fait de cette anesthésie, le malade ne peut plus contrôler la mastication ni la formation du bol alimentaire. Il est exposé à se mordre la muqueuse buccale ou la langue en mangeant. Il en arrive à ne plus mastiquer que du côté sain. Cette anesthésie expose, en outre, aux fermentations des particules alimentaires stagnantes du côté opéré. On peut dire que la conservation de la racine motrice devient presqu'un luxe en l'occurrence. De fait, il n'est pas toujours possible de bien avoir la racine motrice et partant de la respecter au cours de l'intervention. Il est arrivé aux plus habiles de la sacrifier sans le vouloir. Il s'ensuit une asymétrie faciale des plus disgracieuses.

Par la neurotomie partielle classique nous arrivons cependant à guérir le malade de sa névralgie avec des chances de récidives négligeables, avec une mortalité opératoire à peu près nulle et ce progrès paraissait tellement remarquable qu'il semblait que l'on ne pût espérer mieux.

Nous n'échappons pas cependant à cette règle qui veut que plus une opération augmente ses possibilités, plus les opérés deviennent exigeants. Ainsi en est-il de nos algiques. Il en est plusieurs qui nous reprochaient de leur avoir laissé de façon définitive cette anesthésie absolue qui donne l'impression d'hémiface en bois et qui les exposait à se blesser la langue ou la joue en mangeant. Combien plus humiliantes pour nous pouvainet être leurs plaintes si par malheur une kératite survenait.

II. *La neurotomie juxta-protubérantielle et ses résultats.*

C'est ainsi que nous avons été amenés à nous familiariser personnellement depuis six ans avec une autre méthode, venue des Etats-Unis et dont Dandy peut revendiquer à bon droit la paternité : la *neurotomie juxta-protubérantielle.* C'est en 1925 que Dandy publia son premier cas. Il avait été tenté d'aborder la racine par voie postérieure, trans-durale, et de la sectionner au voisinage même de son émergence de la protubérance, espérant ainsi, en épargnant tout dommage au ganglion de Gasser, éviter sûrement la kératite. Dès 1929, il apportait une première série de 88 cas. En 1932, il faisait état de 250 cas opérés de cette façon.

Or cette méthode, à l'usage, s'est révélée capable, non seulement d'éviter à peu près sûrement la kératite, mais encore de présenter sur la neurotomie rétro-gassérienne classique une série d'autres avantages, à savoir : 1° réduction considérable des troubles de la sensibilité objective et subjective après section partielle, au point que ces troubles sont souvent négligeables ; 2° possibilité d'épargner rigoureusement la racine motrice dans tous les cas ; 3° enfin, la voie préconisée par Dandy permet de

découvrir parfois une tumeur du récessus latéral dont la névralgie était le seul signe révélateur.

En quoi consiste l'opération de Dandy ? Elle consiste à aborder le nerf, non plus par voie temporale, mais par voie postérieure. Après trépanation de la fosse cérébelleuse du côté de la névralgie, et ouverture de la dure-mère, on ponctionne la citerne postérieure, ce qui permet d'écarter progressivement et sans danger le lobe latéral du cervelet. Après avoir ponctionné la citerne latérale on repère l'auditif et le facial et plus profondément, au-dessus de ces deux nerfs, on arrive sur la grosse racine de la cinquième paire. Le seul obstacle anatomique à vaincre pour accéder à la racine du trijumeau est une petite veine fort gênante (veine cérébelleuse antérieure et inférieure des classiques, veine pétreuse de Dandy) qui croise la direction du nerf pour se jeter dans le sinus pétreux supérieur. Cette veine, tantôt unique, tantôt double, est de situation variable. Tantôt elle barre franchement la route et il faut la sectionner, tantôt elle est reportée ou très en dehors ou très bas. Dans ce cas, on peut arriver à sectionner le nerf sans s'occuper de l'hémostase de la veine. L'hémostase de cette veine, quand elle barre la route,est capitale, car si on manque cette hémostase, si la veinule vient à se rompre, tout le champ opératoire s'obscurcit, on tamponne un peu à l'aveugle et ce tamponnement peut être cause d'une atteinte du VII ou du VIII, la partie intra-crânienne de ces racines étant d'une extrême susceptibilité. Une paralysie faciale et une surdité unilatérale peuvent être la rançon de cette faute opératoire. Au début, cette hémostase de la veine pétreuse, par sa difficulté, nous a rendu très timide dans l'emploi de la méthode de Dandy. Depuis que nous usons de l'électro-coagulation ce temps capital de l'opération est devenu d'une grande simplicité. Jamais nous n'avons à redouter d'hémorragie ennuyeuse de la veine pétreuse au cours de cette intervention.

Nous n'insisterons pas ici sur les autres points de la technique. Ce ne sont d'ailleurs que des points de détail. Les autres difficultés à vaincre sont tout à fait minimes et ne sauraient entrer en ligne de compte pour comparer les difficultés de la neurotomie juxta-protubérantielle à celles de la neurotomie rétro-gassérienne classique.

On peut dire qu'une fois la veine pétreuse coagulée et sectionnée, il n'y a plus qu'à couper la racine. On a, en effet, à ce moment, un jour très satisfaisant sur cette racine. On voit infiniment mieux ce que l'on fait que par voie temporale. Ayant personnellement la pratique des deux méthodes j'en suis arrivé à préférer la voie postérieure du point de vue technique, à cause de l'aisance dans les manœuvres qu'elle permet au moment essentiel de la section du nerf.

La section de la racine se fait par cette voie, à 2,5 cm. environ en arrière du point où elle est pratiquée quand on utilise la voie temporale. La racine motrice, en cet endroit, est en dedans de la racine sensitive, nettement séparée de celle-ci par un léger espace. Même au cas de section totale de la racine sensitive, la racine motrice, bien qu'on ne la voie pas au cours de la section, ne risque rien. Elle est toujours respectée, ce qui est loin d'être toujours le cas par voie temporale quel que soit l'entraînement technique de l'opérateur.

Résultats de la neurotomie juxta-protubérantielle.

On pourrait croire, au premier abord, que cette méthode qui consiste à aborder la racine, non plus par voie extra-durale comme pour la neurotomie habituelle, mais par voie transdurale, n'est pas exempte de dangers et que la mortalité en est nettement supérieure à celle de l'autre méthode. C'est en réalité affaire d'entraînement technique. C'est ainsi que Dandy, sur ses 88 premiers cas, comptait 4 morts opératoires dont 2 imputables à l'intervention, alors que dans une dernière série de 150 cas il ne comptait plus une seule mort. Nous-même, sur 37 opérations par voie postérieure, nous comptons deux morts. Un de ces malades est mort de gangrène pulmonaire au quinzième jour, alors que la plaie opératoire était guérie et qu'il ne présentait aucune séquelle neurologique. Il s'agissait d'un ancien gazé de guerre, aux poumons fragiles. On ne saurait porter un pareil cas au passif de l'opération. L'autre mort est seule imputable à la voie postérieure. Il s'agissait d'une malade pléthorique, à cou court, dont la respiration avait été défectueuse durant toute l'opération. A l'ouverture de la dure-mère le cervelet faisait protrusion du fait de la seule stase veineuse comme la vérifié l'autopsie. La malade est tombée dans le coma sans que nous ayons même tenté de récliner le cervelet.

Cette protrusion du cervelet, chez certains malades, est le seul danger réel à craindre. On peut le prévoir dès le début de l'anesthésie et l'on doit renoncer à la voie postérieure toutes les fois que le malade présente de la gêne respiratoire. C'est la règle de conduite que nous nous sommes imposée depuis que nous avons eu à déplorer cet accident.

Dans un autre cas, il nous a été impossible de récliner le cervelet, non parce qu'il faisait hernie, mais en raison du développement anormal du lobe latéral de l'organe, qui présentait de outre une forme globuleuse, empêchant d'avoir accès facilement dans la profondeur. Nous en avons été quitte pour opérer le malade quelques jours plus tard par voie temporale avec succès. Ce développement anormal du cervelet peut être prévu par la radiographie du crâne avant l'intervention. C'est encore un écueil qu'à l'avenir il sera facile d'éviter. Mais cette technique délicate n'expose-t-elle pas le malade à des séquelles neurologiques particulières ? Le fait de récliner le lobe latéral du cervelet pour accéder au nerf n'offre aucun inconvénient, à condition de prendre les précautions voulues. Nous n'avons jamais observé le moindre trouble cérébelleux chez nos opérés.Les seules séquelles à craindre sont une atteinte de la septième ou de la huitième paire. Nous avons eu à déplorer une paralysie faciale et une surdité homolatérale chez un de nos malades, une légère hypoacousie chez un autre. Un troisième a présenté une diplopie transitoire. C'était au début de notre pratique de cette opération. Depuis que nous sommes entraînés à cette technique nouvelle nous n'avons jamais eu à noter d'incident semblable. Ce sont là, nous l'estimons, accidents parfaitement évitables actuellement. C'est un danger pratiquement négligeable.

Quant aux avantages que Dandy reconnaît à son opération ils ne sont pas niables : *les troubles de la sensibilité* après neurotomie juxta-protubérantielle sont en général *remarquablement discrets*. Sans vouloir insister sur le détail de ces troubles que nous avons étudiés ailleurs et que Deparis vient d'examiner à fond dans son excellente thèse, il ressort de l'analyse attentive des observations, qu'après les sections partielles (comportant la section partielle des 3/4 externes de la racine) :

1° *Les troubles de la sensibilité cutanés* sont minimes variables, imprévisibles, nullement en rapport avec le degré de la section opératoire. Dans quelques cas tout se réduit à une simple hypoesthésie tactile. En d'autres on ne note que quelques erreurs au chaud et au froid en une petite zone temporale ou péri-orale. Chez les malades antérieurement soumis à des injections neurolytiques ces troubles sont plus accusés (Deparis) dans la zone du nerf primitivement injecté et prédominent toujours sur le maxillaire inférieur. Il y aurait donc intérêt, pour que l'opération puisse donner son résultat optimum, à confier d'emblée le malade au chirurgien sans le soumettre aux injections d'alcool préalables.

2° *Les troubles de la sensibilité des muqueuses* peuvent manquer complètement. Quand ils existent ils portent presque toujours et uniquement sur les muqueuses buccales et surtout linguale. Il s'agit en général de simple hypoesthésie tactile, douloureuse ou thermique, souvent dissociée. L'anesthésie des muqueuses est exceptionnelle. Ces troubles ont une tendance très nette à régresser après l'opération. Ils sont toujours très légers, bien que décelables à l'examen neurologique. Ils n'occasionnent en tout cas aucune gêne fonctionnelle notable et les malades ne s'en plaignent pas.

Ainsi donc les faits prouvent que la neurotomie faite à l'émergence de la racine de la protubérance donne des résultats notablement différents que la même neurotomie faite immédiatement en arrière du ganglion de Gasser. Cette différence très nette sur laquelle a longuement insisté Dandy, nous n'avons pu, avec le Professeur Baudouin, avec Deparis, que la confirmer. Et pourtant les chances de récidives après neurotomie partielle ne semblent pas plus grandes pour le malade, d'après ce que nous avons observé jusqu'ici. Dandy croyait pouvoir conclure de ces faits que la neurotomie partielle faite devant la protubérance agit à la manière d'une cordotomie, comme si les fibres douloureuses et thermiques se trouvaient rassemblées en ce point dans la partie inféro-externe de la racine. Cette hypothèse est peu en rapport avec le caractère éminemment variable des troubles de la sensibilité d'un opéré à l'autre. Il semble plus plausible d'admettre qu'au niveau de l'émergence de la racine, les fibres destinées aux trois branches sont beaucoup plus intriquées qu'au voisinage du ganglion. Une section partielle faite en ce point intéresse partiellement la totalité des fibres destinées aux trois branches du trijumeau, d'où le caractère très discret des troubles de la sensibilité après la section. Il suffit comme dans une cordotomie d'interrompre partiellement les conducteurs douloureux d'un territoire pour obtenir le soulagement de l'algie.

Le gros avantage de la neurotomie juxta-protubérantielle sur la neurotomie rétro-gassérienne classique est d'exposer très peu le malade à la kératite post-opératoire. Ce danger pour Dandy serait complètement supprimé par cette intervention. D'après

notre expérience c'est peut-être là une opinion trop optimiste et il nous faudra attendre que se multiplient les opérations de ce genre pour que ce fait essentiel trouve une confirmation définitive, mais d'ores et déjà on peut considérer que la kératite est exceptionnelle après la neurotomie juxta-protubérantielle. Pour apprécier sa fréquence il importe de bien distinguer les cas où l'opération a permis de vérifier le diagnostic de névralgie essentielle, c'est-à-dire de ceux où l'on n'a pu découvrir aucune lésion objective du nerf ou des organes voisins, des cas où l'on a trouvé à l'intervention, soit une arachnoïdite, soit une tumeur pouvant à elle seule conditionner la névralgie. Dans ces derniers cas, l'intervention, beaucoup plus complexe du fait de l'exérèse de la tumeur combinée à la neurotomie, a pu occasionner, comme dans un de nos cas (extirpation complète d'une petite tumeur de la huitième paire), des lésions inévitables du facial, de l'auditif et de l'intermédiaire de Wrisberg. On expose alors le malade à la lagoptalmie autant qu'à la siccité du globe par atteinte des filets sécréteurs des larmes, inclus à ce niveau dans la racine du facial, et ce sont là autant de facteurs prédisposants à la kératite. C'est ainsi que sur 5 cas de ce genre nous avons eu à déplorer une kératite post-opératoire.

Pour les cas typiques, sans lésions associées et comportant comme seul acte opératoire la neurotomie de la cinquième paire, le danger de kératite semble à peu près nul. Nous venons d'en observer cependant un exemple après une section totale. Nous n'en avons par contre jamais observé jusqu'ici après nos neurotomies quand celles-ci sont restées partielles. La section totale, quelle que soit la voie employée, exposera toujours plus ou moins les malades à la kératite, surtout à la kératite traumatique. Celle-ci sera d'autant plus à craindre, comme y ont insisté depuis longtemps les auteurs, que l'anesthésie cornéenne sera plus complète après l'intervention.

La neurotomie juxta-protubérantielle offre un autre intérêt d'ordre plus général. A la suite des travaux de Sicard et de ses élèves on avait cru pouvoir établir cette loi que les névralgies symptomatiques se différenciaient de la névralgie essentielle par leur caractère de douleur à type continu. Les constatations opératoires faites depuis les premières tentatives de neurotomie par voie postérieure ont démontré que cette loi se trouvait souvent en défaut. Le syndrome clinique de la névralgie dite essentielle peut parfaitement répondre à une tumeur ou à une arachnoïdite du récessus latéral. De pareilles lésions, à leur début, peuvent se manifester durant longtemps par des douleurs évoluant par crises paroxystiques, entrecoupées de périodes d'accalmie complète, et ces crises douloureuses sont aussi heureusement influencées par les injections d'alcool faites dans les branches périphériques du nerf que le sont les crises de la névralgie essentielle. Nous en avons observé plusieurs exemples. L'opération faite par voie postérieure nous met donc à même de pouvoir extirper complètement avec succès certaines tumeurs du récessus latéral parce que vues à un stade extrêmement précoce. C'est ce que nous avons pu faire chez deux de nos malades.

Arrivés au terme de cette rapide étude comparative entre les deux méthodes de neurotomie, nous voyons que la neurotomie juxta-protubérantielle présente, quant aux résultats qu'elle permet d'obtenir, une supériorité indiscutable sur la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale. Est-ce à dire qu'elle doive détrôner la dernière ? Nous ne le pensons pas pour le moment, faute d'une expérience suffisante. Il est possible qu'avec l'entraînement technique, nous arrivions plus tard à la préférer systématiquement, comme Dandy, à la méthode classique. Pour le moment, nous nous bornons à la réserver à des cas déterminés, en en pesant les indications. Nous la refusons aux sujets pléthoriques à respiration défectueuse, aux obèses à cou court, à ceux qui semblent présenter un cervelet trop globuleux de par la conformation du crâne (contre-indications rares). Nous la refusons aussi aux sujets trop âgés et à ceux dont l'état général est trop précaire. Dans tous ces cas nous préférons encore, par prudence, recourir à la voie temporale. Jusqu'ici nous considérons que ces contre-indications ne répondent pas à plus de 25 ou 30 p. 100 des cas. Quelles que soient par ailleurs les préférences de chacun nous estimons que la neurotomie juxta-protubérantielle reconnaît des indications impérieuses dans deux circonstances : 1° la *névralgie bilatérale*. Nous en comptons deux cas dans notre série. Ces deux malades sont guéris de leur névralgie sans aucune gêne fonctionnelle, alors qu'il en eût été tout autrement si la section avait été faite par voie temporale ; 2° Les *névralgies à point de départ ophtalmique*. Ce sont les cas où une neurotomie partielle interne ou une neurotomie totale faite par voie temporale exposent le plus les malades à la kératite, alors que par voie postérieure ce danger est réduit au minimum.

Telles sont les conclusions auxquelles notre expérience actuelle nous conduit. Il ne faut pas se dissimuler toutefois que la méthode de Dandy est de technique plus délicate que la neurotomie par voie temporale. Elle exige un très bon outillage, un appareil à électrocoagulation approprié et une réelle habitude de la neuro-chirurgie. Il serait incontestablement dangereux d'en conseiller l'essai à ceux qui n'ont pas acquis les disciplines nécessaires. Il n'en est pas moins vrai, qu'entre des mains qualifiées, cette opération est celle qui donne les meilleurs résultats dans le traitement de la névralgie du trijumeau. Ce qui ne veut pas dire qu'elle soit toujours applicable. La voie temporale conserve ses indications dans un certain nombre de cas. Bien loin de s'opposer, les deux méthodes se complètent et il nous a paru intéressant dans ce court exposé, de faire ressortir aux yeux du lecteur les avantages et les inconvénients respectifs de chacun de ces procédés et de montrer ainsi les possibilités actuelles de la chirurgie dans le traitement de la névralgie faciale L'excellence des résultats obtenus, la bénignité de l'opération, doivent inciter de plus en plus les médecins à la conseiller en toute confiance.

Maladie de Basedow familiale

Par le Prof. Agr. Daniel PETIT DUTAILLIS
et Noël PÉRON

La maladie de Basedow est une affection qui peut revêtir le caractère familial ; les observations n'en sont pas d'ailleurs très nombreuses et souvent le syndrome clinique est fruste chez un ou plusieurs sujets. Paul Sainton a justement insisté sur l'intérêt de ces cas familiaux, souvent héréditaires. Schulman dans sa thèse sur le goitre exophtalmique syphilitique en a rapporté un certain nombre de cas.

Il nous semble d'ailleurs qu'en matière de pathologie endocrinienne, il puisse exister une influence héréditaire ou familiale en dehors de l'infection syphilitique, surtout en ce qui concerne le goitre exophtalmique dont l'étiologie réelle est loin d'être élucidée.

Nous voudrions rapporter les observations de trois malades, trois sœurs qui ont présenté vers la même période de leur existence, une maladie de Basedow tout à fait typique, à type de goitre exophtalmique chez deux d'entre elles, à type de goitre basedowifié chez la troisième.

Nous avons pu suivre personnellement l'une des trois malades et grâce à l'obligeance du Professeur Smidt et du Docteur Thölen (de Brême) que nous ne saurions trop remercier, nous avons pu réunir les observations des deux autres malades suivies et opérées par eux à Brême (Allemagne).

Ces trois observations peuvent être incomplètes sur certains points, étant donné les conditions d'examen, elles nous paraissent cependant suffisamment caractéristiques pour mériter d'être rapportées.

Observation I. — Mademoiselle J., âgée de 29 ans, originaire de la province du Hanovre (Allemagne) a été vue par l'un de nous en septembre 1933. Elle présente un goître exophtalmique absolument typique. Le goître est peu volumineux, assez ferme de consistance. Il existe une exophtalmie manifeste mais modérée à cette époque. Le pouls bat à 96, après repos. Les troubles cliniques ont débuté vers 1930, époque où le goître, la tachycardie et le tremblement ont été constatés.

Les modifications des signes généraux sont d'apparition plus récente : amaigrissement de 11 kilogs dans les derniers mois, avec par périodes, troubles intestinaux marqués. Il n'existe aucun stigmate de syphilis héréditaire chez cette jeune femme bien constituée. La réaction de Bordet Wassermann est négative dans le sérum sanguin. Il n'existe aucun trouble ovarien.

Le poids de 57 kilogs 300 pour une taille de 1 m. 60.

Un traitement iodé à faible dose est institué : le repos est conseillé à la malade, car les symptômes cliniques de maladie de Basedow rapidement constitués doivent faire penser à une forme sévère, nécessitant un acte chirurgical prochain : le métabolisme basal pratiqué quelques jours plus tard le montre augmenté de 65 %.

En quelques semaines nous assistons à une poussée d'hyperthyroïdie dans sa forme la plus sévère : amaigrissement de plus de 3 kilogs en un mois, malgré le repos complet, apparition de troubles cardiaques importants à forme de tachycardie considérable, exagérée encore par l'examen, troubles intestinaux à forme de diarrhée.

Le 18 octobre 1933 la malade est dans un état très médiocre : très amaigrie, elle accuse des phénomènes parétiques diffus des membres inférieurs. L'intervention chirurgicale est décidée. Elle est pratiquée en deux temps.

1er temps le 23 novembre 1933. — Hémithyroïdectomie droite. Incision en demi-cravate droite au bistouri électrique. Ligature des deux pédicules de l'artère thyoïdienne supérieure qui est dédoublée, on extériorise facilement le lobe droit ; section au bistouri électrique. On fait une incision arciforme du lobe toujours à l'électrocoagulation en ménageant une quantité appréciable de la glande. Fermeture de la capsule au catgut des muscles de la peau. Petit drain.

Suites opératoires normales.

2e temps le 8 décembre 1933. — Hémithyroïdectomie gauche. Ablation large du lobe gauche en laissant une petite bande de tissu thyroïdien en arrière ; fermeture des muscles et de la peau. Petit drain sus sternal.

Evolution : Les suites opératoires ont été normales et l'état de la malade s'est transformé très rapidement.

Le 11 décembre 1933 . On constate une cicatrice satisfaisante. Le pouls bat à 92, régulier, le tremblement persiste atténué, l'exophtalmie a presque disparu au niveau de l'œil droit ; elle demeure inchangée au niveau de l'œil gauche qui reste saillant.

Le métabolisme basal pratiqué le 15 janvier 1934 montre une augmentation de 22 % au lieu de 65 % avant l'intervention.

Le 23 février 1934. L'état général est bon, (poids 62 kilogs) seule l'exophtalmie gauche persiste.

Dans le courant du mois de mai 1934, grâce à l'obligeance de M. le Docteur Justin Bezançon et Mme Schiff-Wertheimer un traitement par l'yohimbine est institué pour réduire l'exophtalmie unilatérale : ce traitement s'est d'ailleurs révélé inefficace sur la saillie du globe oculaire.

En octobre 1934 l'état général est bon malgré un léger amaigrissement. La malade regagne l'Allemagne, nous avons eu il y a quelques semaines des nouvelles satisfaisantes.

Notre malade est la troisième enfant d'une famille de 4 enfants (4 filles) dont les deux aînées ont été opérées de goitre exophtalmique, l'aînée en 1926, la seconde en 1933, la 4e sœur âgée de 18 ans est bien portante.

***

Observation II (due à l'obligeance du Docteur Tölken que nous remercions très vivement).

Mme S., habitant Brême (Allemagne) actuellement âgée de 35 ans, sœur aînée de notre malade, a été opérée par le Docteur Tölken en mai 1926 de thyroïdectomie ; âgée alors de 28 ans elle présentait depuis deux ans une tuméfaction thyroïdienne de l'excitabilité nerveuse, des battements cardiaques exagérés, des sueurs profuses.

L'examen révèle un goître volumineux intéressant les deux lobes, à caractère diffus avec distension du réseau veineux souscutané.

Il existe une tachycardie manifeste à 120 pulsations, le cœur est augmenté de volume, on note un souffle systolique de la pointe, un souffle diastolique de la base.

Il existe du tremblement même des extrémités. Il n'existe aucun signe oculaire et spécialement pas d'exophtalmie. Le métabolisme basal n'a pas été pratiqué ; l'examen sanguin révèle de la lymphocytose.

L'amaigrissement est considérable (perte de 13 kilogs en 2 ans).

Le Docteur Tölken porte le diagnostic de goitre *basedowifié*, plutôt que celui de maladie de Basedow classique.

Intervention ((Docteur Tölken). Après une préparation de 11 jours, avec repos, bromures, digitale, la thyroïdectomie est faite en un temps à l'anesthésie locale. Ligature extra-capsulaire des deux artères thyroïdiennes supérieures et à gauche de l'artère thyroïdienne inférieure (la droite ne pouvant être découverte). Résection des lobes thyroïdiens. Du côté droit il ne persiste qu'un petit fragment thyroïdien adhérent à la capsule, à gauche un élément gros comme une noix.

Les suites opératoires ont été simples et la guérison rapide.

En 1928 (deux ans plus tard) la malade a eu une grossesse normale.

En 1924 (deux ans avant l'intervention) la malade aurait eu une grossesse gémellaire avec deux enfants bien portants, mais dont l'un portait une fistule congénitale médiane du cou qui fut opérée (Docteur Tölken).

En résumé la sœur aînée de notre malade a présenté à l'âge de 28 ans, un goître volumineux avec signes certains d'hyperthyroïdie mais sans exophtalmie.

L'intervention chirurgicale a amené une guérison complète.

***

Observation III (due à l'obligeance du Professeur Smidt que nous remercions de son extrême obligeance).

Madame B., deuxième sœur aînée de la malade n° 1 a été observée en 1933 à la clinique chirurgicale de Brême. Elle présentait depuis le mois d'août 1932 une tuméfaction thyroïdienne et depuis novembre 1932 de l'exophtalmie. En même temps s'installe de l'excitation nerveuse avec insomnie. La malade est réglée normalement, elle n'a pas eu de grossesse, mais aurait présenté plusieurs fausses couches. L'amaigrissement en six mois est de 15 kilogrammes ; le métabolisme basal aurait été pratiqué (résultat non connu). Madame B., examinée en *janvier* 1933 est encore dans un état satisfaisant malgré un important amaigrissement.

L'examen révèle une maladie de Basedow typique ; l'hypertrophie thyroïdienne est diffuse mais prédomine sur le lobe droit. Sa consistance est élastique.

L'exophtalmie est bilatérale : il y a du clignotement des paupières, les signes de de Graefe, de Moebius, sont positifs. Les pupilles légèrement dilatées réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Le cœur est augmenté de volume, le rythme est accéléré mais régulier ; il existe un souffle systolique net au niveau de l'orifice mitral.

L'examen neurologique est négatif, sauf un tremblement digital.

Il n'existe ni troubles hépatiques, ni œdèmes. La malade est normalement réglée.

On conseille une préparation préopératoire (traitement iodé et digitaline).

Opération le 23 février 1933 (Professeur Smidt). Incision de Kocher. Après section des muscles superficiels on aborde le goitre qui peut être isolé ; celui-ci est dénudé. Les artères thyroïdiennes supérieures sont liées et sectionnées, de même que les thyroïdiennes inférieures. L'hémorragie est d'abord abondante, puis l'hémostase est assurée de façon satisfaisante. Le lobe droit est du volume d'un œuf d'oie ; le lobe gauche, moins volumineux, de celui d'un œuf de poule. Résection cunéiforme bilatérale avec ablation des 3/4 de la glande. Section et hémostase de la glande, sutures musculaires. Drainage à la partie déclive. Suture de la peau.

La malade présente dès la fin de l'opération de la cyanose et de la défaillance cardiaque, après une injection de coramine amélioration de l'état du pouls, mais persistance de la cyanose. La malade succombe dans l'après-midi de collapsus cardiaque.

L'examen histologique du goître montre des lésions typiques de maladie de Basedow : substance colloïde claire et inégalement répartie, dans beaucoup de follicules, prolifération papillaire de l'épithélium folliculaire.

En résumé chez cette malade de 34 ans, deuxième sœur aînée de notre malade, le tableau de maladie de Basedow fut typique et complet. L'existence d'une lésion mitrale antérieure entraîne après l'opération un collapsus cardiaque fatal.

***

Nous voudrions insister sur quelques points de ces observations :

Trois sœurs, entre 28 et 34 ans, ont présenté une maladie de Basedow : chez deux d'entre elles le tableau fut absolument typique, chez la troisième la symptomatologie fut plutôt celle d'un goître basedowifié. Chez cette dernière malade l'exophtalmie a manqué. Mais en analysant les trois observations on trouve comme caractères communs :

L'existence d'un goître ayant les caractères non de goitre endémique, mais de goître basedowien.

Un syndrome cardio-vasculaire typique avec, en plus, dans deux cas, l'existence d'une endocardite plastique de type rhumatismal.

Un tableau neuro psychiatrique d'hyperthyroïdie, hyperémotivité, tremblement des extrémités.

Enfin des caractères évolutifs communs : l'évolution des symptômes d'hyperthyroïdie a été rapide : apparition du goître sui-

vie très vite dans deux cas d'exophtalmie, dans les trois cas d'un amaigrissement considérable (plus de 10 kilogs en quelques mois) ; le caractère particulièrement toxique du goitre, nous paraît signalé par cette évolution subaiguë, l'augmentation considérable de métabolisme basal, chez la première malade, traduit la perturbation profonde des échanges nutritifs : chez cette malade d'ailleurs pendant le mois d'observation qui précède l'intervention nous avons vu se constituer un tableau impressionnant de toxémie basedowienne avec chute rapide de poids, troubles cardiaques et intestinaux.

Peut-on expliquer le *caractère familial* de la maladie thyroïdienne par une étiologie connue : deux de nos malades ont été suivies en Allemagne, la dernière lorsque le diagnostic fut porté habitait en France depuis quelques mois, mais les premiers symptômes étaient certainement antérieurs à son arrivée à Paris, on ne peut d'ailleurs invoquer un processus de carence, les trois sœurs même en Allemagne ne partageaient pas depuis plusieurs années la même existence.

Le *rôle* chez elle des *infections* mérite d'être étudié plus attentivement : le rôle de la *syphilis* en matière de pathologie familiale est important : récemment encore M. Marcel Pinard, Mlle Corbillon, et M. le Beau insistaient sur l'importance de la maladie de Basedow pour le dépistage des syphilis familiales. D'ailleurs, si le rôle de la syphilis est incontestable dans l'apparition de certaines dystrophies, l'exemple des maladies familiales du système nerveux ne plaide guère en faveur de son rôle, qu'il s'agisse de la maladie de Friedrich, de chorée de Huntington ou des affections nerveuses familiales plus rares ; les plus familiales des maladies nerveuses sont certainement celles où la syphilis paraît jouer le moins grand rôle. En matière d'hérédité endocrinienne le problème est plus délicat : les thyroïdites sûrement syphilitiques ne donnent pas en général le tableau de maladie de Basedow classique. Nous avons recherché chez notre malade et par l'étde des observations de ses deux sœurs les arguments en faveur d'une syphilis : dans notre cas personnel nous n'avons trouvé aucun signe permettant de soupçonner la syphilis héréditaire ou acquise; notre malade était une femme robuste, n'ayant aucun stigmate, même léger, sa sérologie était négative. Chez ces deux sœurs, les distingués confrères qui les ont traitées n'ont pas pensé non plus à incriminer la syphilis. Nous retiendrons cependant chez une des malades la notion de fausses couches antérieures, chez l'autre, d'une grossesse gémellaire avec deux garçons vivants et bien portants. Cette grossesse fut suivie, après la thyroïdectomie, d'une nouvelle grossesse normale.

Il nous semble qu'une autre infection pourrait être incriminée avec une plus grande probabilité, c'est l'infection rhumatismale : si la plus jeune des malades était indemne d'affections valvulaires cardiaques, ses deux sœurs étaient atteintes de cardiopathies valvulaires rhumatismales : insuffisance mitrale, avec en plus chez l'une d'elle insuffisance aortique. C'est d'ailleurs cet état cardiaque qui chez l'une des trois opérées a entraîné une mort rapide après l'intervention.

Les résultats opératoires enfin en pareil cas chez deux des malades furent suivis d'une guérison véritablement rapide : nous rappellerons enfin l'importance des précautions préopératoires qui dans notre cas personnel avaient une influence considérable ; notre malade opérée en novembre 1933 avait une appréhension redoutable de l'acte chirurgical dont par le cas récent observé dans sa famille, elle connaissait trop les risques. Celle-ci put cependant être menée à bien, en deux temps, malgré une hyperémotivité considérable.

« Le candidat à l'internat se reconnaît, dans tout Paris, à ce que sur les plates-formes des autobus, dans l'encombrement du métro, sur la table du restaurant, il étale des questions dactylographiées, qu'il n'a d'ailleurs ni rédigées, ni écrites lui-même et qu'il se contente d'acheter, puis d'apprendre par cœur ; la nuit, jusqu'à une heure avancée, le matin, même, pendant la visite, il cherche ainsi à assimiler des futilités d'anatomie ou des signes cliniques qu'on n'utilise jamais... A cette œuvre vaine, nos bons externes passent le temps jugitif de la jeunesse ; ils pâlissent ; ils perdent du poids ; ils font un peu de température; brusquement, la veille du concours ou le lendemain, quelques crachats rouges, quelques bacilles... Alors, le pneumothorax, l'envoi en sana : il faut tout quitter, se soigner pendant des années, toute la vie souvent... » (Professeur Paul CARNOT. Pour protéger la santé de nos étudiants. *Paris Médical*, 11 mai 1935.)

Psychiatrie 1935

Par le Professeur **Georges RAVIART**, de Lille

Le cerveau est un viscère soumis comme les autres aux lois, de la pathologie générale.

Qu'il s'agisse de fonctions psychiques, motrices ou autres, l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, la thérapeutique sont superposables à celles des autres pathologies viscérales.

En psychiatrie comme ailleurs on observe des symptômes des syndromes et même des maladies, des insuffisances partielles ou généralisées, légères ou profondes, passagères ou définitives.

L'ictère passager et l'ictère grave mortel, la petite urémie et la grande urémie, l'hyposystolie et l'asystolie par exemple trouvent ici leur équivalent dans la confusion mentale (obnubilation passagère) et la démence (affaiblissement définitif).

Selon la nocivité des facteurs étiologiques, la durée et l'intensité de leur action, la fragilité de l'organe atteint, seront déterminées soit du fait des ascendants ou d'une affection survenue au cours de la vie intra-utérine — *états congénitaux* — soit chez des sujets sains — *états acquis* — des lésions passagères ou définitives, profondes ou légères, généralisées ou localisées, réalisant, en raison de la multiplicité, de la variété et de la délicatesse des fonctions psychiques, les états psycho-pathologiques les plus divers. *Modifications partielles* : déséquilibres souvent héréditaires, manières d'être, tempéraments ou constitutions (maniaque, mélancolique, émotive, perverse, pithiatique, mythomaniaque, quérulante, paranoïaque, etc.). *Modifications générales* : passagères (confusions mentales épileptique, alcoolique, infectieuse, etc.) ou chroniques (démences et arriérations). Les unes et les autres, partielles ou généralisées *pouvant relever des mêmes causes*. Manie, mélancolie, perversions instinctives, épilepsie, délires, démences paralytique ou autres sont susceptibles, et c'est là une des acquisitions les plus précieuses de la psychiatrie, d'être héréditaires, congénitales ou acquises selon le moment où est survenu le facteur étiologique : intoxication, infection, etc.

Semblable conception présente un intérêt pratique considérable.

S'agit-il de *prophylaxie* tous les facteurs étiologiques méritent de retenir notre attention. On ne dédaignera ni les « petites maladies de l'enfance » comme la rougeole, ni certaines grippes et autres maladies infectieuses encore indéterminées, susceptibles de déterminer des encéphalites pouvant ultérieurement conditionner la plupart des syndromes mentaux des plus bénins aux plus graves. L'iode, la formine, le mercure, etc., seront administrés de façon suffisante et prolongée.

Les syndromes mentaux sont-ils constitués, il conviendra d'en entreprendre le *traitement*. Tous ayant un substratum organique pouvant aller de la simple insuffisance des sécrétions internes, de l'imprégnation toxique exogène ou endogène de la cellule psychique jusqu'à une altération destructive d'origine inflammatoire, on instituera, se basant sur les constatations biologiques, sur *les signes physiques neurologiques qu'on recherchera dans tous les cas*, (la fréquence du signe d'Argyll Robertson chez les périodiques est à ce point de vue des plus suggestives), et sur les éléments étiologiques dépistés, non seulement les médications symptomatiques, sédatives ou toxiques, trop souvent seules employées, mais tous traitements suggérés par ces constatations. C'est ainsi par exemple que les délirants soi-disant chroniques, persécutés interprétateurs, hallucinés ou non seront traités comme des malades ordinaires, et on aura parfois l'agréable surprise d'assister à leur guérison.

Nous pourrions en dire autant de tous les autres psychopathes : épileptiques, déments au début, etc.

Ainsi se trouve en quelque sorte désoccultée la psychiatrie. Entrée tout entière dans la médecine générale elle en partagera désormais les incertitudes mais aussi les heureuses acquisitions.

La paranoïa précoce

Par le Dr Jacques ROUBINOVITCH

Ancien interne de Magnan,
Neuro-psychiatre honoraire de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Parmi les variétés du *déséquilibre psychique de l'enfance et de l'adolescence*, *constitutionnel* ou *acquis*, les *syndromes paranoïaques* sont des anomalies du comportement qui s'observent de façon relativement rare. Dans sa mémorable monographie sur « *Le Délire chronique à évolution systématique* », Magnan dit, à propos de l'âge auquel apparaît cette « maladie » : « Idées de suicide, dépression mélancolique, états maniaques, obses- « sions, impulsions, DÉLIRES SYSTÉMATISÉS MÊMES, toutes ces « formes morbides peuvent se manifester dès la jeunesse, PAR- « FOIS MÊME, DÈS L'ENFANCE (1). » On constate ainsi que les *syndromes paranoïaques infantiles ou juvéniles* n'ont pas échappé à la sagace observation de ce grand clinicien psychiatrique. Pour lui, ces manifestations morbides rentraient dans les cadres de « délires des dégénérés », manifestations groupées aujourd'hui sous le nom de « constitution paranoïaque »... Les travaux modernes de MM. Montassut et Génil Perrin ont largement contribué à une connaissance plus approfondie de cette « constitution » mentale générale (2).

Parmi les cas, au nombre d'une vingtaine, d'enfants et d'adolescents chez lesquels j'ai observé des tendances paranoïaques plus ou moins accentuées, j'ai constaté que ces tendances se manifestent sous deux formes caractéristiques : les unes sont *interprétatives*, les autres *revendicatrices*, les deux se combinant et donnant au comportement psychique du jeune être l'aspect d'un délire plus ou moins systématisé que le terme de « *paranoïa précoce* » résume amplement.

Il est à remarquer, toutefois, que cette forme précoce de paranoïa est loin de ressembler au délire d'interprétation et de revendication de l'âge adulte, surtout au point de vue du degré et de la force de la systématisation ; la ressemblance ressort plutôt de l'étude comparée de la tournure de l'esprit.... ; dans les deux formes : la précoce et l'adulte, celle-ci se caractérise par la même tendance égocentrique à interpréter les paroles, les actes et les gestes de l'entourage d'une façon manifestement erronée, franchement fausse et plutôt péjorative que laudative. Cela, presque toujours. Aussi trouvons-nous légitime de qualifier du terme de « paranoïa précoce » les syndromes délirants observés chez des enfants et adolescents dont l'histoire synthétisée fait l'objet de la présente étude.

* * *

La vingtaine de cas observés par moi récemment dans divers milieux : hospitalier, psychiatrique, médico-pédagogique et pénitentiaire, me permet de constater que, vus dans leur ensemble, ces jeunes sujets, enfants et adolescents, présentent « en petit » une sorte de délire de persécution qui ne ressemble à ce même délire des adultes que par un seul trait vraiment permanent et, par conséquent, pathognomonique : la tendance à tout interpréter d'une façon égocentrique, le plus souvent, péjorative, manifestement erronée..... On n'y retrouve jamais ou tout à fait exceptionnellement, une systématisation approfondie ou des hallucinations,... Mais il n'est pas rare de voir évoluer cette paranoïa précoce sur un fond d'oligophrénie légère ou même de schizophrénie.

OBS. I. — Le 10 février 1931, se présente à ma consultation neuro-psychiatrique de l'hôpital Henri Rousselle, toute une famille : père, mère, grand-mère et le jeune P., 15 ans, fils unique dont le comportement psychique inquiétait gravement l'entourage.

Cet adolescent est né en 1916, pendant les bombardements, 15 jours avant terme, d'une mère sujette de temps à autre à des crises comitiales. Au cours de la première enfance, il eut la varicelle, la jaunisse, la rougeole, des végétations adénoïdes dont il a été opéré à 3 ans, de l'embarras gastrique, des troubles fréquents du sommeil avec des rêves tragiques : coups de couteau, hémorragie, etc.... La scolarité a été normale. Il a obtenu facilement son certificat d'études primaires à 12 ans 1/2. Il a suivi le cours supérieur pendant deux ans et a été admis, après concours, à l'École professionnelle Estienne pour l'apprentissage de l'imprimerie.

Dès l'âge de 7 ans, P. élevé chez ses parents et grands-parents en enfant « unique », c'est-à-dire trop « gâté », manifeste de véritables idées de persécution : « en classe, tous ses camarades se moquent de lui, le poussent à « voler, cherchent à le faire tomber dans la rue sous les roues du tramway.....

Méfiant, inquiet, il suivait sa mère partout.... Si elle monte au premier, que va-t-elle faire ? A l'école, dans la rue, il croit à l'imminence d'une agression. « Les camarades, en passant, lui font des grimaces en poussant des cris moqueurs comme : « hi ! hi ! ». Il les traite de « bourreaux », parce qu'ils mangeaient des bonbons à son nez.... Il lui mettent du poil à gra- « ter dans le dos.... Un jour, ils lui en ont mis tant que cela l'a fait uriner « dans sa culotte... Demandait-il un service à un condisciple, ce dernier le lui refusait toujours..... Un autre l'a obligé de boire de l'eau des cabi- « nets d'aisance.... Ils étaient tous jaloux de P. parce qu'il valait « plus « cher « qu'eux » (*sic*). Lui, il n'a que des bonnes notes, et a été trois « fois au tableau d'honneur. » Cette ébauche d'idées mégalomaniaques au milieu de ce petit délire de persécution se complète par des tendances à se plaindre de quelque maladie pour pouvoir avaler avec un singulier plaisir n'importe quelle drogue, comme l'huile de ricin, par exemple, du moment que c'est « pour sa santé ».... Jaloux de tous les autres enfants qui l'entourent, il dit :

« En classe, il y a toujours un chou-chou, un beau chou-chou, et c'est cela qui me vexe ».

« Je me sens gêné, déclare-t-il, quand je ne suis pas le premier... »

Chez lui, quand on lui refuse ce qu'il réclame, il menace de se suicider. On ne fait jamais assez « pour lui », on ne lui donne pas assez à manger, à boire....

Boulimique, il a toujours faim et soif......

Veut-on le rationner, il rumine des idées de vengeance.

« Il me prend alors, explique-t-il, l'envie de faire une méchanceté à la « grand'tante, lui retirer la chaise au moment où elle va s'asseoir ; en- « foncer une épingle dans son chausson ; profiter de ce qu'elle est descendue dans la cave pour l'y enfermer ; souffler la lumière au moment « où elle monte le soir dans sa chambre ; cacher sa tabatière dans la « boîte à farine ».....

Le niveau mental — mesuré au moyen des tests de Binet-Simon se rapproche sensiblement de la normale : P. n'est ni un débile et, encore moins, un imbécile ou un idiot..... Son niveau pédagogique se caractérise par l'obtention à l'âge habituel du certificat d'études primaires complémentaires.

L'état physique de P. présente les particularités suivantes : une forte asymétrie faciale, une voûte palatine ogivale, du strabisme convergent de l'œil gauche. Les diverses réactions sérologiques de la spécificité (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn) sont négatives aussi bien chez P. que chez ses parents.... L'hypothyroïdie se traduit par un métabolisme basal égal à 37,5 ; donc, inférieur à la normale moyenne (46)....

Le diagnostic mental syndromique s'impose dans le cas de cet adolescent : c'est de la « paranoïa » qui a débuté à l'âge de 7 ans ; donc, nettement « précoce ». «

« Dans l'histoire clinique de ce jeune malade, on assiste, en quelque sorte, à la naissance de son délire égocentrique d'interprétation péjorative.... Le sujet ne va point jusqu'à l'interprétation franchement délirante ; il n'est point en train de systématiser un vrai délire de persécution à l'égard de personnes, même à l'égard de ses parents qui après l'avoir outrageusement gâté en qualité d'enfant unique, se sont vus obligés de lui administrer des corrections cuisantes et dont il a une peur bleue... Il a de *l'orgueil* qui consiste à croire qu'il est plus fort en études que tous les autres. Il a de la *défiance* qui s'exprime, comme on le constate par la lecture de l'observation, en des termes suffisamment clairs. La *fausseté* de son raisonnement n'est pas moins évidente. Enfin, les *réactions* auxquelles il se livre et qui ont motivé sa présentation à la consultation spéciale, démontrent la réalité d'un comportement psychique tout à fait anormal qui le rend antisocial, inadaptable, *au moment de l'examen*, au milieu familial, comme au milieu scolaire.

Actuellement, après quatre années de traitement ambulatoire (psychothérapie au Dispensaire Henri-Rousselle ; direction familiale appropriée, soins physiques divers), P. présente un comportement infiniment plus favorable, avec une atténuation très nette des signes de la paranoïa.

OBS. II. — R. R., 15 ans, né le 29 oct., 1919, à Paris. *Sourd-muet*, élève de l'Institut départemental des sourds-muets d'Asnières depuis l'âge de 7 ans.

A. H. Père et mère non consanguins.

Le *père* est mort de tuberculose pulmonaire à 54 ans.

La *mère* a eu douze couches : 9 filles et 3 garçons.

A. P. Surdi-mutité congénitale.

Etat physique : Strabisme divergent de l'œil gauche. Forte asymétrie cranio-faciale. Voûte palatine ogivale, Santé générale très satisfaisante. Traité néanmoins au sulfarsénol d'une façon systématique et régulière entre 7 et 11 ans.

Etat mental. Examiné avec la collaboration de M. Oswald, professeur des sourds-muets à l'Institut d'Asnières et expert des sourds-muets près le Tribunal de la Seine.

(1) MAGNAN. — *Le délire chronique à évolution systématique*, vol. de 184 pages, v. p. 38. Leçons recueillies par P. Sérieux. Edition Georges Masson : Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire.

(2) MONTASSUT. — La constitution paranoïaque. Th. de Paris, 1924.

GENIL-PERRIN. — Les paranoïaques, Paris, 1927.

Sujet intelligent apprenant normalement les matières de l'enseignement des sourds-muets, y compris l'enseignement professionnel (cordonnerie).

Signalé dès l'entrée à l'Institut comme présentant des troubles très accusés du caractère.

Malgré son aptitude à communiquer avec ses condisciples et ses maîtres par la lecture sur les lèvres ou par gestes, R. se tient toujours à l'écart ; et, aux récréations, ne joue avec personne, préférant se promener tout seul autour de la cour...

Il travaille à l'atelier de cordonnerie, mais ne supporte aucune observation de son maître.... Quand ce dernier lui montre une faute quelconque dans la manière de couper le cuir d'un soulier, il prend aussitôt un air de coq en colère, rougit et pâlit, montrant ainsi qu'il est offusqué. Il n'admet pas qu'on puisse le soupçonner d'avoir commis une erreur. Il n'est jamais fautif. Il est toujours content de lui et de tout ce qu'il fait.

Boudeur et entêté, R. ne partage jamais un fruit, un chocolat, un gâteau... Pour aller chercher ces friandises dans sa mallette, il se cache de ses camarades...

Les professeurs le considèrent comme peu ou pas adaptable dans un atelier quelconque... et cela, à cause de l'extrême difficulté d'agir par la parole et les gestes sur l'esprit de ce sourd-muet, pourtant intelligent et sachant lire sur les lèvres.

Tels sont le cas « types », qui, joints aux 17 autres, sans compter les nombreuses observations analogues publiées, jusqu'à présent, dans la littérature neuro-psychiatrique infantile et juvénile, vont permettre de se faire une idée d'ensemble de ce qu'est la « paranoïa précoce » au quadruple point de vue : séméiologique, étiologique, psychopathologique, thérapeutique, ce dernier point offrant, naturellement, un intérêt social de tout premier ordre.

***

Chez tous ces petits paranoïaques nous retrouvons le même « travers mental » cotoyant les « délires systématisés » et se caractérisant par les quatre éléments classiques de la grande paranoïa, de la paranoïa des adultes : l'*égocentrisme* ; la *méfiance* ; la *paralogie* ; l'*inadaptabilité*....

L'égocentrisme fait du sujet un petit orgueilleux vaniteux, content de lui, ramenant tout à lui.

La *méfiance* à l'égard de l'entourage le rend hostile, provoque des réactions analogues du milieu, ce qui l'aigrit et augmente le nombre de ses griefs.

La *paralogie* l'incline à porter des jugements erronés, destinés à justifier, à ses propres yeux, son attitude.

L'*inadaptabilité* familiale ou scolaire en fait un être à part des autres, un isolé, un solitaire, incapable de s'entendre avec qui que ce soit.

Tous ces traits se dévoilent du premier coup chez le jeune paranoïaque alors que les paranoïaques adultes savent cacher tout ce que recèle de péjoratif leur esprit et leur cœur. Aussi, est-ce chez l'enfant qu'on peut analyser plus facilement les caractères psychologiques des diverses modalités de la paranoïa... Si les observations citées représentent des cas typiques de la paranoïa précoce, il en existe d'autres, à forme moins exemplaire, plus fruste et, en quelque sorte, larvée. Il y en a aussi dans lesquelles une vive intelligence masque quelque peu les traits caractéristiques de la déformation paranoïaque de l'esprit infantile ou juvénile... Dans d'autres cas, cette déformation intellectuelle ne se découvre que derrière une façade de grande timidité, de sauvagerie, de crainte de se montrer, de se produire. On trouve parfois parmi ces paranoïaques précoces des élèves très doués pour leurs études, des « forts en thème ». Leurs succès scolaires ne font qu'exalter leur égoïsme... Se jugeant supérieurs à tous les autres condisciples, ils se tiennent orgueilleusement loin d'eux, les traitant de haut en bas et se font, naturellement, détester d'eux..... Jaloux, ils se méfient de tout le monde, s'irritent et se mettent en colère pour rien, se rendent insupportables, discutent et se disputent, ne voulant se soumettre à aucune règle, aucune discipline, se révoltent contre toute autorité... Dans ses « Confessions » Jean-Jacques Rousseau adolescent, se peint lui-même en ces termes :

« Dégoûté de tout ce qui n'était pas ma partie, et sentant trop loin de moi tout ce qui m'aurait tenté, je ne voyais rien de possible qui pût flatter mon cœur. Je m'ennuyais des amusements de mes camarades.... Mon humeur devint taciturne, sauvage.... Je vivais en loup-garou. »

A noter aussi l'éveil sexuel qui se fait généralement de façon prématurée dans la paranoïa précoce et qui déclenche des perversions génitales instinctives diverses, le plus souvent solitaires, comme l'onanisme, le fétichisme, le narcissisme....Ces perversions s'accentuent, naturellement, à la puberté.

Jean-Jacques s'explique sur ce point d'une façon très nette :

« J'atteignis ainsi, écrit-il, ma seizième année, inquiet, mécontent de tout et de moi, sans goût de mon état, sans plaisir « de mon âge, *dévoré de désirs dont j'ignorais l'objet*, pleurant « sans sujet de larmes, soupirant sans savoir de quoi, enfin « caressant mes chimères faute de rien savoir autour de moi « qui les valût. »

L'adolescent paranoïaque est souvent un révolté, en lutte avec tout le monde, ses parents et ses maîtres...., content de contrecarrer leurs croyances, leurs manières de juger, leurs conseils.... Il vise à l'originalité, à l'extravagance de la tenue, à la brutalité verbale, aux discussions contrariantes. Plus il est insupportable, plus il accuse les autres d'être la cause de ses attitudes antisociales, de son inadaptabilité.

***

Si les délirants paranoïaques adultes sont rares dans les asiles, les enfants paranoïaques sont encore plus rares dans les consultations neuro-psychiâtriques.

Pour les adultes, on a les statistiques de Kraepelin en Allemagne ; de Tanzi et Riva, en Italie ; de Sérieux et Capgras, en France : on en compte 2 à 3 % sur l'ensemble des malades.

Plus fréquents sont les cas de « paranoïa » devant les tribunaux civils et militaires.

Parmi les facteurs étiologiques, on relève :

1° Le rôle du *sexe*, qui paraît indifférent.

A la consultation neuro-psychiatrique infantile (garçons et filles) de l'hôpital Henri Rousselle : 2 à 3 %. A l'Institut de perfectionnement d'Asnières : 180 garçons et filles : 2 %. A Fresnes : 80 garçons et 80 filles (mineurs délinquants) : 5 %, au moins.

Parmi les facteurs étiologiques de la paranoïa précoce, c'est le rôle de *l'éducation* qui est certainement le plus direct, le plus influent. Les exemples d'égocentrisme donnés par les parents ; les « gâteries », surtout les gâteries, qui s'exercent sur l'*enfant unique*, réalisent une culture forcée de son égoïsme.

***

Quel est le mécanisme psycho-pathologique de la paranoïa précoce ?

Est-ce un mécanisme purement intellectuel ? S'agit-il, par exemple, comme chez l'adulte, d'un désordre dans l'association des idées, désordre grâce auquel une représentation mentale erronée ne serait pas corrigée immédiatement par une autre image mentale, corrective ? Faut-il, au contraire, attribuer le trouble paranoïaque exclusivement à un désordre purement affectif ?

L'école française, éclectique par excellence, propose une hypothèse mixte : Avec Sérieux et Capgras, avec Dupré, cette école formule une théorie qui peut se résumer ainsi : « Tous les états paranoïaques se caractérisent par *des anomalies de la sensibilité affective*, c'est-à-dire par l'augmentation du sens du « moi » et par la méconnaissance des droits et des désirs des autres..., et, en même temps, par une *anomalie de l'intelligence*, qui consiste en une absence d'autocritique, capable de redresser les erreurs de la sensibilité.

Le paranoïaque serait pareil à un tout petit enfant ou à un être sauvage, *primitif*, qui prêterait à tous les faits et circonstances une signification égoïste, qui les verrait comme ne pouvant s'adresser qu'à lui seul, qui se considérerait lui-même comme étant unique au monde et qui s'imaginerait que tout ce qui se passe autour de lui ne tend que vers lui. Exemple : une fillette de 3, 4 ans, regardant des arbustes en fleurs dans un jardin public s'écrie : « Voilà encore des rosiers à la petite Zézé ! » ; *état mental « égocentrique » qui existe normalement chez l'enfant et chez l'être sauvage primitif*, mais qui se modifie au fur et à mesure du développement et qui se recouvre successivement des acquisitions de l'éducation et de l'expérience de la vie en commun....

On peut donc considérer la paranoïa précoce comme un stade mental de retard ou d'arrêt qui rapproche la mentalité du paranoïaque de la psychologie de l'enfant ou de l'être primitif, sauvage.

L'école française en adoptant cette hypothèse donne raison à Tanzi qui a énoncé le premier cette conception faisant ressembler le paranoïaque à l'enfant et à l'individu primitif.

Certains neuro-psychiâtres, disciples, ou simplement sympathisants de la théorie psychanalytique de Freud, ont la tendance à expliquer la constitution paranoïaque de l'enfant par le réveil plus ou moins précoce en lui de la *libido*, par l'influence subjective et prédominante de l'instinct sexuel... Or, dans la

vie instinctive de l'enfant, localisée, d'après quelques auteurs, dans le cerveau intermédiaire, l'instinct qui se manifeste *dès la naissance* est celui de la conservation : le nourrisson normal a faim et saisit avidement le sein pour satisfaire son besoin de se nourrir pour vivre.... Il semble bien que cette activité instinctive s'opère chez lui dans les couches sous-corticales, sans la participation, sans la collaboration du cerveau cortical... Mais au fur et à mesure que l'encéphale se développe, que la myélinisation des fibres nerveuses et des neurônes se poursuit, on peut, on doit admettre qu'il s'établit une relation active entre la couche corticale et le cerveau intermédiaire. Des influences réciproques interviennent : soit que les poussées instinctives agissent sur la fonction frénatrice du cortex en la paralysant ou en l'exaltant ; soit que se produise un phénomène inverse : la contrainte ou la libération des tendances instinctives.... Quand, pour une raison pathogénique quelconque, le développement intrinsèque, architectonique de l'encéphale est troublé, retardé ou arrêté dans une de ces deux zônes — corticale et sous-corticale — un déséquilibre de leurs effets énergitiques réciproques est une conséquence fatale. Il est logique d'admettre que le désordre survenant dans le réglage des fonctions corticales et sous-corticales produise divers troubles neuro-psychiques parmi lesquels on peut observer la libération des instincts égocentriques. La théorie freudienne qui considère la *libido* comme *l'unique* source instinctive des psychonévroses infantiles, nous paraît donc tendancieuse par son exclusivisme trop absolu.... On connaît les interprétations de cette théorie : dans l'acte du nourrisson masculin de téter, de porter ses mains vers les organes génitaux, de manifester son attachement soit à sa mère, soit à son père, soit à lui-même, les adeptes de Freud voient la manifestation exclusive de la *libido* sous ses formes perverses : complexe d'Œdipe, homosexualité, narcissisme..... D'autres instincts, comme celui de la conservation, le besoin instinctif de remuer, de bouger, ou, au contraire, celui de s'isoler, de s'éloigner du milieu, de rentrer en soi-même, peuvent aussi bien expliquer les divers gestes du nourrisson..... On peut admettre encore qu'un mouvement qui se répète devienne, selon la théorie de Pavloff, un réflexe conditionnel... et, alors le geste se reproduira chaque fois que l'enfant s'abandonnera, sans aucun frein cortical, à sa vie sous-corticale, instinctive : au moment de s'endormir, dans un moment de colère, de contrariété, de mécontentement plus ou moins vif.... Point n'est besoin, dans ces divers cas, de l'intervention exclusive, et d'ailleurs, très problématique de la *libido*.... Problématique, en effet. L'endocrinologie actuelle enseigne, semble-t-il, que le désir sexuel ne s'éveille qu'à l'époque où les glandes génitales commencent à produire, à sécréter des hormones qui agissent, probablement ensuite sur le cerveau intermédiaire, pour l'inciter à la libido.... Le cortex — favorisant ou freinant les tendances sous-corticales — règle, gouverne l'acte sexuel.... Si les faits semblent évoluer ainsi chez l'individu arrivé à un développement complet du système nerveux et des organes glandulaires, est-il rationnel d'admettre un pareil processus complexe chez le nourrisson, chez le tout jeune enfant ? Nous avons les plus grands doutes à ce sujet : l'encéphale et le système endocrinien chez ces petits êtres sont à peine ébauchés ; il ne peut, nous semble-t-il, être question chez eux de sécrétion hormonique et de besoin d'ordre sexuel que cette sécrétion suppose..... Arriverait-on même à déceler dans l'urine des nourrissons quelques traces d'hormones que nous serions encore très loin de la preuve de l'existence des tendances libidineuses dans leur vie psychique. Quoiqu'il en soit, ce qui nous paraît ressortir de toutes ces considérations sur la psychopathologie de la paranoïa précoce, c'est qu'il s'agit, très vraisemblablement, d'un retard et d'un désordre dans l'engrenage associatif entre le *cortex* et le *cerveau intermédiaire*, tous les deux en voie de développement, tous les deux soumis aux influences chimico-organiques du système endocrinien général.....

***

La *base* du *diagnostic* positif de la *paranoïa précoce* repose sur la constatation de ses symptômes principaux : la *méfiance*, l'*orgueil*, l'*esprit faux*, l'*inadaptabilité* (familiale ou scolaire), symptômes d'autant plus nets qu'aucune direction psychothérapique n'est intervenue au cours des premières années de leur évolution. Je n'insisterai point sur le diagnostic différentiel ; il doit se faire avec un certain nombre de syndrômes comme : le syndrôme hyperémotif simple, la psychasthénie infantile ou juvénile, le syndrôme pervers, la schizoïdie.

Ainsi différenciée, la paranoïa précoce apparaît dans la neuropsychiatrie infantile comme un syndrôme de déséquilibre psychique en tout comparable à la forme psychopathique bien définie chez l'adulte par Sérieux et Capgras et bien mise en lumière, comme type cliniquement caractérisé, dans la thèse inaugurale de Montassut. Mais sur ce quoi on ne saurait trop insister dans la discussion du diagnostic de la paranoïa précoce, c'est son apparition chez des êtres en voie de développement de l'encéphale et du système endocrinien, développement irrégulier, mal équilibré matériellement et fonctionnellement, au point de vue neurologique, comme au point de vue purement mental.... Cela confère à la paranoïa précoce des possibilités de se modifier, de s'atténuer, de s'aggraver, de subir même des transformations psychopathiques selon les influences diverses (changement de milieu, pédagogie, traitements), intervenant au cours de son évolution.... Dans la paranoïa des adultes on a à faire, au contraire, à un syndrôme faisant corps avec l'individu en pleine maturité cérébrale et endocrinienne, syndrôme incrusté dans le psychisme du malade, peu susceptible de rémissions.

***

Autant chez le paranoïaque adulte la psychothérapie est donc rendue difficile, stérile même à cause de sa rigidité mentale, autant la précocité du traitement et une bonne hygiène mentale peuvent donner des résultats intéressants chez le jeune paranoïaque. Chez ce dernier, la psychothérapie tend à diminuer l'égocentrisme et à réveiller, en les développant, les sentiments éthiques, altruistes. Il s'agit d'instituer une discipline morale aussi ferme que possible, aussi bien dans la famille qu'à l'école.

Tout procédé brutal est à éviter car il exaspérera le caractère pathologique de l'enfant, motivera surtout la dissimulation et le refoulement hargneux des griefs divers.

Il faut avant tout instituer un traitement intellectuel et moral approprié à l'âge....

Puisque nous supposons l'enfant soumis à des tendances plus ou moins accusées de la paranoïa, il ne faudra jamais vanter devant lui sa beauté, ni sa force, ni son intelligence. Au contraire. On lui racontera, si on le peut, sous une forme plaisante, des histoires d'enfants doués d'une plastique, d'une musculature et d'un esprit bien plus avantageux que les siens, sans faire inversement de comparaison. On combattra de bonne heure son égoïsme en orientant son esprit vers des actes de bonté, de services à rendre à une personne souffrante ou fatiguée, etc., de dons à faire en partageant avec d'autres enfants ses friandises ou ses jouets... Il faut cultiver chez lui l'esprit du sacrifice à faire, d'une humiliation à accepter de bon cœur.... ce qui sera fort difficile.

Par exemple, pour rabattre son sentiment d'orgueil, sa croyance en sa supériorité, il est indiqué de le mettre dans un milieu, scolaire ou autre, dans lequel il se trouverait en contact avec des sujets manifestement supérieurs à lui.

Aux manifestations violentes, impulsives, il faut opposer une attitude calme et ferme. L'enfant cherche à vous irriter, à vous intimider ; montrez-lui que cela ne prend point, que vous restez fermement dans votre rôle de censeur énergique, régulier, juste surtout, et que vous êtes prêt à devenir indulgent et tendre, dès que les mauvaises manières disparaîtront ou faibliraient seulement. Quand on a emporté ainsi un succès éducatif, il ne faut pas trop appuyer ; il faut se montrer vainqueur discret pour ne pas trop humilier cet enfant et pour lui montrer plutôt le côté généreux de ses concessions, de sa capitulation....

Il est hors de doute pour nous qu'il est impossible d'arriver à un résultat éducatif sérieux sans essayer de mâter la tendance à tout ramener à son « moi » hypertrophié. Il importe de corriger les erreurs de son raisonnement et cela, en cultivant chez lui les idées générales et en gagnant, autant que possible, sa confiance.

Quelques règles pédagogiques générales se recommandent, en quelque sorte, toutes seules : Ne pas attaquer de front l'orgueil du sujet, ne pas froisser le sentiment qu'il éprouve pour lui-même ; surtout *gagner sa confiance*, lui montrer que l'intérêt qui lui est témoigné n'est pas de la faiblesse ; user de la *psychoothérapie* pendant les périodes de calme : *faire toucher du doigt les contradictions* du raisonnement et de la conduite ; l'amener à rejeter LUI-MÊME certaines interprétations ; éviter *d'opposer des objections aux idées directrices* (parce que c'est inutile et risque de *réveiller un délire qui n'est qu'assoupi*) ; *encourager le goût du travail*, des *arts d'agrément* ; user *d'un changement de milieu* ; user d'un *isolement préalable dans un cas plus sérieux* (le souvenir de cette contrainte influence utilement l'attitude sociale du jeune paranoïaque devenu libre).

***

Pour conclure, trois points sont à retenir :

1° Les *enfants*, les *adolescents peuvent présenter une para-*

noïa typique avec sa tétralogie fondamentale: orgueil, méfiance, fausseté du jugement, inadaptabilité ;

2° Cette *paranoïa précoce peut s'associer chez eux à d'autres constitutions : cyclothymique, mythomaniaque, nerveuse et même schizoïde*, tout en conservant sa physionomie pathognomonique;

3° GROS INTÉRÊT MÉDICAL ET PÉDAGOGIQUE : La paranoïa précoce (infantile et juvénile) est susceptible d'être modifiée favorablement par une *hygiène mentale appropriée*, préventive et curative, et enfin :

4° INTÉRÊT SOCIAL : Conflits possibles par défaut d'adaptabilité; problèmes médico-légaux de JUSTICE PROPHYLACTIQUE à résoudre devant les tribunaux pour enfants; les mesures administratives à suggérer et qui peuvent s'imposer pour l'ordre public et l'orientation professionnelle des mineurs délinquants.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La folie de Théroigne de Méricourt. — *M. Otto Ernst vient de publier sur Théroigne de Méricourt* (Payot, éd.), *un livre où il apporte d'étranges révélations sur le rôle joué par l'*AMAZONE DE LA LIBERTÉ, *comme agent de l'étranger. Il ne cite que partiellement l'observation de Théroigne relevée par Esquirol; aussi nous avons cru intéressant de la publier en entier, d'après le livre d'Esquirol* : DES MALADIES MENTALES, 1838, t. I, p. 445.

« L'observation suivante doit intéresser ceux qui aiment les phénomènes politiques et ceux qui recherchent les faits extraordinaires en médecine.

Téroenne ou Théroigne de Méricourt, était une célèbre courtisane, née dans le pays de Luxembourg. Elle était d'une taille moyenne, elle avait les cheveux châtains, les yeux grands et bleus, la physionomie mobile, la démarche vive, dégagée et même élégante.

« Cette fille, née, selon les uns, d'une famille honorable, selon d'autres, sortie du rang des courtisanes, joua un rôle bien déplorable pendant les premières années de la révolution. Elle avait alors de 28 à 30 ans.

Elle se livra aux divers chefs du parti populaire, qu'elle servait utilement dans la plupart des émeutes, et contribua surtout, les 5 et 6 octobre 1789, à corrompre le régiment de Flandres, en conduisant dans les rangs des filles de mauvaise vie et en distribuant de l'argent aux soldats.

En 1790, elle fut envoyée dans le pays de Liège, pour soulever le peuple. Elle y avait un grade militaire. Elle se fit remarquer par cette populace effrenée, qui fut envoyée à Versailles, les 5 et 6 octobre 1790. Les Autrichiens l'arrêtèrent au mois de janvier 1791. Elle fut conduite à Vienne, renfermée dans une forteresse; l'Empereur Léopold désira la voir, s'entretint avec elle, la fit mettre en liberté en décembre de la même année ; elle revint à Paris, se montra de nouveau sur la scène révolutionnaire. Elle se fit remarquer alors sur les terrasses des Tuileries, dans les tribunes, haranguant le peuple avec audace, pour le ramener au *modérantisme* et à la Constitution. Ce rôle ne put lui convenir longtemps. Bientôt les Jacobins s'emparèrent de Téroenne, bientôt on la vit paraître, un bonnet rouge sur la tête, un sabre au côté, une pique à la main, commandant une armée de femmes. Elle eut une bonne part aux évènements de septembre 1792. Quoiqu'il ne soit pas prouvé qu'elle ait participé aux massacres, néanmoins on raconte qu'elle se rendit dans la cour de l'abbaye, et qu'elle trancha la tête avec son sabre à un malheureux que l'on conduisait au tribunal de cette prison. On assure que c'était un de ses anciens amants.

« Lorsque le Directoire fut établi, les sociétés populaires furent fermées. Téroenne perdit la raison. Elle fut conduite dans une maison du faubourg Saint-Marceau. On trouva dans les papiers de Saint-Just une lettre d'elle, sous la date du 26 juillet 1794, dans laquelle se montrent déjà les signes d'une tête égarée.

« En novembre 1800, elle fut envoyée à la Salpêtrière : le mois suivant on la transféra aux Petites-Maisons, où elle est restée pendant sept ans. Lorsque l'administration des hospices fit évacuer les aliénés des Petites-Maisons, Téroenne retourna à la Salpêtrière, le 7 septembre 1807. Elle avait environ quarante-sept ans.

A son arrivée, elle était très agitée, injuriant, menaçant tout le monde, ne parlant que de liberté, de comités de salut public, révolutionnaire, etc., accusant tous ceux qui l'approchaient, d'être des modérés, des royalistes, etc...

En 1808, un grand personnage, qui avait figuré comme chef de parti, vint à la Salpêtrière. Téroenne le reconnut, se souleva de dessus la paille de son lit sur laquelle elle restait couchée et accabla d'injures le visiteur, l'accusant d'avoir abandonné le parti populaire, d'être un modéré, dont un *arrêté du comité de salut public devait faire bientôt justice.*

En 1810, elle devint plus calme, et tomba dans un état de démence, qui laissait voir les traces de ses premières idées dominantes.

Téroenne ne veut supporter aucun vêtement, par même de chemise. Tous les jours, matin et soir, et plusieurs fois le jour, elle inonde son lit, ou mieux la paille de son lit, avec plusieurs seaux d'eau, se couche et se recouvre de son drap en été, et de son drap et de sa couverture en hiver. Elle se plaît à se promener nus-pieds dans sa cellule dallée en pierre et inondée d'eau.

Le froid rigoureux ne change rien à ce régime. Jamais on n'a pu la faire coucher avec une chemise, ni prendre une seconde couverture. Dans les trois dernières années de sa vie, on lui donna une très grande robe de chambre dont elle ne se servait presque jamais. Lorsqu'il gèle et qu'elle ne peut avoir de l'eau en abondance, elle brise la glace et prend l'eau qui est au-dessous pour se mouiller le corps, particulièrement les pieds.

« Quoique dans une cellule petite, sombre, très humide et sans meubles, elle se trouve très bien ; elle prétend être occupée de choses très importantes ; elle sourit aux personnes qui l'abordent ; quelquefois, elle répond brusquement : *je ne vous connais pas*, et s'enveloppe sous sa couverture. Il est rare qu'elle réponde juste. Elle dit souvent : *je ne sais pas, j'ai oublié.* Si on insiste, elle s'impatiente, elle parle seule à voix basse ; elle articule des phrases entrecoupées de mots : *fortune, liberté, comité, révolution, coquins, décret, arrêté*, etc... Elle en veut beaucoup aux modérés.

Elle se fâche, s'emporte lorsqu'on la contrarie, surtout lorsqu'on veut l'empêcher de prendre de l'eau. Une fois elle a mordu une de ses compagnes avec tant de fureur, qu'elle lui a emporté un lambeau de chair : le caractère de cette femme avait donc survécu à son intelligence.

Elle ne sort presque point de sa cellule, et y reste ordinairement couchée. Si elle sort, elle est nue ou couverte de sa chemise ; elle n e fait que quelques pas, plus souvent elle marche à quatre pattes, s'allonge par terre, et l'œil fixe, elle ramasse toutes les bribes qu'elle rencontre sur le pavé et le mange. Je l'ai vue prendre et dévorer de la paille, de la plume, des feuilles desséchées, des morceaux de viandes traînés dans la boue, etc... Elle boit l'eau des ruisseaux pendant qu'on nettoie les cours, quoique cette eau soit salie et chargée d'ordures, préférant cette boisson à toute autre.

« J'ai voulu la faire écrire ; elle a tracé quelques mots. Jamais elle n'a pu former de phrases. Elle n'a jamais donné aucun signe d'hystérie. Tout sentiment de pudeur semble éteint en elle, et elle est habituellement nue, sans rougir, à la vue des hommes.

L'ayant fait dessiner en 1816, elle s'est prêtée à cette opération ; elle n'a paru attacher aucune importance à ce que faisait le dessinateur.

Malgré ce régime, que Téroenne a continué pendant dix ans, elle était bien et régulièrement menstruée ; elle mangeait beaucoup, elle n'était point malade et n'avait contracté aucune infirmité.

Quelques jours avant d'entrer à l'infirmerie, il s'est fait une éruption sur tout son corps ; Téroenne s'est lavée à son ordinaire avec l'eau froide et s'est couchée sur son lit inondé, les boutons ont disparu ; dès lors, elle est restée dans son lit, ne mangeant point, buvant de l'eau.

« Le 1er mai 1817, Téroenne entre à l'infirmerie dans un état de faiblesse très grande, refusant toute nourriture, buvant de l'eau, restant couchée, parlant souvent seule, mais à voix très basse. 15 : maigreur, pâleur extrême de la face, yeux ternes,

fixes, quelques mouvements convulsifs de la face, pouls très faible, légère enflure des mains, œdème des pieds ; enfin, le 9 juin, elle s'est éteinte âgée de cinquante-sept ans, sans qu'elle ait paru avoir recouvré un seul instant sa raison.

« Autopsie le 10 au matin.

« Dure-mère adhérente au crâne, crâne épais postérieurement, ligne médiane très déjetée.

« Cerveau très mou, décoloré, membrane qui revêt les ventricules épaissie, la substance cérébrale subjacente, dans l'épaisseur d'une ligne, d'un aspect vitreux et un blanc grisâtre.

« Plexus choroïdes décolorés, offrant de petits kystes séreux.

« Carotides qui cotoient les sinus caverneux ayant acquis le diamètre d'une très grosse plume.

« Glande pituitaire contenant un fluide brunâtre.

« Sérosité dans les deux plèvres, ainsi que dans le péricarde.

« Cœur flasque.

« Estomac distendu par un fluide verdâtre.

« Côlon transverse perpendiculaire précipité derrière le pubis.

« Foie petit, verdâtre ; son tissu très mou, sa tunique propre se détachant avec la plus grande facilité, vésicule biliaire distendue par de la bile noire, épaisse, grenue.

« Rate molle, verdâtre comme le foie.

« Vessie très contractée sur elle-même, ses parois très épaisses.

« Enveloppe des ovaires épaisse, et même cartilagineuses en plusieurs points.

« Dans l'observation de Téroenne, comme dans celles qui suivent, le côlon transverse avait changé de direction et il était descendu jusque derrière le pubis. »

Alphonse Bertillon. — *Dans le supplément hebdomadaire du* Lyon Républicain (22 mai 1935), *un article de M. le Docteur Edmond Locard, intitulé* : Un Lyonnais, Alphonse Bertillon :

...Les Bertillon sont d'origine lyonnaise, M. Lacassagne aimait à le leur rappeler, parce qu'il découvrait chez eux tous les signes qui définissent le caractère lyonnais. De fait, et pour s'en tenir à Alphonse, mais la chose était vraie aussi pour ses frères, il avait l'abord assez peu folâtre, mais l'amitié solide, peu d'expansion mais une grande puissance de travail, peu de joie mais une absolue droiture. Il avait surtout une persévérance que rien n'a rebuté, et une ténacité qui ne tournait pas l'obstacle mais le broyait. Avec cela de l'imagination et un fond mystique. Si ce portrait n'est pas celui du Lyonnais type, c'est que je ne connais pas mes concitoyens.

Ce qui fait le grand mérite de ce génial inventeur, c'est d'avoir été un pur autodidacte. Car, si paradoxal que cela puisse paraître, ce fils de médecin n'avait passé ni par l'enseignement supérieur ni même par le secondaire. Cela n'a pas empêché le public, lorsqu'il vivait et maintenant encore, de le qualifier de docteur. Il y a comme cela des promotions par la *vox populi* ; ce ne sont pas toujours les plus mauvaises. Et d'ailleurs, cette absence de diplôme n'empêchait pas Bertillon d'être fort instruit. Il avait appris tout seul l'anglais qu'il savait bien et l'allemand qu'il savait moins bien. Surtout il connaissait à fond les questions d'ethnologie et d'anthropologie, qui le passionnaient. C'est la lecture de Quételet qui lui inspira l'application de l'anthropométrie aux criminels ; et c'est la lecture de Broca qui lui fit entrevoir une méthode précise pour désigner la couleur des yeux et des cheveux.

Mais, dans cette culture recueillie, si l'on peut dire, au hasard des rencontres, il y avait nécessairement des lacunes. J'ai eu en manuscrit un article qu'il avait envoyé à une revue scientifique sur les méthodes de raisonnement dans l'enquête criminelle. Cela semblait extrait d'un manuel élémentaire de logique. Faute d'avoir étudié la philosophie, Bertillon venait d'inventer le syllogisme, comme Pascal découvrit les douze premières propositions d'Euclide. Et, d'autre part, s'il avait connu le calcul des probabilités en ses premiers principes, il eût certainement évité l'effroyable erreur qui, pour tant d'âmes partisanes efface à elle seule, — mais quelle injustice, — tant de glorieuses découvertes et le mérite d'une vie entière de travail acharné.

Et d'ailleurs, c'est bien, je crois, parce qu'il n'était pas à la remorque, parce qu'il n'avait pas la culture livresque, parce qu'il n'avait pas la formation ou la déformation scolaire, que Bertillon a imaginé tant de choses originales, et en particulier cette merveilleuse méthode de signalement qu'est le portrait parlé, c'est-à-dire un procédé permettant de reconnaître quelqu'un qu'on n'a jamais vu.

Bertillon avait comme dit Molière « le repart brusque et l'accueil loup-garou ». Mais cela lui valut moins d'estime méritée que d'inimitiés persistantes. Il est vrai qu'il était parfois fort rude. Lorsque le grand Vucetich, l'un des maîtres de la dactyloscopie, arriva d'Argentine pour lui faire visite, il fut accueilli sur le pas de la porte, — c'est Vucetich lui-même qui me l'a raconté, — par ces mots : « Monsieur vous m'avez gravement nui avec vos empreintes. Sortez Monsieur ». On prétend qu'il y a des négociants lyonnais qui, autrefois, recevaient leurs clients à peu près sur ce ton là. Vous voyez que Bertillon est vraiment une figure lyonnaise. Mais il avait du génie.

A l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Le Progrès de Lyon :

Les maçons en train de transformer en hall d'archives l'ancienne salle Sabran qui tenait la branche nord du bâtiment de l'Hôtel-Dieu, dit des Quatre-Femmes, parce que, jadis, quatre salles de femmes s'y rejoignaient sous le petit Dôme, les maçons ont trouvé dans la terre et le plâtras garnissant les lambourdes du plancher de nombreux fragments d'ossements humains mêlés à des débris d'os d'herbivores.

Cette maçonnerie date de 1610 et il ne reste pas trace dans les comptes de l'hôpital que le plancher ait été refait au cours de ces trois cent vingt-cinq années.

Or, à cette époque, toute la partie nord de l'Hôtel-Dieu, jusqu'à la rue Childebert, était occupée par un cimetière où l'on inhumait hospitalisés et membres du personnel. Il y avait, vers le Rhône, la boucherie, qui enfouissait ses déchets au plus près.

Très vraisemblablement, les maçons de 1610, qui raffinaient beaucoup moins que les compagnons actuels sur le choix des matériaux et la perfection de l'ouvrage, les maçons de l'époque, peu soucieux de charrois pénibles, onéreux, ont pris dans le voisinage immédiat la terre qu'il leur fallait pour garnir les planchers.

Ils ne se sont pas donné la peine de tamiser ce terreau, saturé d'ossements, propice et même propitiatoire.

La mort du Docteur Magnus Hirschfeld. — Aux Ecoutes :

Il fut un temps où le fameux savant allemand, Magnus Hirschfeld, qui vient de mourir à Nice, était l'un des hommes les plus populaires du deuxième Reich. Ses théories hardies sur la vie sexuelle avaient fait surgir toute une littérature et il se créa une légende autour de son nom. N'avait-il pas mené une active campagne en faveur de certaines habitudes et de certains dévoyés de mœurs « spéciales ? »

Le triomphe de l'hitlérisme le chassa d'Allemagne. Réfugié d'abord à Paris, il devait par la suite s'installer à Nice. Il vécut là modestement, dans la compagnie de rares amis ou compatriotes. Il avait gardé sa bonne humeur, bien qu'il se plaignît souvent des seigneurs du IIIe Reich qui avaient brûlé sa bibliothèque et ses œuvres.

— Consolez-vous, lui disait un de ses amis. Au fond, ne sommes-nous pas bien ici ?

— Oui, vous avez peut-être raison, répondait doucement Hirschfeld, par les temps qui courent, il vaut mieux être réfugié à Nice que sacrifié à Berlin.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Fondé en 1873. — N° 24 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 15 JUIN 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS-Vᵉ

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 4 juin. — M. ADAM. Les gauchers en médecine légale. — Mlle LAURENS. La maladie de Nicolas et Favre.

5 juin. — M. HAMELIN. Etude de la parturition dans les utérus malformés. — M. JEAN-JOSEPH. Tension artérielle au cours de l'apoplexie utéro-placentaire. — M. PETRESCO. Recherches sur l'extension du bacille de Koch par le lait des accouchées tuberculeuses. — M. GOURDET. La crise douloureuse hépato-biliaire.

6 juin. — M. CARRASCO. Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. — M. LOSAY. Les repas épais, vomissements chez le nourrisson par aérophagie. — M. REYER-SÉVERIN. Mise au point de l'étude des syndromes douloureux abdominaux dans la pneumonie des enfants.

13 juin. — M. PHANDINH SAN. Des cancers de la verge à évolution rapide. — Mme LIÈVRE. Etiologie de l'incontinence nocturne d'urine. — M. CONSTANTINESCU. Utilisation des acides aminés dans la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux. — M. TEMPIER. Les hémoptysies tuberculeuses isolées et leur avenir. — Mlle LEWIN. Etude des réactions tuberculiniques cutanées chez la femme. — M. NOEL. Etude clinique et thérapeutique des troubles observés chez les brûlés. — M. LEPOIVRE. Etude de la carie dentaire. Tuberculose et carie. — M. SAINT-CYR. Entérostomie dans les occlusions aiguës de l'intestin grêle.

14 juin. — M. PHAM HUU CHI. Septicémies dues au Bacillus Funduliformis. — M. HENRIQUE CAMPOSA. Action du glucose sur les propriétés pharmacodynamiques de certains médicaments. — M. SKORECKI. A propos d'un cas d'hypertension artérielle chez un potier d'étain. — M. POPESCO. La voie rectale comme porte d'entrée des sérums équi-thérapeutiques. — Mlle BRANDWAJN. L'arthrodèse extra-articulaire du genou dans la tumeur blanche de l'enfant. — M. BRICAGE. Etude des hypertrophies congénitales des doigts. — M. FRIANT. Sur la maladie de Lobstein.

L'art à la Faculté de médecine de Paris. — Le 5 juin a été inaugurée par M. Mario Roustan, ministre de l'Education nationale, l'Exposition d'Art à la Faculté de médecine de Paris.

Reçu par M. le Prof. Roussy, doyen de la Faculté, M. le Sénateur Paul Strauss, président des « Amis de la Faculté de médecine », le ministre parcourut les salles au milieu d'une assistance nombreuse et choisie où l'on comptait beaucoup de dames.

Remarqué à cet élégant « vernissage », les Professeurs Achard, Beaudoin, Clerc, Desgrez, Fiessinger, Guillain, Hartmann, Laignel-Lavastine, Lenormant, Lereboullet, Loeper, Ménétrier, Pouchet, les Docteurs Darier, Siredey, Vallery-Radot, Etienne Bernard, Martin, directeur de l'Institut Pasteur, etc., etc...

L'Exposition était faite des nombreux portraits de médecins éminents qui, selon un usage remontant au XVIe siècle, étaient remis à la Faculté, dons de modèles, ou commandés par la Faculté pour honorer un de ses membres. Aussi, pouvons-nous contempler parmi tant d'autres, l'admirable portrait de Gigot de Lapeyronie, chirurgien de Louis XV et fondateur de l'Académie de chirurgie, par Rigaud ; celui de G.-J. de l'Epine, par Nattier ; celui de Lassone, par Duplessis ; celui de Pourfour du Petit, l'un des meilleurs portraits de Restout ; celui de Lassus, par Gérard.

Citons également les bustes de Houdon, de Pigalle, de Le Moyne.

Et tandis que l'on voyait renaître ces visages du passé, ces lignes que Paul Valéry qui écrivit la ravissante plaquette remise aux visiteurs, revenaient à l'esprit :

« Tous ces hommes disparus ont médité sur les mêmes problèmes. La vie dans ses rapports avec la mort, n'a cessé d'occuper leur pensée... L'ensemble de ces portraits représente donc une volonté commune, une curiosité commune d'importance essentielle, une action semblable aussi réfléchie que possible, au milieu des circonstances les plus variées, les plus graves ; parfois, les plus pressantes et les plus chargées de responsabilités. Voilà ce qu'il faut que les yeux de l'esprit lisent ou mettent sur ces visages. »

* * *

D'autres belles œuvres encore retenaient les regards ; le tableau célèbre de Girodet-Trioson « Hippocrate refusant les présents d'Artaxercès » reproduit tant de fois, et dont il disait : « Ce sujet m'a paru un des plus beaux de l'antiquité, tant par la vénération attachée au souvenir d'Hippocrate, que par le bel exemple de patriotisme et de désintéressement qu'il offre ».

Le tableau d'Hersent, la « Mort de Bichat », retenait les regards : le maître est étendu sur son lit, en une chambre encombrée, sombre, éclairée d'une bougie posée à la tête du lit ; Esparron se penche sur lui, lui prenant la main ; Roux effondré dans un fauteuil, l'attitude douloureuse, l'ensemble est d'un tragique poignant.

Revenons vite vers la suite de tapisseries des Gobelins, d'après Le Brun, vers les primitifs flamands et italiens, légués par le Prof. Gilbert, vers les médailles et jetons rares que beaucoup admirèrent et parmi eux, au premier rang, notre sympathique confrère, le Docteur Noir, du *Concours Médical*, qui en possède lui-même une si belle collection, tandis que le Docteur Lucien Graux si amateur de belles reliures, ne quittait plus les vitrines où étaient disposés les livres rares, aux enluminures précieuses.

A. F.

Cette exposition sera ouverte du 5 au 30 juin, de 10 heures à 18 heures, y compris les dimanches et fêtes, 85, boulevard Saint-Germain.

Médecins sanitaires maritimes. — Ont été admis à Marseille : MM. Berger, Berre, Cheyrou-Lagrèze, Guépin, Henric, Herdhebaut, Imbert, Leblanc, Roche, Tissot et Tran-Cong-Vi.

La Direction de la Santé Publique à Tunis. — M. Peyrouton, résident général, vient de grouper sous une direction unique tous les services de l'Assistance et de la Santé publiques.

Le Docteur Villain, médecin inspecteur à la Direction générale de l'Intérieur, a été nommé chef de ce nouveau service.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Banssillon.

Hôpital de la Pitié. — *Service d'électroradiologie.* — Des places d'attachés libres sont réservés dans le Service d'électroradiologie de la Pitié, à des médecins français ou étrangers (par-

lant le français) désirant *se perfectionner* dans la pratique de l'électroradiologie.

Ces attachés devront participer journellement à l'activité du service pendant une année (six mois en électrologie et six mois en radiologie) à partir du 1er octobre 1935. Aucun émolument n'est attaché à cette fonction.

Pour renseignements et inscription, écrire au Docteur Delherm, chef du Service.

Médaillon du Docteur Paul Ravaut. — Les amis et les élèves de Paul Ravaut, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ont l'intention, pour perpétuer sa mémoire, de faire exécuter un médaillon qui sera placé dans le service qu'il a dirigé pendant douze ans.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur d'une somme de 100 francs recevra une réplique du médaillon.

Prière d'adresser la souscription au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Assemblée générale de la F. E. M. — La Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.) a tenu récemment son Assemblée générale à son siège social (Hôtel Chambon), 95, rue du Cherche-Midi, Paris VIe, sous la présidence du Docteur A. Siredey, qui, après avoir rappelé le succès du Bal de la Médecine française et retracé l'historique de la Société, fait un chaleureux appel à tous les médecins de France et insiste sur l'intérêt qu'ils ont à y faire admettre leur femme et leurs enfants (membres participants : cotisation annuelle : 25 francs). Le but de la Société est, en effet : 1° de servir une rente viagère constituée par des versements sur un livret individuel à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse ; 2° d'y ajouter une allocation annuelle prélevée sur ses propres fonds. La Société donne, en outre, dans certaines conditions, des bourses d'études aux orphelins et des allocations aux veuves : elle a enfin une organisation d'entr'aide qui rend de précieux services. Les médecins peuvent, d'ailleurs, y adhérer personnellement en qualité de membres honoraires en versant la modique cotisation annuelle de 25 francs, qui peut être perpétuée par un versement unique de 250 francs (membres honoraires perpétuels) ou de 500 francs une fois donnés (membres bienfaiteurs).

Le Docteur Abel Watelet, secrétaire général, lit son rapport annuel sur la situation morale et les actes de la Société au cours de l'exercice 1934. Si les 25.000 médecins de France étaient membres honoraires, la détresse des veuves et orphelins des médecins décédés sans avoir eu la précaution de s'inscrire à une Œuvre d'assistance serait en grande partie soulagée.

Le Docteur O. Crouzon, trésorier, montre la situation prospère du groupement qui compte 1.672 membres (1.067 honoraires et 605 participants) et possède déjà deux filiales, l'une à Nancy, l'autre à Alger. Les allocations versées en 1934 à plus de 100 familles dépassent 87.000 francs. Il exprime l'espoir de faire mieux encore si le nombre des membres honoraires continue à s'accroître.

Il est ensuite procédé aux élections. Le Bureau et le Conseil d'administration sont composés comme suit :

Président : Docteur A. Siredey ; vice-président : Mmes Jayle et Marcel Labbé ; vice-président : Docteur Darras ; secrétaire général : Docteur Abel Watelet ; trésorier : Docteur O. Crouzon ; secrétaire : Mme Veillard ; archiviste : Mme Thoinot.

Conseil d'administration : Mmes Paul Aimé, Berruyer, Mlle le Docteur Blanchier, Mmes Bourguignon, Carrié, Cibrie, Desprez, Dopter, Maurice Fabre, Lapeyre, Leclainche, M. le Docteur Leroux-Robert, Mme Raymond Letulle, Mainot, Mlle le Docteur Majerczac, Mme le Docteur Montlaur, Mme Morvan, Mme le Docteur Noël, Mmes Pauchet, Paul et Sicard.

Assises internationales périodiques de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaires. — Les différents groupements professionnels de Royat ont décidé d'organiser tous les trois ou quatre ans des Assises internationales consacrées chacune à une question d'actualité concernant la physiologie, la pathologie et la thérapeutique cardio-vasculaires.

La session sera faite de rapports confiés aux compétences qui se seront révélées par des recherches personnelles. Les rapports seront remis et édités sous forme de brochures dont chacune représentera une monographie *up to date* sur la question choisie et leurs parutions successives constitueront une bibliothèque cardio-vasculaire dans laquelle le savant trouvera une documentation précieuse, le praticien des directives diagnostiques et thérapeutiques d'applications journalières.

La première session aura lieu à Royat pour la Pentecôte 1936 et traitera des spasmes vasculaires avec les rapporteurs suivants : MM. les Professeurs C. Heymans (de Gand) et Lucien Brouha (de Liége) : Sur le tonus vasculaire (physiologie). M. Riser (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale. — MM. Leriche et Fontaine (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres. — M. Maranon (de Madrid) : Les

spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie. — M. Loeper (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires.

Seul, M. Marañon n'a pas encore fait connaître son acceptation.

Medical Yacht Club de France. — Un groupement de médecins amateurs du sport nautique se constitue actuellement pour fonder le « Medical Yacht Club de France ». Les confrères yachtmen que ce groupement intéresse sont priés de bien vouloir adresser, le plus tôt possible leur adhésion de principe, soit au Docteur Georges Luys, 20, rue de Grenelle, à Paris, soit au Docteur Lièvre-Brizard, 25 *bis*, rue Victor-Hugo, à Évreux (Eure). Les adhérents seront convoqués individuellement à l'Assemblée constitutive qui se tiendra au cours d'un déjeuner amical qui aura lieu à Paris dans la première quinzaine de juillet.

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde méditerranéen antique, *l'Association Guillaume Budé* organise du 17 août au 9 septembre une huitième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce préhellénique et classique.

Le voyage qui aura lieu à bord du *Théophile Gautier* des Messageries maritimes, comportera l'itinéraire suivant : Marseille, Messine, Taormina, Corfou, Preveza, Actium, Ithaque, Olympie, Sparte, Mistra, la Crète (Candie, Knossos, Phaestos, Haghia-Triada, Gortyne), Santorin, Délos, Mykonos, Syra, Nauplie, Tirynthe, Argos, Mycènes, Épidaure, Rhamnonte, Chalcis, Érétrie, Salamine, Égine, Athènes, Daphni, Eleusis, Corinthe, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'*Association*, la croisière sera accompagnée, au titre de conférenciers, par M. Charles Picard, membre de l'Institut, professeur d'archéologie antique à la Faculté des lettres de Paris, directeur honoraire de l'École française d'Athènes et par M. André Boulanger, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, ancien membre de l'École française d'Athènes.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe). Téléphone : Littré 79-55.

Nécrologie. — Docteur Victor Berthail, de Firminy (Loire). — Docteur Paul Bergougnoux, de Brive (Corrèze). — Docteur Michel Bonnier, du Pecq (Seine-et-Oise). — Docteur Raymond Bernard, décédé à Hyères. — Docteur Charles Beaugois, de Saint-Valéry-en-Caux, décédé à Bec-Hellouin (Eure). — Docteur Bonnemaison père, de Veaugues (Cher). — Gustave Coquidé, officier de santé, de Frévent (Pas-de-Calais). — Docteur Anthelme Pierre Durand, de Lyon, décédé dans sa 83e année. — Docteur Casanouve, de Latresne (Gironde). — Docteur Levilliain, décédé à Caen. — Docteur Louis Mercier, de Montluçon, ancien médecin-chef des usines Saint-Jacques, décédé dans sa 80e année. — Médecin général Henry Mendy, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris. — Docteur Julien Piot, de Valenciennes. — Docteur Charles Piquet, de Dieppe. — Docteur Robert Proust, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de 62 ans. — Docteur Gabriel Rancurel, de Vallabrègues (Gard). — Docteur Rey, de Marseille. — Docteur Fielding H. Garrison, de Baltimore, décédé à l'âge de 64 ans. — Docteur Axel Reyn, de Copenhague, chef du service de dermatologie, de l'Institut Finsen. — Professeur Fichera, directeur de l'Institut du cancer de Milan, décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur Michel Moundlic, de Paris, 101, avenue Philippe-Auguste. — Docteur Philippe Tissié, de Pau, fondateur de la Ligue française d'éducation physique, membre du Conseil supérieur de l'éducation physique, décédé à l'âge de 82 ans. — Professeur Jean Sendrail, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse, correspondant de l'Académie de médecine.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30, du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 4 fr. 50. Abonnement : France, un an, 60 francs. Boivin, éditeur, 3, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 mai 1935 : J. Kleiner : Mickiewicz et son épopée nationale. — R. Latouche : L'acte écrit en France au Moyen-Âge (II) : Recherches des documents. — P. Jourda : L'évolution de Moréas (II) : Les origines des stances. — R. Lachièze Rey : Le Moi, le monde et Dieu (VI) : Insuffisance de la sagesse pantheistique. — H. Hauser : Les idées et la politique économique du Cardinal de Richelieu (IX) : Le commerce transocéanique. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (VIII) : La discorde dans une colonie lettrée. — J. Segond. La signification de la tragédie (III) : La purification. — Pierre A. Muenier : Introduction au XVIIIe siècle : La crise de la conscience européenne (1680-1715) d'après M. P. Hazard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pour le diagnostic accéléré du cancer du col utérin

Le test de Lahm-Schiller La colposcopie d'Hinselmann

Par le Professeur E. FORGUE
Membre correspondant de l'Institut

« Principiis obsta »

Dès maintenant, nous pouvons, en cancérologie, tenir pour acquis le résultat de premier plan, que confirment, dans ces trois dernières années, les statistiques des centres principaux d'Europe et d'Amérique. Si nous considérons la catégorie « I » de la nomenclature de la Société des Nations, c'est-à-dire les cas où la lésion débutante est limitée au col, sans invasion para-cervicale, avec mobilité utérine conservée, nous avons le droit de déclarer que nous guérissons le cancer utérin (guérisons vérifiées après la cinquième année, *« the 5 year cure »*) dans une proportion qui atteint les quatre cinquièmes des cas : Regaud, dès 1932, arrivait à du 79 % ; la statistique *Marie Curie Hospital*, à Londres, en 1933, enregistre une proportion de près de 82 % ; Lynch et Barlett parlent de près de 90 % !

Nous pouvons donc, actuellement, *faire baisser de plus des trois quarts la mortalité féminine par le cancer utérin.* Or, il tue, annuellement, près de cent mille femmes dans ces quatre pays réunis : Allemagne, Angleterre, France, Etats-Unis. Donc, si nous prenions le mal à cette étape, nous pourrions, nous devrions déjà, pour ces quatre nations, sauver près de 80.000 malades !

***

Et ce qui donne à cet objectif une plus haute valeur, ce n'est pas seulement *la quantité* des vies sauves, c'est leur *qualité* sociale. Poursuivre le recul de la longévité, prolonger des octogénaires, les garder de la pneumonie mortelle, c'est un résultat humainement et personnellement désirable. Mais, quel progrès majeur est la conservation de femmes frappées à la maturité de la vie, aux années voisines de la quarantaine, à l'âge où leur rôle familial est le plus nécessaire, alors que leur disparition vide et désorganise la maison ! D'autant que, par une injustice du sort, cette affection emporte le plus souvent des multipares !

Il est, au surplus, à considérer — remarque capitale — que *ce pourcentage de curabilité maxima*, pour les cas du premier degré, *nous pouvons l'assurer*, aujourd'hui avec le *minimum de risque*, soit par l'opération, soit surtout par les radiations. Ce n'est pas le lieu de traiter ici du choix entre ces deux méthodes. Mais il semble bien, d'ores et déjà, qu'à égale efficacité il y ait, à l'actif de la curiethérapie, un avantage de sécurité. Et c'est là, à l'appui de la propagande pour la précocité du traitement, *le plus persuasif argument que nous puissions invoquer*, auprès des malades. Si cette vérité se répand, dans le grand public, qu'en huit jours, sans opération, sans anesthésie, par une simple application indolore et sans risques, la malade peut obtenir la guérison stable du plus redouté des maux, nous réussirons, mieux que par tous tracts de vulgarisation, à la diriger vers l'examen et le traitement. Car, il n'est pas douteux qu'à la base de ses temporisations se trouve la peur de l'opération.

Mais, combien nous sommes loin encore de cette discipline de défense personnelle ! Présentement, alors que, dans le monde entier, s'est réalisé cet effort intense de propagande et d'organisation anticancéreuse, tel qu'il surclasse probablement le mouvement antituberculeux, sait-on quelle est la proportion relative, parmi les malades traitées dans nos centres pour cancer du col utérin, des cas nous arrivant à ce premier stade guérissable : un dixième à peine ! Et avec quelques faibles variantes selon le niveau de l'éducation populaire, tous les directeurs des centres anticancéreux de tous pays déplorent ces mêmes retards : situation comparable à celle d'un corps de pompiers, pourvu de l'outillage le plus puissant et le plus rapide, qui ne recevrait l'appel de secours que lorsque le feu serait à tous les étages !

***

Donc, actuellement, *ce problème de thérapeutique devient, surtout, une question de diagnostic* ACCÉLÉRÉ. C'est-à-dire d'amélioration *de tous les moyens propres à supprimer les causes qui écartent la femme de l'exploration nécessaire, à imposer cet examen dès les premiers signes d'alerte, à créer même l'habitude* D'UN CONTRÔLE PÉRIODIQUE *de sécurité aux approches de la décade critique*, entre la quarantième et la cinquantième année.

Car, il n'est pas douteux que *le retard le plus funeste vient de la malade elle-même*, de ses préjugés, de sa négligence, de sa fausse sécurité par l'absence initiale de la douleur, de son appréhension de la chirurgie ; autant d'obstacles que doit vaincre une action éducatrice, adaptée au milieu social, persévérante, ne dépassant pas la mesure ! — Rien ne nuit à l'effet même de notre propagande autant que certains tracts alarmistes, que certaines affiches, inartistiques et brutales, comme celle, ridicule, où l'on voit un glaive menaçant un crabe ! Je conçois, au contraire, une image douce, calme, rassurante, où l'on verrait une infirmière-visiteuse découvrant à une pauvre malade l'horizon d'espoir que lui ouvre la salle, radieuse et claire, de radio et de curiethérapie ! Et comme, même dans le milieu populaire, la raison l'emporte sur le sentiment, je montrerais simplement ce graphique révélateur où l'on voit le niveau de curabilité tomber, à pic, de près de 90 % au premier stade, à 40 % au second degré des lésions, à 10 % pour le troizième, à zéro pour les cas avancés !

Mais il y a aussi une *éducation médicale* à parfaire. Et plusieurs réformes sont ici indispensables. Il en est une d'ordre purement *scolaire* : après plus de quarante ans d'enseignement clinique, je crois être autorisé à dire que la plupart de nos jeunes docteurs quittent l'école avec une insuffisante pratique de l'examen gynécologique. Nos conseils, cependant, ne leur font point défaut pendant leur stage : « ne laissez passer, répétons-nous, aucune occasion d'examiner un col au spéculum ou de faire un toucher vaginal ; familiarisez-vous avec les multiples aspects du col métritique ; attachez-vous à perfectionner la finesse tactile de votre index, car c'est le doigt mieux que l'œil qui apprécie les plus légères modifications de consistance, les minimes indurations des lèvres du col, la friabilité

saignante des petites ulcérations, l'infiltration débutante du paramètre ».

Une deuxième réforme est d'ordre *didactique* : elle a, d'ailleurs, une portée générale et dépasse cette question En pathologie descriptive et surtout en cancérologie, il ne s'agit plus désormais de s'attacher surtout au tableau clinique des phrases confirmées et avancées des maladies : *la certitude du diagnostic équivaut alors à un certificat d'incurabilité.* L'intérêt majeur porte sur les premiers degrés du processus, sur les petites lésions initiales et guérissables. Pour le cancer, plus que pour toute autre affection, ce qu'il *faut* connaître et donc dépister, ce sont les débuts insidieux, l'aspect simple et bénin des *lésions érosives* en voie de cancérisation, les formes de passage de la cervicite au néoplasme, et même les *états précancéreux*.

Le troisième progrès est d'ordre *technique* : pratiquement, il y a lieu de perfectionner et de préciser la découverte précoce des signes initiaux, de rechercher des «tests», simples et sûrs, capables de nous fournir dès les premiers stades du mal, *le diagnostic de certitude* ou, tout au moins, *le signal d'alarme*. Sans doute, *la biopsie reste la condition et la garantie de nos diagnostics précoces*. C'est la vérification nécessaire. Mais, d'une part, elle n'est pas exempte d'erreurs, et j'en ai montré quelques indications contradictoires. Et, d'autre part, elle ne peut pas être souvent renouvelée ; elle n'est pas l'épreuve qui convient à ces *visites périodiques* de tranquilisation que je crois, avec beaucoup de gynécologues américains et allemands, devoir devenir, pour la femme à la période critique, la mesure de sécurité et de préservation.

Il faut donc mettre aux mains du praticien les moyens, d'une part, de donner à l'examen de contrôle sa plus nette précision, et pour cela, d'amplifier l'image des lésions locales, d'autre part de signaler, par une réaction colorée, simple et rapide, les points où se produit une cancérisation débutante. C'est à ce double objectif que répondent : 1° *la colposcopie d'Hinselmann* ; 2° *le test de Lahm-Schiller*.

***

I

LA COLPOSCOPIE

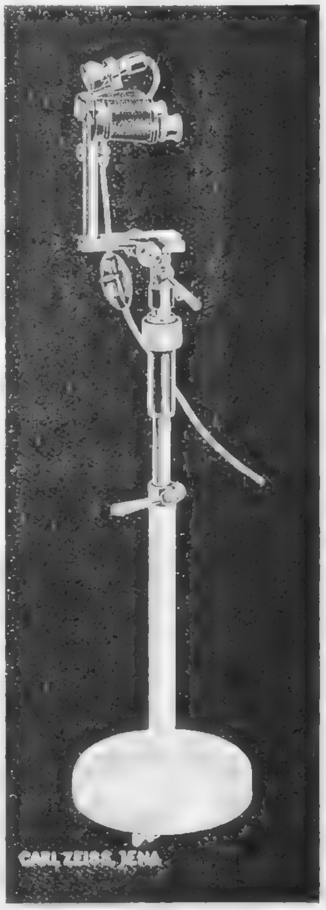
Il était logique, avec les progrès de l'optique et de l'éclairage modernes, d'utiliser, pour la vision, détaillée et clarifiée, des menues lésions du col utérin, l'amplification par les verres grossissants et l'illumination par les foyers électriques. C'est l'application, facilitée d'ailleurs par la faible profondeur et l'accessibilité large de la surface à observer, du principe de l'endoscopie, idée française féconde dont nous n'avons pas assez poursuivi le développement, et de l'examen à la loupe des lésions primaires dont les dermatologistes de Saint-Louis nous ont appris l'emploi.

C'est là l'objet de la *colposcopie*, méthode actuellement en étude en Allemagne et en Amérique à la suite de travaux du Professeur Hinselmann, chef du service de gynécologie à l'hôpital d'Altona. En ce mois de juin, notre collègue est appelé à exposer sa méthode au Congrès de l'*American medical Society* et, en septembre, il doit, au Congrès international de Madrid, la présenter comme contribution à la prévention du cancer du col : c'est donc un mode important d'exploration qui, à l'étranger, suscite un grand intérêt. Je dois à son obligeance la communication des documents concernant cette méthode. Je lui dois aussi des réponses, très courtoisement explicites, aux objections et demandes de précisions que je lui avais soumises ; et je puis dire que c'est avec sa collaboration que j'écris cette note sur ce procédé d'examen qui me paraît mériter d'être étudié chez nous. La maison Zeiss, d'Iéna, a bien voulu me communiquer le cliché représentant l'appareillage, dont nos constructeurs sauront facilement établir d'ingénieuses répliques et trois clichés de démonstration.

Partie optique. — Le colposcope d'Hinselmann est une *loupe microscopique binoculaire*, jouissant d'une *distance frontale* de 14 à 15 centimètres. Après essais comparatifs, le grossissement de *dix diamètres et demi* a paru le plus pratique : c'est celui auquel Hinselmann s'est arrêté dequis quelques années. Ce n'est que, pour des recherches plus fines, pour l'étude plus approfondie d'un point malade de la muqueuse, qu'il recourt parfois à des grossissements de 20 à 30 diamètres et, rarement, de 40 diamètres. En effet, la dimension du *champ de vision* diminue rapidement avec l'accroissement du grossissement : le champ binoculaire de la loupe à 10,5 de grossissement, a un diamètre de 22 millimètres ; à 14 de grossissement, il tombe à 13 millimètres.

Fig. 1

Colposcope d'Hinselmann



Le dispositif d'éclairage, (lampe à incandescence 8 volts, 0,6 amp.), formant un angle aigu avec le système d'observation) illumine, d'une façon intense et uniforme, tout le champ de la loupe. Le statif spécial construit pour le colposcope, sur lourd pied rond muni de roulettes, se déplace en tous sens et possède deux mouvements de déplacement en hauteur, l'un rapide, l'autre lent. La partie supérieure amovible qui porte à demeure la loupe-microscope est munie d'une articulation d'inclinaison et d'un chariot mû par crémaillère et pignon. Une vis de serrage étant desserrée, on peut faire tourner la partie supérieure dans le plan horizontal.


VASONITRYL

Examen. — Le colposcope est amené, à l'aide du statif roulant, à quelques centimètres du spéculum ouvert. Il est à noter que, grâce à l'amplification et à l'éclairage du champ observé, on peut employer un spéculum de moindre calibre que pour l'examen à l'œil nu. Les divers mouvements permettent de régler, commodément et la loupe et l'éclairage. Les images sont droites et non inversées, de sorte que les directions de mouvement ne sont pas renversées.

Observer, c'est *détailler*. Grâce à *l'observation binoculaire, au grossissement des images, à leur relief et à leur intense éclairement*, il est permis d'analyser en détail les moindres lésions de la muqueuse cervicale, les irrégularités de surface érosives ou ulcéreuses, les proliférations papillaires, les hyperkératoses, les places où se font des mutations de l'épithélium, les points hypérémiques. Et il est, vraiment, remarquable de constater combien gagnent en clarté, par ce simple grossissement de dix diamètres — *a fortiori* par les multiplications de vingt, trente et quarante — les images d'une lésion débutante, par rapport à l'examen à l'œil nu. Les deux clichés, ci-joints, démontrent cette supériorité de la vision colposcopique (*fig.* 2, échelle 10/1) comparée à la vue macroscopique (*fig.* 3, échelle 1/1), pour un même point dont la figure 4 (échelle 60/1) précise les lésions histologiques.

J'ai posé au Professeur Hinselmann les questions suivantes qui me paraissent essentielles :

1°) Quelles sont les lésions typiques que la colposcopie distingue avec le plus de netteté et dans quelle mesure leur détermination aide-t-elle à un diagnostic de cancérisation probable ? 2° Y a-t-il, en un mot, des caractères objectifs, *visibles à la loupe, invisibles à l'œil nu*, qui, surtout dans les lésions de type ulcéreux, caractérisent l'érosion cancérisée, ou en voie de cancérisation, état grenu, ou creusé, ou végétant, ou vasculaire. Car, c'est principalement dans les formes érosives ou proliférantes que ce grossissement peut nous rendre les plus grands services. 3° La biopsie demeurant, malgré tout, notre seule base de *certitude*, dans quelles conditions la combinez-vous à l'examen colposcopique ?

Résultats. — Pratiquement, la donnée la plus intéressante qui me paraît se dégager de ces recherches, c'est la connaissance des états *kératosiques du col, des types leucoplasiques*, dont l'aspect frappe beaucoup plus nettement la vue à la loupe binoculaire qu'à l'observation à l'œil nu. Jusqu'à présent *la leucoplasie de la muqueuse exo-cervicale* n'a point été décrite comme forme débutante fréquente de l'épithélioma du col : en France, cependant, comme Hinselmann le reconnaît, nous avons établi la notion des cancers évoluant sur muqueuses leucoplasiques. Il est possible que, par une colposcopie systématique, nous confirmions cette *fréquence de la leucoplasie exo-cervicale*, comme *étape initiale* d'un épithélioma pavimenteux épidermoïde, forme qui dans notre statistique représente près de la moitié des cancers du col et qui est caractérisée par la transformation cornée des cellules de revêtement.

Dans son *Introduction à la colposcopie*, Hinselmann a donné des aquarelles très nettes figurant les aspects *de cette leucoplasie exo-cervicale* qu'il estime être présente dans une proportion de près de 1 1/2 % des malades examinés à sa consultation. A côté des plaques de leucoplasie typique, il distingue — autant que j'ai compris son texte et ses explications — d'autres zones en évolution cornée moins avancée. Sous le nom de « *Felderung* », il décrit des plages formées de petites taches blanches ou jaunâtres, rondes ou polygonales, de contour irrégulier, séparées l'une de l'autre par des lignes rouges très minces ; les taches sont constituées par des petits amas de cellules atypiques en transformation cornée, les lignes par des traînées étroites d'épithélium moins altéré ; Hinselmann me propose, pour cet aspect, la dénomination de dispositif *alvéolaire*. — Sous le terme de « *Leucoplasie-Grund* », il désigne des portions où l'évolution n'est point encore arrivée à la transformation cornée : ce sont des plaques qui, au lieu d'être blanches, sont encore rouges ; et, cependant, étudiées histologiquement, elles montrent le même épithélium atypique qu'une leucoplasie vraie ; « vous pouvez observer le même aspect, me dit Hinselmann, en décapant une plaque néoplasique de sa couche superficielle » ; de là, le mot de « Grund » base.

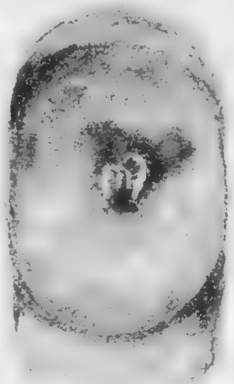


Fig. 2
Examen du col à l'œil nu
(échelle 1/1)

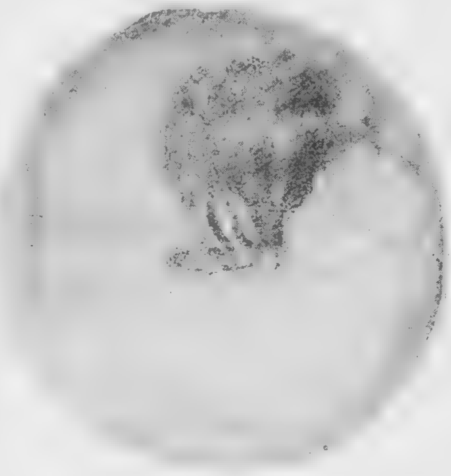


Fig. 3
La même portion à l'examen colposcopique
(échelle 10/11 réduite)

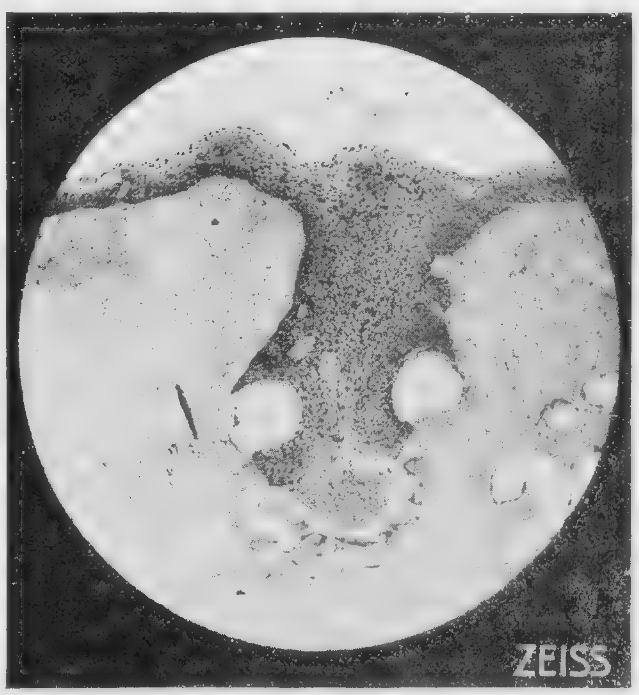


Fig. 4
L'examen histologique de cette portion
(grossissement 60 diamètres)

Tout cela n'est pas encore très clair, comme type d'images colposcopiques : il en est de ce point comme de l'ophtalmoscopie à son début et de la cystoscopie ; il faudra, par des observations multipliées, par des fiches avec carte, établir des atlas groupant ces aspects et leur relation vérifiée avec le cancer. Ce que je retiens c'est qu'en 1934, après sept mois de consultation avec colposcopie systématique, Hinselmann enregistrait, sur 340 femmes examinées, treize cas de leucoplasie, dont sept subissaient l'excision et montraient *deux* cas de cancer débutant, dans des cas *symptomatiquement silencieux* ; c'est donc une ressource de dépistage, dont nous ne saurions omettre la valeur préservatrice.

Il m'a paru qu'en matière de lésions du type *érosif* ou *ulcéreux*, la colposcopie était d'une moindre précision, comme avertissement de lésions précoces. Et cela se comprend. D'abord, cliniquement, il faut bien reconnaître *la rareté de la cancérisation des ulcérations métritiques* ; l'analogie avec l'ulcus cancérisé de l'estomac a porté certains chirurgiens à exagérer la possibilité de cette transformation. Et nous touchons ainsi à l'obscure question de *l'Erosions-carcinom* soulevée par Winter. L'observation à la loupe ne peut que grossir les images ; elle montre, avec amplification et détail, les orifices glandulaires, les glandes closes et kystiques, les points anormalement vascularisés, les bourgeonnements papillaires, les polypes glandulaires. Sans doute, une saillie anormale et saignante, un creusement ulcéreux de la muqueuse, une irrégularité du contour de la zone rouge, un liseré leucoplasique bordant les orifices des glandes pourront faire suspecter une évolution maligne. Mais, cela ne saurait donner que des probabilités ; seule, la biopsie peut fournir la certitude.

Conclusions. — Il ne saurait être question d'assimiler, comme importance de l'invention et portée de son application, la colposcopie à l'une des grandes méthodes endoscopiques, comme l'ophtalmoscopie, la cystoscopie, l'œsophagoscopie qui, pour ces trois spécialités, ont prodigieusement transformé la séméiologie. Il ne s'agit ici que de l'amélioration, de la modernisation, par le grossissement et la lumière, de l'antique observation au spéculum.

N'empêche que la lunette voit mieux que l'œil nu, et que la lampe électrique éclaire mieux la profondeur, Donc, quand il s'agit de saisir dans leurs minimes altérations débutantes les lésions d'un cancer exo-cervical, quand notre devoir est de tirer de l'examen au spéculum toutes ses précisions, puisqu'une vie humaine peut dépendre de ce diagnostic, ce serait une faute que de négliger le progrès technique que constitue ce nouvel instrument d'observation, d'autant que sa simplicité d'appareil le met à la portée de toutes les pratiques.

Lorsque son emploi sera généralisé, lorsque nous aurons constitué, surtout dans les centres anticancéreux, des fichiers avec cartes topographiques des lésions, lorsque, pour tous les cas, nous aurons confronté les indices colposcopiques avec les contrôles histologiques des prises biopsiques ou des pièces opératoires, nous pourrons dire avec exactitude, dans quelle mesure cette amélioration de l'observation locale, aura permis le dépistage accéléré des cancers, cliniquement silencieux ou invisibles à l'œil nu. Nous n'attendons pas, d'ailleurs, de cette méthode le diagnostic de *certitude* et de *nature* ; nous lui demandons surtout d'enrichir nos signes de *probabilité* et de *localiser* les points sur lesquels doit porter le prélèvement de l'echantillon à examiner ; *car le dernier mot appartient à la biopsie.*

* * *

II

LE TEST DE LAHM-SCHILLER

Etant donné un point de la muqueuse cervicale suspect d'altération néoplasique commençante, le problème était de le déceler, de le distinguer de la surface saine, par une réaction simple, rapide, d'une visibilité nette et caractéristique. « J'ai trouvé la solution déclare Walter Schiller, de la *Clinique gynécologique de l'Université de Vienne* (Professeur Weibel) : c'est la coloration du tissu vivant par le liquide de Lugol ».

Son principe. — Quel en est le principe ? Un fait, que Schiller qualifie de « révélation surprenante » a été observé : à savoir que *l'épithélium normal du col, contient dans ses couches superficielles, du glycogène, alors que cette substance disparaît de l'épithélium cancérisé, dont les cellules sont en voie de transformation cornée.*

UN CANCER DÉBUTANT NON ULCÉRÉ DU COL UTÉRIN

VU AVANT ET APRÈS LE LUGOL

Photographies dues à l'obligeance du Dr Schiller)



AVANT — FIG. 5 APRÈS — FIG. 6

C'est là la découverte de Lahm, qui sert de *base biologique* au test de Schiller. Mais l'utilisation *clinique* de cette propriété appartient bien à Walter Schiller ; et ce fait justifie la réclamation de ce dernier ; ainsi qu'il me l'écrit, l'épreuve du Lugol mérite bien d'être appelée le *test de Schiller.*

Dans le tissu *vivant, normal,* le glycogène de la couche spinale de l'épithélium cervical absorbe et fixe, d'une façon élective, l'iode de la solution de Lugol (iode, 1 gr. ; iodure de potassium, 2 gr. ; eau distillée, 300 gr.) : en une demi ou une minute, l'épithélium sain se teint en *brun-acajou.* Par contraste, la zone modifiée par une évolution néoplasique débutante, privée de glycogène, *ne prend pas le Lugol* et reste nettement blanche ou rosée, tranchant sur le fond brun, presque noir, de la surface normale environnante. Ainsi, en quelques secondes, les parties suspectes sont signalées et délimitées par une *coloration spécifique.*

C'est le grand mérite de Schiller d'avoir méthodisé

ENTÉRO-PANSEMENT

DU DOCTEUR ZIZINE

PROTECTION - DESINFECTION DE LA MUQUEUSE INTESTINALE

COMPOSITION

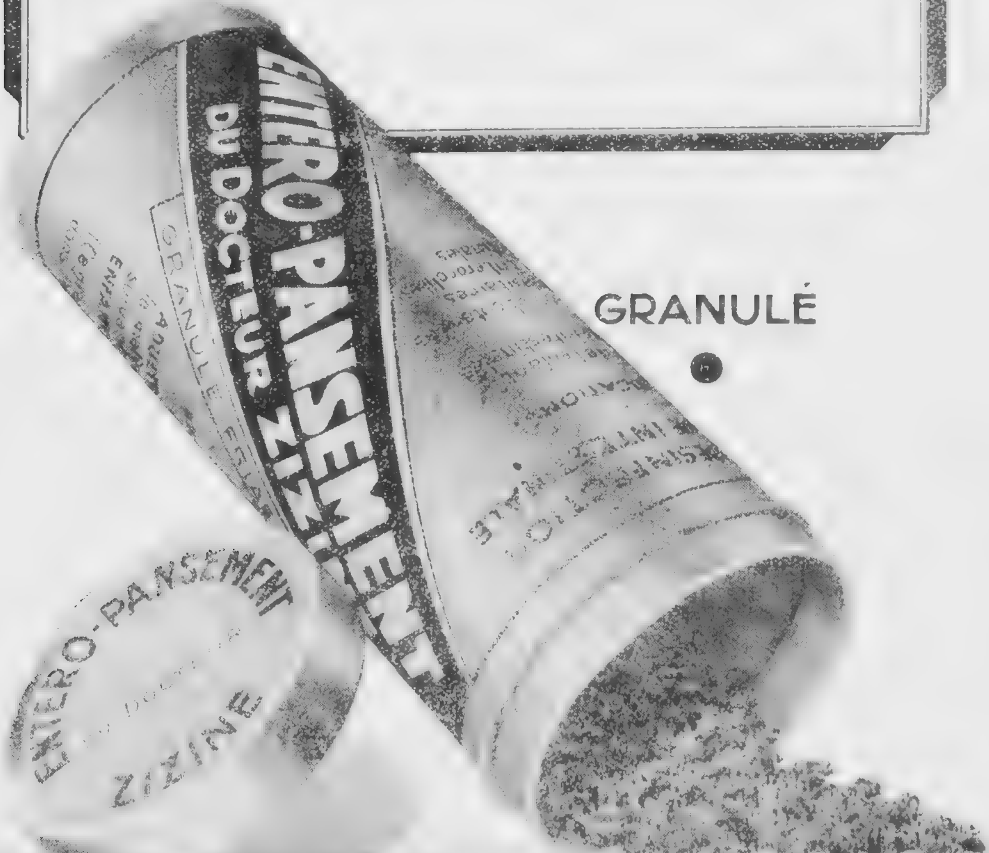
Charbon activé · Sous-Nitrate de Bismuth
Antivirus intestinaux.

INDICATIONS

Diarrhées · Infections et Intoxications intestinales : leurs conséquences · Colites · Entérocolites
Fermentations intestinales · Colibacillose.

MODE D'EMPLOI

Adultes. — une à deux cuillerées à soupe par jour.
Enfants. — une à deux cuillerées à café suivant l'âge.



GRANULÉ

Laboratoires P. ZIZINE 24 Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

l'application clinique de cette réaction, dont l'importance pratique peut se comparer aux épreuves de signalisation colorée qui ont pris en biologie générale, surtout en histologie et en chimie, une valeur de clarté évidente.

Sa technique. — La technique décrite par Schiller, en 1933, dans son mémoire du journal *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, est la suivante : un spéculum découvre le vagin supérieur et l'on verse, par un récipient muni d'un long embout, 10 à 15 centimètres de solution de Lugol ; on imbibe la surface régulièrement en la tamponnant avec une petite éponge ou un bloc d'ouate hydrophile. On laisse le liquide agir une minute environ, puis l'on absorbe, par un tampon, l'excès de liquide et l'on essuie doucement au tampon, le col et le vagin. Henriksen, dans son récent article de mars 1935, préfère à ce badigeonnage l'imprégnation du col par une pulvérisation de Lugol : cela va plus vite, et assure une plus homogène imbibition par la solution iodée, avantages appréciables dans un service de grande consultation.

Ses indications. — Comme technique, on le voit, c'est commode, expéditif et net. Mais, comme valeur d'interprétation, est-ce toujours aussi simple et probant ?

Il s'agit de bien poser le problème. Le grand intérêt du *test de Schiller*, c'est évidemment le « *dépistage* », « *la détection* », comme disent les Américains, des lésions malignes, *cliniquement latentes*, c'est-à-dire *symptomatiquement silencieuses* et *imperceptibles*, ou du moins non reconnaissables, *à l'œil et à la vue*. La découverte est, alors, salutaire au plus haut degré, quand selon le mot de Graves, elle éclate dans un ciel entièrement serein : « the discovery of cancer was made out of an entirely clear sky ». Cela peut se comparer à ces « détecteurs à fumée » qui, à bord des paquebots modernes, signalent un foyer initial d'incendie.

A une étape plus avancée, l'épreuve au Lugol n'a plus cette valeur révélatrice absolue, d'un véritable « détecteur » ; mais elle peut apporter, quand même, une très utile mise en garde : elle désigne les points suspects, elle localise l'emplacement de la biopsie, elle précise la ligne de démarcation entre la surface normale et la zone limite de la cancérisation superficielle.

Il y a deux ans, dans son mémoire de 1933, Schiller avait déjà pu réunir 553 examens, dans lesquels il avait utilisé l'épreuve au Lugol. Sur ce nombre, il avait trouvé 140 réactions positives, et 19 de ces cas avaient révélé des lésions en voie de cancérisation.

Donc, l'iode-réaction *positive* ne signifie pas constamment suspicion de cancer. Le test, comme le dit Graves, ne va pas sans restrictions. Il n'a une valeur absolue que lorsqu'il est *négatif*, c'est-à-dire quand le col se colore uniformément en brun acajou : la tranquillisation qu'il fournit alors paraît sûre, au dire de Graves, et c'est bien un important résultat, pour les visites périodiques que certains conseillent à toute femme aux environs de la quarantaine, non seulement au delà, mais en deçà (il est remarquable, comme le fait observer Schiller, que sur ces 19 malades, 8 avaient moins de 40 ans !).

Il s'agit donc de préciser les conditions pathologiques, d'ordre surtout *infectieux* et *inflammatoire*, qui sont capables de troubler l'imprégnation iodée et, partant, de fausser l'épreuve.

Parmi ces conditions perturbatrices, voici celles qui me paraissent se dégager des observations de Schiller lui même et des travaux de contrôle de quelques chirurgiens américains, surtout de l'étude récente de William Graves, de Boston.

1° D'abord, comment se comporte la réaction, quand il s'agit d'une lésion du type *érosif* ou *ulcéreux*, éventualité dominante en pratique ? — Ici, la réponse ne me semble point d'une netteté ni d'une concordance absolues. Graves dit : « Ulcerations and erosions do not take the stain since they have no epithelial covering », « les ulcérations et les érosions ne prennent pas la coloration puisqu'elles n'ont pas de revêtement épithélial » ; donc, elles doivent garder leur aspect rougeâtre.

D'après Henriksen, dans le cas *d'érosion*, si l'inflammation est vive, la coloration se produit, parce que les leucocytes, riches en glycogène, prennent instantanément l'iode. Selon Schiller, la zone ulcérée ou érodée, dépouillée d'épithélium paraît rouge, *plus ou moins foncée*, veloutée et sombre, légèrement colorée par l'iode. Sa marge, où l'épithélium est conservé, mais où l'infiltrat néoplasique se prolonge, forme une raie ou une bande blanche, encadrant l'ulcération. Et, comme le conseille Schiller, lorsque, pour la biopsie, on prélève un échantillon, il y a intérêt à le prendre dans cette zone blanche, incolore. Il me semble donc qu'il faut distinguer le comportement du test, dans les lésions *ulcéreuses*, avec nécrose superficielle, et dans les lésions *érosives*, avec inflammation et suppuration.

2° Il faut prendre grand soin, lors des manœuvres d'application iodée (par exemple, l'essuyage un peu rude avec une gaze), de ne pas léser l'épithélium cervical, ce qui emporte les cellules contenant le glycogène et fausse le tableau. De même, comme y insiste Schiller, la desquammation des couches superficielles de l'épithélium glycogène (glycogenons epithelium) peut être produite par un toucher trop brusque du col ou par la pénétration incorrecte du spéculum : de telles desquammations traumatiques seront reconnaissables à leur forme, parce qu'elles ressemblent à des égratignures, en lignes droites et étroites.

3° Le pus se colore en noir, puisque les leucocytes sont riches en glucose. Les tissus nécrosés se colorent aussi en noir, mais plus clair, parce qu'ils contiennent des granulations incolorables. Une pellicule de mucus empêche la coloration. Le sang ou le lavage à l'eau masquent la réaction.

4° Le Lugol ne prend pas sur un épithélium glandulaire, tel que celui de l'endo-cervix. Il en résulte que dans le cas fréquent *d'ectropion* de la muqueuse cervicale, cylindrique, la surface correspondante reste rouge, rosé. De même, le test est sans valeur dans le cas d'un *adéno-carcinome*.

5° En ce qui concerne le diagnostic différentiel, souvent si délicat, et qui serait de la plus grande importance pratique, entre les lésions de *certaines cervicites chroniques et les premières étapes de la cancérisation*, le test est insuffisamment démonstratif. Graves, qui a bien étudié ce point, dit que, sur les surfaces de cervicite invétérée, l'épithélium semble souvent manquer de glycogène : de là, leur coloration en *brun très léger*, qui se fond avec les tissus environnants fortement colorés, au lieu d'en être nettement séparés, par une ligne de démarcation, comme dans les cas de cancer vrai.

6° Un point très intéressant est le mode de la réaction colorée dans le cas d'hyperkératose. La présence d'une hyperkératose, non néoplasique, tenant soit à la syphilis, soit à un prolapsus utérin habituel, peut donner lieu à un test positif, c'est-à-dire avec surfaces ne prenant pas le Lugol et demeurant blanches. Il en résulte que, dans le cas de *leucoplasie cervicale*, le test, comme le dit Henriksen, n'est pas spécifique de la cancérisation, mais sert plutôt à désigner le lieu de la biopsie.

••

Conclusions. — « J'ai commencé, nous dit Graves, à utiliser le test de Lahm-Schiller il y a neuf mois, avec « une curiosité sceptique ». Je l'ai adopté, comme pratique régulière, dans l'examen des cols utérins, soit en consultation d'hôpital, soit en clientèle. Dans cette courte période, il m'a permis le diagnostic très précoce de lésions néoplasiques, dans des cas où je n'avais aucun signe, *tactile* ou *visuel*, du cancer et où, seul, le Lugol m'a signalé l'emplacement de la biopsie à faire. »

Voilà, certes, une adhésion importante, capable de déterminer les praticiens à *l'emploi systématique d'un mode d'exploration simple, rapide, clair*. Sans doute, ce test n'a pas une valeur absolue ni constante, et j'ai insisté sur ses risques d'erreur. Mais c'est incontestablement, dans la campagne que nous menons pour le diagnostic accéléré du cancer du col, une ressource auxiliaire, un indice d'avertissement, qui constitue le progrès pratique le plus intéressant que nous ayions réalisé dans ces dernières années. *Négatif*, il donne à peu près la sécurité. *Positif*, il nous met en garde par une réaction colorée, il nous signale les zones de la muqueuse cervicale où évoluent des processus cellulaires anormaux, « précurseurs en puissance » du cancer, selon le mot de Graves ; il localise les points d'élection de la biopsie.

Au sujet des perforations utérines

par G. MENEGAUX

Les perforations utérines qui suivent une tentative d'avortement ou un curettage échappent à une thérapeutique univoque, tant nombreuses et dissemblables sont leurs variétés. Comment, par exemple, comparer la large plaie d'un utérus en pleine infection, faite à domicile dans des conditions mal définies, qui s'accompagne parfois de graves désordres intestinaux, et effraction minime d'un organe sain, faite en fin de curettage par un chirurgien qualifié qui aura su s'abstenir d'exploration intempestive et d'injection intra-utérine ? La première lésion nécessite de toute évidence la laparotomie immédiate ; la deuxième au contraire guérira dans bien des cas par la temporisation.

Aussi comprend-on que l'accord soit loin d'être fait sur la meilleure conduite à tenir en présence d'une perforation utérine et que les discussions qui s'ouvrent périodiquement sur ce sujet devant les Sociétés savantes n'aboutissent jamais à des conclusions définitives et approuvées par tous.

La plus récente, à la Société nationale de chirurgie (1934) a pourtant permis, grâce à son ampleur et à sa précision, de dégager quelques directives générales ; les voici, brièvement résumées :

1° C'est tout d'abord la nécessité absolue d'opérer quand la perforation n'a pas été faite par le chirurgien lui-même et qu'ainsi les conditions du traumatisme utérin et les circonstances de l'accident ne sont pas connues d'une manière certaine.

2° C'est ensuite, quelles qu'aient pu être les modalités de la perforation, l'avantage incontestable de l'intervention sur l'abstention. Comme le dit si justement Picot : « ... On ne peut méconnaître que bien des perforations ont guéri sans intervention. Mais quand on pense aux dangers que les malades ont couru, force est d'admettre que l'intervention doit être la règle, et l'abstention, limitée à quelques cas particuliers, l'exception ».

3° C'est encore, dans la plupart des cas, l'insuffisance et les dangers de la voie basse, qui conduit soit à une intervention aveugle (colpotomie), soit peut-être inutile ou inefficace (hystérectomie). Et en effet, l'opération vaginale méconnaît le plus grand principe de la chirurgie contemporaine des traumatismes abdominaux : la nécessité d'une voie d'abord large et commode permettant une exploration complète, et par conséquent une décision thérapeutique en toute connaissance de cause.

La voie vaginale ne peut donc se défendre que dans des cas exceptionnellement graves, utérus très infecté, perforation vue tardivement, ou malade à l'état général très déficient : l'hystérectomie vaginale est alors moins shockante que l'hystérectomie abdominale et donne quelques chances supplémentaires de succès.

* * *

Une fois la laparotomie faite, comment traiter la perforation utérine ? Sur ce point particulier, les avis restent très partagés : si Brocq et d'Allaines sont partisans de l'hystérectomie dans tous les cas, d'autres considèrent que la suture est suffisante, « si la perforation est petite et si l'utérus paraît sain, ainsi que les annexes » (Picot).

Nous voudrions montrer aujourd'hui, à l'aide de deux exemples personnels, que quelquefois l'hystérectomie est à déconseiller et que, inversement, la suture est parfois notoirement insuffisante.

Voici tout d'abord nos deux observations :

Observation I. — Mlle M..., Andrée, 25 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 12 octobre 1934 à 13 heures. Ayant un retard de règles de vingt jours environ, elle s'est introduit une sonde molle en gomme, dans l'utérus, il y a trois jours. Elle arrive dans un état tout à fait alarmant : faciès tiré, température à 37°5 et pouls à 140. Il existe une très légère contracture de la moitié inférieure de l'abdomen qui fait penser à la possibilité d'une perforation utérine. L'utérus est un peu gros, douloureux ; aucun empâtement latéro utérin.

On se met en devoir de pratiquer un curettage. L'hystéromètre introduit avec la plus grande douceur pénètre à 13 cent. et revient souillé d'un liquide fétide.

Laparotomie médiane sous-ombilicale (Dr Menegaux) sous anesthésie légère à l'éther. Il existe un peu de liquide séro-purulent dans la cavité abdominale. L'épiploon adhère à l'utérus surtout vers sa corne gauche. Dans la cavité ainsi formée, ouverte vers la droite, on découvre deux ou trois cuillerées de pus franc, fétide. Après évacuation, on met en évidence une perforation du fond utérin sur sa face postérieure et gauche. L'aspect de cette perforation est le suivant : fente en étoile, recouverte de fausses membranes ; l'utérus est violet et œdématié au voisinage.

Devant l'état extrêmement précaire de la malade et la septicité des lésions, on se décide à faire un drainage simple sans oser faire l'hystérectomie. Mikulicz au contact de la perforation. Sérum antigangréneux. Fermeture en un plan aux bronzes. Pose d'un drain de Mouchotte intra-utérin.

Une hémoculture montre la présence de nombreux germes qui n'ont pas été identifiés.

Mort à 22 heures le même jour.

Observation II. — Mme L... Berthe, 30 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 18 novembre 1934 à 15 heures. Son médecin présent à l'admission raconte ce qui suit : cette femme a fait une fausse couche en août dernier. Depuis cette époque, elle perd du sang irrégulièrement. On pense à une rétention placentaire possible.

Le 17 novembre, pose d'une laminaire. Le 18, à 14 heures, dilatation aux bougies de Hegar. Le médecin craint que la dernière placée ait perforé le fond utérin. Il n'en a pas la certitude, mais il s'est abstenu ensuite de toute manœuvre et de toute injection.

A l'examen à son entrée, l'état général de la malade n'est nullement inquiétant : pas de température, pouls normal à 80. L'abdomen est d'une souplesse parfaite ; le palper est un peu douloureux dans la région sus-inguinale gauche. Au toucher, le col est presque fermé, l'utérus est de dimension normale, très mobile, un peu douloureux vers sa corne gauche. Repos, glace sur le ventre.

A 18 heures, température 37°1, pouls à 108. Pas de vomisse-

ment. La douleur abdominale s'est accentuée. Il existe une défense nettement localisée dans la région gauche. Au toucher, les signes ne se sont pas modifiés. M. Janvier, interne de garde, décide d'appeler le chirurgien de garde.

A 18 h. 30, je confirme le diagnostic probable de perforation utérine et je décide d'intervenir.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther (Dr Menegaux). Il existe quelques centimètres cubes de sang dans le cul-de-sac de Douglas, sans aucune sérosité. Sur le fond utérin, et un peu à gauche de la ligne médiane, on découvre une perforation linéaire. L'utérus parait normal de volume, de consistance et de coloration. Il n'existe en particulier aucune trace inflammatoire autour des bords de la perforation. Annexes saines.

Devant le contraste qui existe entre cet aspect macroscopique rassurant et les signes cliniques, on se décide à faire une hystérectomie.

Hystérectomie subtotale très régulière. Paroi en trois plans sans drainage. Suites opératoires normales. La malade sort guérie de l'hôpital au vingtième jour.

La pièce opératoire a été prélevée aseptiquement ; elle est méthodiquement disséquée. Les parois de l'utérus ont une épaisseur normale. Le trajet de la perforation est simplement recouvert d'un dépôt sanguinolent. Sur la partie haute de la paroi postérieure de l'organe, on trouve une zone de 1 cm² environ, très tomenteuse et irrégulière, de laquelle se détache une production charnue polypeuse (polype placentaire).

Prélèvements bactériologiques du trajet de la perforation et de la muqueuse utérine. Examen sur lames et cultures. Ces examens ont permis de déceler la présence d'un streptocoque hémolysant et hémoglobinilysant, poussant en anaérobie (Réaction d'Escaich à la pyridine).

***

Chez la première malade, en face d'un état général si précaire, aurions-nous dû préférer la voie basse ? Peut-être, mais une fois les lésions découvertes par le ventre, il n'était pas possible d'envisager l'hystérectomie que la malade n'aurait certainement pas supportée ; nous avons dû nous contenter d'un large drainage par mèches.

Nous n'avons pas l'intention d'ériger en méthode systématique ce procédé ; il nous semble cependant constituer un acte de nécessité, qui pourra peut-être sauver quelques malades opérées *in extremis*.

Dans la deuxième intervention, l'aspect macroscopique des lésions paraissait légitimer la suture : perforation petite et linéaire, aucune altération apparente de l'utérus et des annexes, épanchement intra-abdominal peu abondant.

Et cependant, l'état de la malade, observée depuis plusieurs heures par un interne averti, s'était aggravé progressivement malgré le repos et la glace. Il y avait un contraste saisissant entre l'extension de la contracture, l'accélération du pouls d'une part, et l'absence de signes macroscopiques d'autre part. Nous avions donc l'impression que l'origine des symptômes alarmants ne pouvait être qu'infectieuse.

Après quelques hésitations, nous avons donc cru préférable de sacrifier cet utérus suspect, qui pouvait receler en lui les germes d'une infection redoutable. Bien nous en a pris, puisque les examens bactériologiques ultérieurs ont révélé la présence d'un streptocoque particulièrement virulant, cultivant en anaérobie, hémolytique et hémoglobinilysant, et que l'ouverture de la pièce nous a montré l'existence d'un polype placentaire, où le même microbe était reconnaissable.

On nous objectera peut-être que c'était là un sacrifice disproportionné, qu'avec une simple incision des bords de la perforation suivie de suture, nous aurions aussi bien guéri la malade. Nous n'en croyons rien : l'épluchage mécanique de la plaie utérine n'aurait pas atteint les débris placentaires et aurait ainsi laissé persister un foyer virulent menaçant.

***

Nous sommes donc obligé de conclure à la lumière de cette observation, que la suture de la perforation n'est pas un acte thérapeutique rationnel et doit seulement être réservée à certains cas très particuliers. A la pratiquer plus souvent, il y aurait un risque analogue à celui qu'engendre la simple excision par voie vaginale d'un fibrome sous-muqueux sphacélé, timide opération trop souvent suivie de désastre. Dans l'un et l'autre cas, l'exérèse immédiate, « en vase clos » du foyer infectieux intra-utérin par une hystérectomie met seule la malade à l'abri de graves complications infectieuses post-opératoires.

A propos du traitement chirurgical de l'arthrite chronique déformante de la hanche

Par André TRÈVES et G. VIDAL-NAQUET

Parmi toutes les interventions qui s'offrent au chirurgien dans le traitement de l'arthrite chronique de la hanche, le forage épiphysaire nous semble actuellement mériter une place de choix, par la fréquence de ses indications et par les bons résultats qu'il permet d'obtenir avec facilité. C'est à Duvernay que revient le mérite d'avoir imaginé et fait réaliser cette opération.

Depuis les intéressantes observations de Cléret, de Graber-Duvernay, d'Arnaud, qui les premiers ont eu recours au forage, nous avons pu nous rendre compte à de multiples reprises de la valeur de cette intervention, pratiquée seule ou associée à une opération orthopédique.

Son mode d'action semble plus obscur en apparence qu'en réalité et pour l'expliquer certains auteurs ont voulu considérer le forage comme une saignée osseuse sur un os congestionné, permettant de bien drainer le col du fémur dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il semble également que le traumatisme opératoire ait une action favorable sur le mode de vascularisation de la tête fémorale. Si l'on se rapporte aux importants travaux de physiologie chirurgicale de Leriche et Policard, on peut noter que le fait dominant de l'arthrite chronique de la hanche est une hyperémie qui provoque une résorption osseuse de la tête et du col du fémur et secondairement des ossifications anormales. En supprimant les foyers de nécrose épiphysaire, on pourrait donc prévenir la formation de ces ossifications anormales.

Certains chirurgiens ont voulu, pour mieux lutter contre la stase veineuse de l'épiphyse, introduire dans le canal osseux un greffon d'os mort. Quel que soit d'ailleurs le mode d'action du forage, un fait est bien acquis, c'est la sédation très importante des douleurs qui survient dès le troisième jour de l'intervention.

Les indications du forage. — Les indications se sont nettement étendues depuis les premières observations publiées.

Tous ceux qui sont appelés à examiner et à traiter des hanches rhumatismales ont pu noter le mauvais état général que présentent le plus souvent ceux qui en sont porteurs.

L'arthrite déformante de la hanche, est une affection des gens âgés, souvent obèses, chez lesquels on observe fréquemment des troubles circulatoires importants de l'hypertension artérielle, des varices. Très souvent ces sujets ont épuisé les ressources de la thérapeutique antirhumatismale. Lorsque, malgré la physiothérapie, malgré les cures thermales, l'impotence et les douleurs obligent à recourir à la chirurgie, on ne peut proposer à de tels malades, que des interventions bénignes, non shockantes, et sans risques.

C'est pourquoi, nous semble-t-il, on peut fréquemment

poser l'indication d'une opération dont les suites sont aussi exemptes de tout incident.

Le forage seul est donc avant tout indiqué chez les sujets âgés, à état général précaire et présentant des arthrites *douloureuses.*

Il faut noter en outre la fréquente discordance entre les signes radiologiques et les signes cliniques. Dans de nombreux cas, nous avons observé des arthrites de la hanche, entraînant des douleurs très vives et ne se manifestant sur les clichés radiographiques que par des signes assez discrets. Chez de tels malades, où la douleur domine le tableau clinique, le forage procure un soulagement qu'aucune autre thérapeutique ne permet d'espérer.

La limitation des mouvements, les grosses déformations ne constituent pas des contrindications, car en même temps que la sédation des douleurs, un des principaux effets du forage est une notable augmentation des mouvements articulaires.

La bilatéralité qui si souvent pose un difficile problème thérapeutique en raison de l'importante infirmité qu'elle entraîne, est venue bénéficier grandement du forage. Récemment Graber-Duvernay considérait la bilatéralité comme une contre-indication. Il nous semble au contraire, que dans ces cas, le forage constitue à peu près la seule ressource chirurgicale que l'on puisse envisager. Nous avons pu, il y a peu de temps, pratiquer chez un obèse de plus de cent kilogrammes, un forage bilatéral qui a amené une remarquable sédation des douleurs et une importante augmentation de l'amplitude des mouvements des deux hanches. Cette double opération a été admirablement tolérée et ses suites ont été des plus simples.

Le forage associé à d'autres opérations orthopédiques. — Nous avons pu avec succès associer le forage, soit à un redressement orthopédique d'une hanche en mauvaise attitude, soit à une ostéotomie, soit à une butée ostéoplastique.

On sait la grande impotence et l'importante déformation qu'entraînent la flexion et surtout l'adduction d'une hanche. Dans les cas anciens où l'attitude vicieuse est fixée, seule l'ostéotomie sous-trochantérienne avec la technique sur laquelle l'un de nous (André Trèves) a plusieurs fois insisté peut permettre de rendre au membre inférieur une bonne direction. L'ostéotomie se montre là, une opération excellente, simple et bien tolérée. Cependant, on peut encore améliorer ses résultats en la faisant précéder du forage qui n'allongera ni ne compliquera l'intervention, et qui en modifiant la trophicité de l'épiphyse ajoutera au redressement, la sédation des douleurs et l'augmentation des mouvements articulaires.

Dans les cas de mauvais appui cotyloïdien, de cotyle évasé, de subluxation, la butée ostéoplastique venant apporter un solide soutien à la tête fémorale, sera également formellement indiquée. Là aussi, le forage constituera, comme nous avons pu récemment nous en rendre compte, un excellent complément et améliorera le résultat final.

De même, dans les luxations congénitales anciennes non réduites, qui si souvent deviennent douloureuses, il est facile de compléter la butée par le forage qui par son action sur la douleur constituera un appoint fort utile.

Il nous paraît donc que seul ou associé, dans des lésions uni ou bilatérales, le forage doit être considéré comme une opération excellente dans des cas fort nombreux et qu'il doit tenir une place importante dans la chirurgie du rhumatisme.

L'*arthrodèse* dans les arthrites chroniques non tuberculeuses nous paraît nettement contre-indiquée. Sans méconnaître les grands avantages de l'ankylose chirurgicale qui donne une hanche solide, indolore, bien appuyée, nous pensons que dans l'arthrite déformante elle se heurte à de nombreux écueils.

L'arthrodèse entraîne une impotence définitive et ne peut de toute évidence convenir qu'aux formes strictement unilatérales. Il nous paraît assez dangereux pour l'avenir de recourir à une telle intervention chez des sujets qui font avec facilité d'importants processus ostéophytiques et qui un jour pourront présenter une arthrite déformante du côté opposé à leur arthrodèse.

D'autre part, il est très fréquent de voir l'arthrodèse entraîner dans ces cas des douleurs de compensation dans les articulations sacro-iliaque et même sacro-lombaire.

Du point de vue théorique les *opérations mobilisantes* (arthroplastie ou résection arthroplastique selon la technique de R. Whitmann) sont les meilleures interventions. Elles sont les seules à prétendre reconstituer une articulation normale par sa forme, son indolence, sa mobilité. Nul ne peut nier cependant que ce sont des interventions importantes, facteurs de shock et d'hémorragies. Elles sont donc bien rarement indiquées chez les malades porteurs d'arthrite chronique qui ont souvent un état général médiocre et qui ne pourront supporter qu'avec difficulté les soins et les mobilisations post-opératoires si pénibles.

A l'inverse du forage également, du fait de l'importance des troubles trophiques, la mobilité a ultérieurement une tendance nette à diminuer, rendant les résultats éloignés assez médiocres. On ne peut donc guère conseiller de telles interventions chez des sujets âgés et d'autre part chez les sujets plus jeunes, il est rare que l'on ne puisse à moins de frais obtenir d'aussi bons résultats en associant le forage à une ostéotomie ou à une butée.

La technique du forage. — Elle est extrêmement simple, mais nécessite un repérage soigneux des surfaces articulaires.

Il nous paraît inutile d'opérer sous l'écran radioscopique. Un tel procédé risque de faire commettre à l'opérateur où à ses aides des fautes d'asepsie, et en outre l'écran ne peut contrôler la marche du foret que dans un seul plan.

Il suffit de bien repérer, par des repères cutanés opaques, d'une part le sommet de la tête fémorale, d'autre part la base du grand trochanter.

L'*incision* est une incision parallèle au grand axe du membre. Elle part du bord supérieur du grand trochanter et se prolonge seulement sur cinq ou six centimètres. La longueur dépend évidemment du développement du tissu adipeux sous-cutané du malade. Très rapidement on arrive sur la face externe de l'os après avoir traversé le fascia lata et quelques fibres de l'insertion supérieure du vaste externe.

Un doigt enfoncé dans la plaie permet de repérer très facilement et la crête sous-trochantérienne et le bord inférieur du col fémoral sur lequel on se guidera.

Le forage est commencé à un centimètre au-dessous de la crête sous-trochantérienne, à distance bien égale des faces antérieure et postérieure.

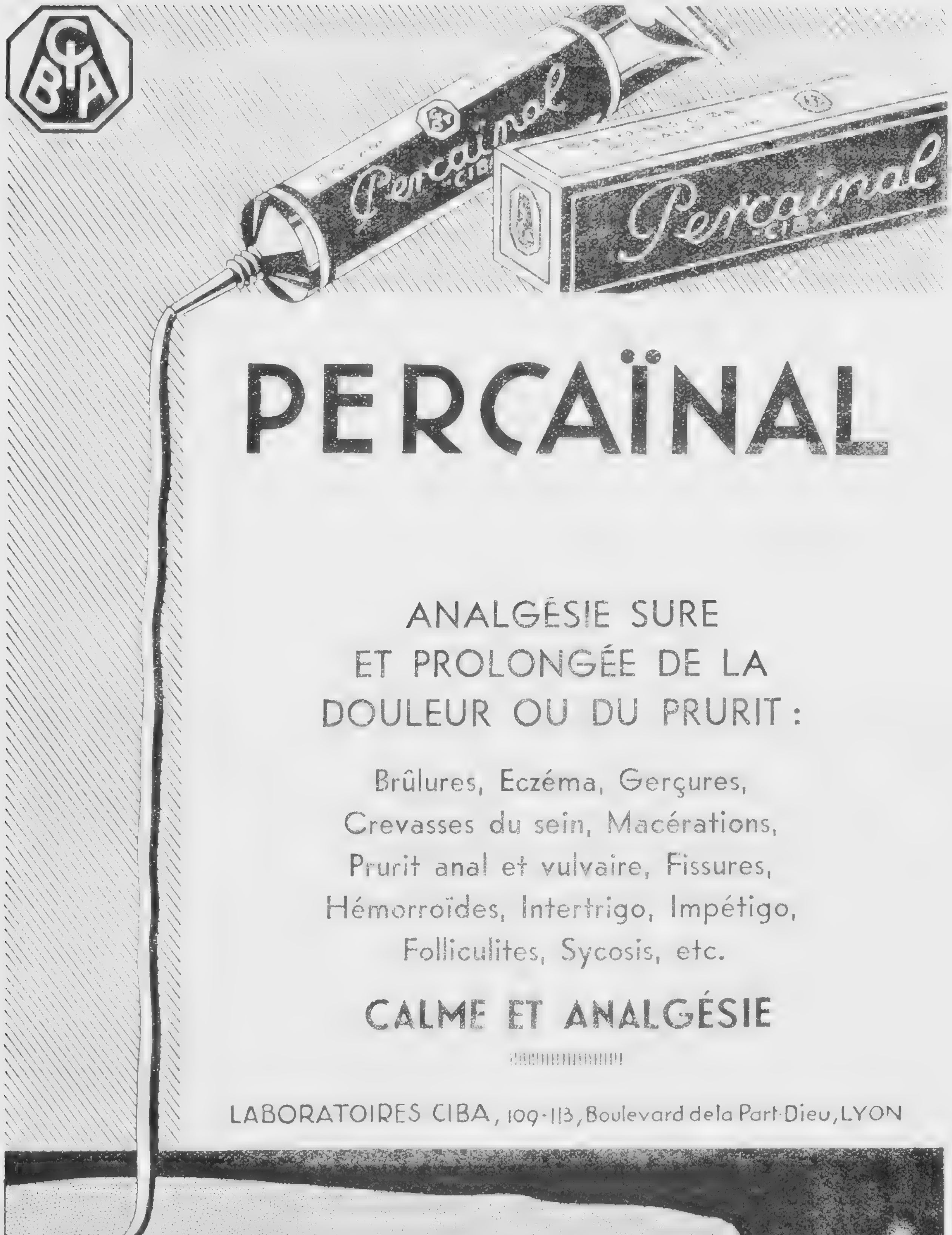
L'intervention est très facilitée par l'emploi de deux tarières que *Raphaël Massart* a fait réaliser. On commence par forer avec la tarière la plus mince. Grâce à cet instrument bien en main, on sent infiniment mieux qu'avec un vilbrequin ou un perforateur les parois du col fémoral, la consistance de l'os et, en outre, la direction est beaucoup plus facile à donner avec précision.

Lorsque la première tarière a creusé le canal jusqu'à la tête fémorale, on fore à nouveau avec la tarière plus grosse, pour bien agrandir le tunnel osseux.

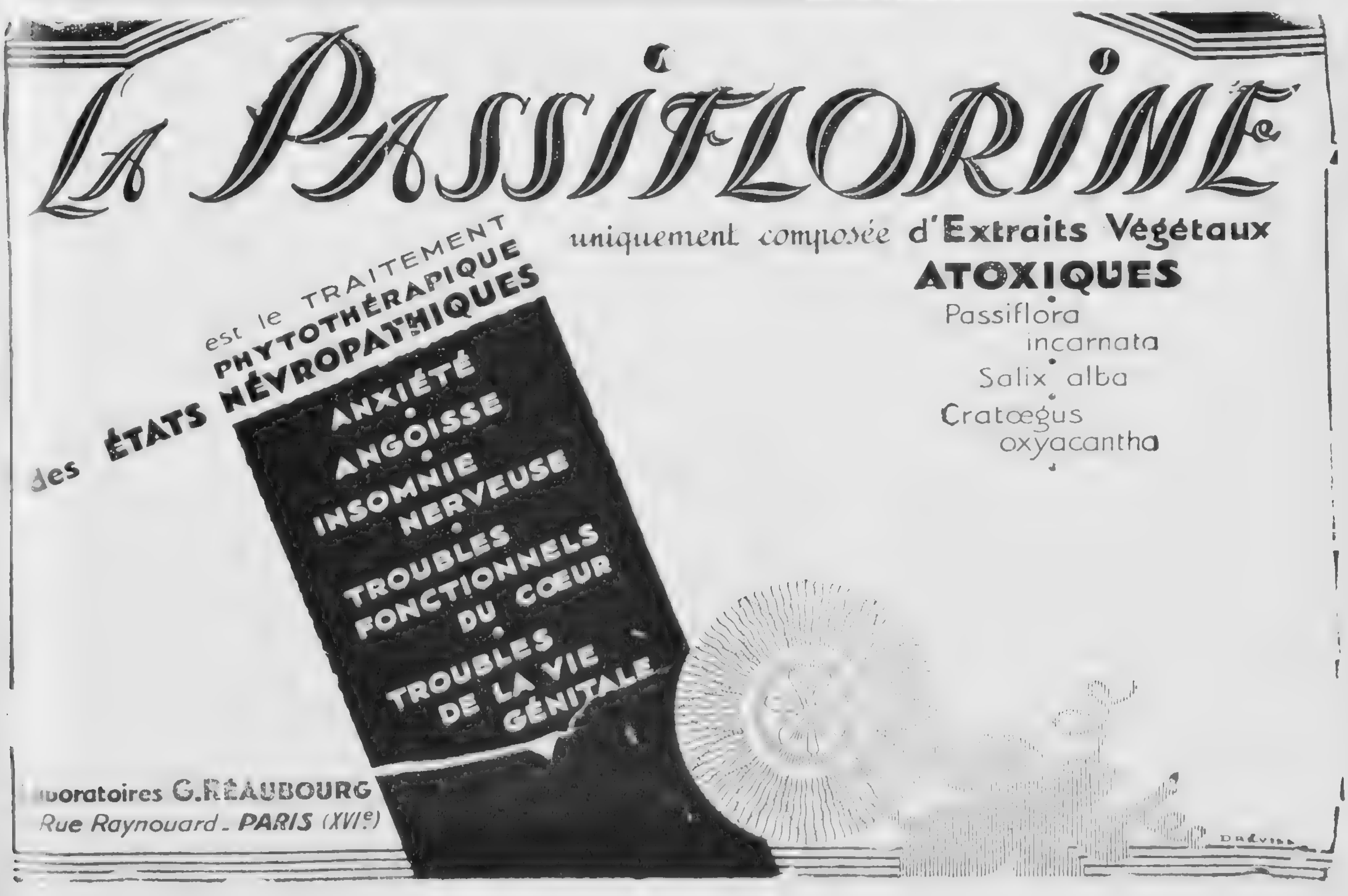
Il est important, comme y insiste Rocher à juste titre, de bien pénétrer jusqu'au milieu de la tête fémorale. C'est là que se trouve surtout le tissu du nécrose aseptique qu'il faut atteindre.

L'emploi du greffon d'os mort nous paraît un complément inutile. Sans lui nous avons obtenu d'excellents résultats et il n'est peut-être pas très heureux de faire cet apport calcique au contact d'un tissu osseux ayant tendance à proliférer ; quelques points de suture sur le fascia lata et sur la peau terminent cette intervention qui ne dure que quelques minutes.

Depuis quelque temps, l'un de nous (André Trèves), introduit dans le canal osseux un drainage filiforme qu'il laisse en place trois ou quatre jours et qui lui permet ainsi d'éviter les hématomes sous-cutanés si fréquents.


Percaïnal
CIBA
PERCAÏNAL
ANALGÉSIE SURE
ET PROLONGÉE DE LA
DOULEUR OU DU PRURIT :
Brûlures, Eczéma, Gerçures,
Crevasses du sein, Macérations,
Prurit anal et vulvaire, Fissures,
Hémorroïdes, Intertrigo, Impétigo,
Folliculites, Sycosis, etc.
CALME ET ANALGÉSIE
LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON


HYGIÈNE
JOURNALIÈRE
DES YEUX
DOUCHE OCULAIRE
Traitement des **états inflammatoires des yeux et de leurs annexes :** conjonctivites rebelles, blépharites, suite de maladies infectieuses, etc...
Contre les affections oculaires consécutives au surmenage visuel. Amélioration de la vision des **porteurs de verres** et des **yeux faibles** par la décongestion oculaire.
BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
Décongestif - Astringent - Antiseptique
Aucune contre indication - Aucun toxique
ECHANTILLON ET LITTERATURE
Laboratoires P. FAMEL. 16-22. rue des Orteaux. PARIS. 20e


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

Du dixième au quinzième jour, on fait lever le malade qui très rapidement peut reprendre une vie normale.

Les résultats sont en général excellents. La sédation des douleurs est le phénomène le plus marquant.

Dès le troisième jour, le malade ne souffre plus, même dans les formes bilatérales. Lorsqu'il se lève, dès les premiers pas, il constate l'indolence et la facilité de la marche. L'amplitude des mouvements qui est nettement améliorée, est due en grande partie à l'absence de la douleur. Cette amélioration de la fonction articulaire est facile à mettre en évidence par l'examen clinique qui montre la disparition du signe de Trendelenburg qui existait avant l'opération.

Il est bien évident que les résultats ne sont pas absolument constants, que le recul manque encore, bien que plusieurs auteurs aient pu observer de nombreux cas favorables datant de plus de quatre ans.

Cependant dans l'état actuel, nous pensons qu'en raison de sa parfaite inocuité, de la fréquence de ses remarquables résultats, le forage est une des meilleures opérations que l'on puisse recommander.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Physiologie

Le phénomène de survie du cœur a été recherché chez un certain nombre de sujets autopsiés en bon état de conservation. Les constatations suivantes ont été faites.

1° Sur des cadavres frais (moins de sept heures), on peut observer des contractions rythmées de l'oreillette droite.

2° Ces contractions sont consécutives à un choc léger, intéressant de préférence la base de l'auricule. Elles peuvent être provoquées par une excitation indirecte (compression de la veine cave inférieure, tractions sur les intestins).

3° Les battements sont presque toujours limités à l'oreillette droite, quelquefois à l'auricule. Exceptionnellement, on peut les voir s'étendre à l'oreillette gauche et au ventricule droit.

4° Ils peuvent être obtenus par excitation sur le cœur détaché du thorax, mais rempli de sang

5° Ils sont de forme et de durée variables. Dans un cas, l'oreillette a battu sans interruption pendant soixante-cinq minutes, fournissant 660 contractions.

Le plus souvent, une excitation produit une courte série de battements, suivie d'un arrêt. Une nouvelle excitation fournit une nouvelle série de contractions. Des intervalles de repos, pouvant atteindre plusieurs minutes, sont souvent nécessaires.

6° Ni l'âge, ni la cause de la mort ne paraissent avoir d'influence sur le phénomène. Il est compatible avec des lésions étendues du cœur et l'existence d'un épanchement péricardique important.

7° Les circonstances nettement défavorables à son apparition semblent être :

Une dégénérescence avancée du myocarde ;

La compression du cœur (tumeur, anévrysme) ;

L'affaissement de l'oreillette ;

La présence de caillots dans le cœur droit.

8° Le phénomène a été trouvé douze fois sur 75 cas utilisables. Mais sa fréquence serait certainement très grande s'il pouvait être recherché moins de deux heures après la mort.

(E. Sambuc. La survie du cœur chez l'homme. *La Presse Médicale*, 20 avril 1935.)

Medecine experimentale

En faveur de l'origine parathyroïdienne de la sclérodermie, MM. Leriche, A. Jung et C. Sureyya apportent leurs résultats expérimentaux. Ils ont essayé d'obtenir les lésions de la sclérodermie en partant de la parathormone.

Ils ont realisé l'hyperparathyroïdisme expérimental par des injections d'extrait parathyroïdien, en se servant spécialement de deux produits ; la parathormone de Collip et l'extrait parathyroïdien fabriqué par Byla sous le nom de parathyrone.

Voici leurs conclusions :

1° L'hyperparathyroïdisme réalisé par des injections de parathormone s'accompagne de lésions tégumentaires.

2° Chez le cochon jeune, la formation d'une plaque cutanée sèche, à poils rares a été observée. Histologiquement, il y a eu une légère infiltration œdémateuse autour des pelotons vasculaires des papilles dermiques.

3° Les rats jeunes, dans les conditions expérimentales indiquées, présentent, en plus d'un arrêt évident de croissance, trois modifications essentielles de la peau : épaississement (infiltration) induration, chute des poils. Cliniquement il s'agit d'une maladie transitoire.

4° La peau des animaux injectés présente une teneur en eau plus considérable que celle des témoins.

La teneur en calcium de la peau double ou triple dès la deuxième ou la troisième piqûre. Si l'on continue les mêmes injections, les teneurs en eau et en calcium des animaux injectés et des témoins s'équivalent à nouveau.

5° A l'examen histologique des téguments on observe successivement :

De l'infiltration avec dissociation du derme ;

Une exfoliation considérable de l'épiderme, avec prolifération du tissu conjonctif du derme et destruction partielle.

De fortes infiltrations calcaires de derme avec grandes destructions du tissu conjonctif et des annexes de la peau ;

Un amincissement considérable de l'épiderme et une formation conjonctive cicatricielle du derme et de l'hypoderme.

6° Dans les phases du début, il y a discordance entre les résultats des dosages chimiques (qui démontrent la présence de calcium en quantité anormale dans la peau) et les recherches histologiques (le calcium ne peut pas être mis en évidence par les colorations spéciales). Plus tard les dosages chimiques et les recherches histologiques concordent.

Ces expériences, comme celles de Seyle, apportent un appui considérable à la démonstration de l'origine parathyroïdienne de la sclérodermie.

(R. Leriche, A. Jung et C. Sureyya. La peau dans l'hyperparathyroïdisme expérimentale. Etude de la sclérodermie expérimentale. *La Presse Médicale*, 15 mai 1935.)

Médecine

La forme la plus commune de la tuberculose du cerveau est celle de tuberculose conglomérée ou tuberculome, qui détermine souvent la symptomatologie d'une tumeur intracranienne. Sur cinq cas de tuberculome intracranien observés dans le service de Paulian, quatre avaient une localisation cérébelleuse et un seul une localisation cérébrale occupant la partie inférieure du lobe pariétal gauche.

Dans le premier cas, la nécropsie a décelé des tuberculomes multiples à localisation ponto-bulbo-cervico-cérébelleuse ; dans le second cas, deux tuberculomes à localisation purement cérébelleuse : dans le troisième cas, un seul tuberculome kystique et volumineux, occupant l'hémisphère gauche du cervelet ; dans le quatrième cas, une caverne intéressant la région ponto-cérébelleuse centrale, et dans le cinquième cas, un tuberculome solitaire de la grosseur d'une mandarine, siégeant dans la région profonde du lobe pariétal gauche.

Dans tous ces cas, l'âge des malades (dont quatre du sexe masculin et un de sexe féminin) a oscillé entre 3 et 20 vingt ans, et l'évolution du tableau clinique a eu un rythme rapide, à fin léthale, entre quatre et six mois.

Les tuberculomes intracraniens se localisent de préférence au niveau du cervelet — surtout pendant la puberté ou vers sa fin, — la circulation étant probablement plus active ou plus abondante à ce niveau.

La méningite tuberculeuse se déclenche presque toujours après l'extirpation d'un tuberculome du cervelet, et même trois mois après l'intervention. C'est la raison pour laquelle Cushing abandonne l'opération dès qu'il trouve un tuberculome et soumet le malade, habituellement un enfant, aux applications de l'héliothérapie et des rayons ultra-violets. Dans deux de ces cas, il a obtenu une guérison clinique complète, car les radiographies n'ont décelé aucune sclérose ou calcification progressive du foyer, dans un cas après cinq ans et après dix ans dans un autre cas.

(D. Poulain et I. Bistriceano. Contribution à l'étude anatomo-clinique des tuberculomes intracraniens. *Paris Médical*, 11 mai 1935.)

Le terme adénopathie trachéo bronchique est mauvais, imprécis, utilisé à tort et trop souvent. — Mieux vaut l'abandonner. Le terme tuberculose des ganglions bronchiques, employé par Marfan, remplace avantageusement le précédent.

La tuberculose des ganglions bronchiques a une existence anatomique indiscutable, une traduction radiographique nette, une importance pathogénique considérable. Elle se présente sous trois formes : caséification des ganglions bronchiques, intumescence des ganglions bronchiques, calcification des ganglions bronchiques.

Elle mérite de conserver sa place dans la nomenclature, et doit être dépistée avec précision traitée avec soin, à condition de n'en porter le diagnostic qu'à bon escient.

(Ch. Lestocquoy. L'adénopathie trachéo-bronchique a-t-elle une existence réelle ? *Le Concours Médical*, 12 mai 1935.)

En Grèce, au cours de l'épidémie de streptococcie de 1933, des affections pleuro-pulmonaires streptococciques d'une exceptionnelle gravité ont été observées. Le sérum de Vincent, dont l'emploi n'a pu être généralisé, a été employé dans un certain nombre de cas, mais il n'a pas toujours été régulièrement injecté à temps ni aux doses nécessaires.

Les résultats constatés chez les malades traités par le sérum assez tôt et à doses suffisantes ont été d'un grand intérêt.

On peut résumer comme il suit le bilan de cette épidémie.

Sur les vingt et un malades atteints de streptococcie pleuro-pulmonaire, hospitalisés et justiciables de la sérothérapie, onze ont été traités par les méthodes usuelles. Sur ce nombre, neuf sont morts ; deux ont survécu. L'un de ces deux soldats a dû être réformé définitivement pour symphyse étendue de la plèvre et cachexie.

Parmi les dix cas traités par le sérum, quatre l'ont été très tardivement : tous les quatre sont morts ; les six autres, qui avaient reçu plus ou moins à temps le sérum de Vincent, ont tous guéri.

Tous les malades ont été soignés dans les mêmes services hospitaliers et observés au cours de la même épidémie, dont la durée a été de deux ou trois semaines.

Les cas non traités par le sérum, comme ceux qui ont été soumis à la sérothérapie, ont été opérés dans le même service et par le même chirurgien.

En Grèce, les épidémies de streptococcie revêtent souvent un caractère de haute gravité. Si l'on consulte la statistique de l'armée grecque, on voit que la streptococcie est responsable des trois cinquièmes des décès.

(E. Manoussakis, Athènes. Le traitement des affections streptococciques graves du poumon et de la plèvre par le sérum de H. Vincent avec remarques sur la gravité spéciale des streptococcies en Grèce. *La Presse médicale*, 11 mai 1935.)

Il n'y a pas un asthme, mais des asthmes à étiologies diverses.

Cliniquement et étiologiquement on peut situer un asthme tuberculeux, un asthme syphilitique, un asthme rhumatismal.

L'asthme tuberculeux doit être étudié indépendamment de l'asthme chez les tuberculeux, de façon à éliminer le rôle de toute épine localisatrice respiratoire.

Il présente une forme clinique bien personnelle : association de signes d'imprégnation tuberculeuse et de signes d'asthme ; il s'accompagne toujours d'insuffisance hépatique et souvent d'hypocalcémie.

Il relève probablement d'une forme jeune atténuée de bacille de Koch, virus filtrant, qu'il y a intérêt à rechercher.

Il est amélioré et souvent guéri par la chrysothérapie et la calcithérapie intraveineuses associées au traitement de l'insuffisance hépatique et à une cure climatique.

(Docteur Girbal, de Marseille. L'asthme tuberculeux. *Paris Médical*, 27 avril 1935.)

L'œdème de certaines affections organiques, rénales et hépatiques est souvent riche en imidazols.

Ces imidazols proviennent de la désintégration des parenchymes surtout du foie et du rein.

L'abondance des imidazols dans l'œdème est assez proportionnelle à leur abondance dans le sérum. La crise urinaire qui correspond à la résorption des œdèmes élimine aussi un excès d'imidazols.

La nature exacte de ces imidazols ne peut être affirmée ni par les méthodes colorimétriques, ni par le dosage chimique, ni par l'étude biologique. Mais leur action hydropigène est prouvée expérimentalement pour certains d'entre eux, tels que l'hydroxyméthyl, le diarabino et l'imidazol glyoxylate de soude.

L'œdème que déterminent les imidazols est pauvre en albumine, riche en chlorure de sodium, il a donc tous les caractères des transsudats.

Le chlorure de sodium est aussi nécessaire que l'eau à la formation de ces œdèmes. Il n'en est, pas plus que l'eau, la cause primordiale.

L'altération des cellules des tissus par des composés hydropigènes en semble plutôt responsable.

Les composés hydropigènes naissent surtout de la désintégration des parenchymes. Ils naissent du rein, du foie, des tumeurs, des suppurations. Ils peuvent être introduits aussi par les matières alimentaires ou se former dans l'intestin.

Si les imidazols ne sont pas la cause de tous les œdèmes, ils peuvent être déclarés responsables de la formation de certains d'entre eux.

(M. Loeper, M. Perrault, E. Bioy et A. Varay. Œdèmes et imidazols. *La Presse médicale*, 1er mai 1935.)

Syphilis

Deux malades présentant des lésions cutanées d'aspect scrofuloïde relevant en réalité de l'hérédo syphilis ont guéri complètement dès qu'un traitement spécifique intensif a été appliqué.

A propos de ces deux cas, il y a lieu de rappeler qu'en présence d'une lésion qui simule la scrofulo-tuberculose, on doit toujours suspecter le rôle de la syphilis et plus spécialement de l'hérédo-syphilis non seulement si celle-ci présente quelques atypies, mais surtout si son développement a été particulièrement rapide. On recherchera donc avec soin les stigmates cliniques et sérologiques de l'hérédo-syphilis. En cas de doute, on n'hésitera pas à instituer un traitement d'épreuve. C'est l'action rapide et remarquable de ce dernier qui affirmera le diagnostic, permettant d'éliminer une forme hybride dont l'amélioration serait plus lente, en tout cas moins complète.

(P. Fernet, Le Baron et Bloch Michel. Les lésions hybrides syphilo-strumeuses et les formes scrofuloïdes de la syphilis héréditaire tardive. *Le Bulletin médical*, 11 mai 1935.)

Psychiatrie

L'extase n'est ni une maladie, ni un syndrome ; c'est une anomalie sthénique, musculaire et psychique. Tous les sujets qui présentent des extases, sont, avant l'extase, des asthéniques. L'extase représente, chez eux, un épisode hypersthénique avec sensations voluptueuses et idéation mystique. L'asthénie, chez les extatiques, est déterminée par l'état passionnel douloureux (amour divin, amour charnel et divin), dont ils sont tous la proie à un moment donné.

(R. Benon. Note sur l'extase *Le Bulletin médical*, 20 avril 1935.)

Varia

Nombreux sont les spécialistes qui, sans méconnaître la nature syphilitique de certaines onyxis, ne croient guère à l'efficacité du traitement spécifique et considèrent les lésions unguéales de cette origine comme incurables. Cette notion fausse est basée sur le grand nombre d'échecs observés. En réalité la plupart de ces échecs sont dus à des traitements insuffisants, conduits sans directives précises et sans conviction.

(A. Lévy-Bing et A. Carteaud. A propos du diagnostic et du traitement des onyxis syphilitiques. *Le Documentaire Médical*, avril 1935.)

Il est hors de doute que l'annexion à la France valut à Aix (*en Savoie*) une ère de prospérité. Le maire se réjouissant de cet état de choses, dans une circulaire datée de 1868, rappela les grands travaux accomplis depuis dix ans, et termina par cette période magistrale : « Enfin le gaz, cette expression de la civilisation... ce dernier mot du progrès moderne, qui n'a pas peu concouru à valoir à notre siècle le titre fastueux de « *Siècle des lumières* ». (Marie-Louise PAILLERON. — Les célébrités aux eaux. *Revue des Mondes*, 1er mai 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1935

La destruction des rats. — *M. Loir* a plusieurs fois entretenu l'Académie des moyens employés pour la dératisation. La destruction du rat devient de plus en plus urgente, car depuis la guerre la pullulation des rats augmente. Parmi les moyens utilisés le chat, dressé à cet effet, donne les meilleurs résultats. M. Loir, qui s'est appliqué à l'élevage des chats ratiers, a déjà obtenu des succès incontestables.

On sait qu'à Paris, la ville, les grands magasins ont recours à lui ; il en est de même à Lyon et au Havre. Tout récemment, M. Dautry lui demandait encore des chats ratiers pour compléter l'effectif de ceux qui défendent les denrées périssables des dépôts de messageries du réseau de l'État. Le gouvernement italien utilise avec succès les chats fournis par M. Loir, etc...

L'auteur, poursuivant sa campagne, voudrait voir pousser la sélection et la protection des chats ratiers. Grâce au chat ratier, on pourra diminuer les pertes énormes que causent les rats (six milliards en France). On pourra enfin combattre les maladies propagées par le rat. Il faudrait en persuader le public.

Étude sur le rôle du foie dans la circulation de retour. — *M. Villaret.* — En dehors de toute perturbation pathologique et des faits extérieurs d'engorgement vasculaire passif du foie, il existe physiologiquement une activité vasomotrice hépatique qui constitue un des principaux mécanismes de la circulation de retour.

M. Villaret a montré, il y a longtemps, avec M. Gilbert que la contractilité vasculaire est une propriété vitale du parenchyme hépatique. Il apporte aujourd'hui la preuve du caractère permanent, physiologiquement efficace du contrôle vasculaire exercé par le foie sur la circulation de retour. Les conceptions de l'auteur permettent d'envisager le rôle que joue le foie dans les perturbations circulatoires pathologiques. Il apporte à cet égard des expériences nouvelles et des exemples cliniques.

Au sujet de la surveillance sanitaire de la navigation aérienne. — *MM. Dujarric de la Rivière* et *Jean Gallot.* La surveillance sanitaire de la navigation aérienne est une mesure qui s'impose et qui présente un réel caractère d'urgence.

Mais elle ne doit pas être une entrave au fonctionnement et au développement de l'aviation commerciale. Très souple, elle s'inspirera de méthodes différant essentiellement de celles des quarantaines maritimes. Apportant le minimum de gêne aux passagers que des vaccinations aujourd'hui très répandues ont mis à l'abri de certaines infections, elle fera porter ses principaux efforts sur l'hygiène des aérodromes ; elle s'aidera d'enquêtes épidémiologiques, facilitera l'évacuation des malades et provoquera les mesures de désinfection et de désinsectisation nécessaires.

Résultats d'une série intégrale d'hystérectomies pour infection puerpérale grave post-partum. — *M. Paul Guéniot.* — La proportion de succès que donne l'hystérectomie pour infection grave *post partum* est encore plus modeste que ne le feraient croire les faits publiés : ceux-ci sont surtout des cas isolés, et les insuccès sont bien moins souvent publiés que les succès. Quant aux statistiques d'hystérectomies pour infection puerpérale grave basées sur des séries opératoires complètes, la plupart n'indiquent pas le nombre des cas *post partum* et de ceux *post abortum*, ceux-ci généralement plus nombreux et plus curables.

M. P. Guéniot, sur treize hystérectomies abdominales avec Mickulicz qu'il a pratiquées pour infection grave *post partum* rebelle au traitement médical, a obtenu deux guérisons (soit 15,38 %).

Malgré des résultats aussi décevants, l'hystérectomie, qui sauve quelques femmes paraissant condamnées, ne doit pas être complètement abandonnée dans ces cas, mais il conviendrait, sans tomber dans un excès contraire d'opérations précoces qui seraient injustifiées, d'y recourir dans les cas manifestement graves, moins tard qu'on ne le fait le plus souvent, ce qui est pour une bonne part dans la fréquence des insuccès.

Œdèmes et infiltrations séreuses au cours des obésités d'origine endocrinienne. — *M. Yves Kermorgant* attire l'attention sur la classification clinique des œdèmes et des infiltrations au cours des obésités provoqués par des troubles glandulaires et indique la thérapeutique spécifique qui en résulte.

Élection. — MM. Bailly (de Tanger) et Sendrail (de Toulouse) sont élus membres correspondants nationaux dans la V° division (médecine vétérinaire).

Séance du 4 juin 1935

La tachyallergie expérimentale à la tuberculose par le sérum de cheval. — *MM. Paul Courmont* et *H. Gardère* appellent tachyallergie une modification de la réaction singulière du terrain cobaye vis-à-vis de l'inoculation du bacille de Koch par une seule injection de sérum de cheval faite en même temps que l'inoculation des bacilles de Koch.

Il s'agit d'un fait nouveau, différent de l'action nocive souvent constatée, du sérum de cheval chez les sujets ou les cobayes déjà tuberculeux. En effet, dans ce dernier cas, l'injection est pratiquée après le développement des lésions tuberculeuses, tandis que dans les expériences nouvelles, le sérum est injecté au cobaye en même temps que les bacilles de Koch.

Dans de multiples expériences, portant sur 70 cobayes, ils montrent que : 1° le sérum injecté en même temps que la culture favorise le développement de la tuberculose, même à des doses de quelques centaines de bacilles, qui ne produisent rien chez les témoins ; 2° que si le sérum est injecté trois jours ou quinze jours avant l'inoculation des bacilles, cet effet du sérum s'atténue progressivement.

Cette tachyallergie n'est donc pas durable.

Ces faits curieux montrent une action des sérums hétérologues immédiate, dès le moment de leur injection, pour modifier les réactions de l'organisme animal vis-à-vis d'une infection tuberculeuse, soit contemporaine, soit réalisée dans les quelques jours après l'injection. Il ne s'agit donc ni de phénomène d'anaphylaxie, car il n'y a pas de période d'incubation, ni de l'allergie commune qui s'établit, en général, lentement, après une période anté-allergique, qui n'existe pas ici.

Outre leur intérêt scientifique, ces faits ont une importance pratique, montrant qu'il faut éviter les causes de contagion tuberculeuse au moment de l'injection des sérums thérapeutiques, notamment chez les enfants.

Observations météorologiques médicales à Tamanrasset (Hoggar). — *MM. Pernes* et *Jean Dubief*, ont recueilli de nombreuses observations météorologiques et médicales à Tamanrasset, dans le Hoggar, pendant dix-neuf mois. Il ont pu dégager certains syndromes particuliers relevant essentiellement de l'exagération des réactions du système nerveux végétatif : syndromes digestifs, névralgiques, circulatoires.

Ces syndromes sont en relation avec l'extrême sécheresse du climat, et les accidents de la courbe hygrométrique.

La sécheresse contraint l'organisme à une adaptation conduite jusqu'à la limite physiologique. Le déséquilibre se produit dès que les modifications du milieu extérieur nécessitent une adaptation trop rapide.

Les injections de génotropine ont une action remarquablement rapide et constante sur ces syndromes.

Sur la méthode de la double projection radioscopique à 90°, pour faciliter l'extraction des corps étrangers opaques inclus dans l'organisme, et pour assurer la réduction des fractures et des luxations des membres. *M. L. Bouchacourt.* — « Cette méthode, basée sur la géométrie descriptive, permettant le repérage en surface et en profondeur d'un point quelconque de l'organisme pris dans un membre, a été imaginée par moi pendant la guerre, mais, en réalité, elle ne date que de 1920, époque où j'ai pu faire construire les appareils nécessaires à son emploi.

Ce matériel se compose d'un meuble Coolidge pouvant actionner ensemble ou séparément deux ampoules Coolidge, et d'une bonnette radioscopique composée essentiellement de deux écrans placés également à 90°, entre lesquels on place le membre à examiner.

Les deux images sont rendues parallèles grâce à un miroir

à 45° placé au-devant de l'une d'elles. Grâce à ce dispositif l'observateur peut voir en même temps, d'un point déterminé les deux images (face et profil) d'un membre.

En 1930, M. Georges Pascalis a fait construire une table radio-chirurgicale spéciale qui, permettant les tractions mécaniques et la contre-extension, l'a rendu pratique pour la réduction des fractures et des luxations des membres.

Cette méthode étant employée depuis cinq ans, ses avantages ne sont plus douteux. Malheureusement elle necessite cette symbiose radio-chirurgicale, qui était courante pendant la guerre, mais qui ne lui a survécu que d'une manière très imparfaite ».

Eclampsisme et mort du fœtus in utero. — *M. Marcel Metzger* montre le rôle des protéines dans les accidents d'eclampsisme. L'intoxication est due à une lesion du placenta qui permet l'afflux brutal dans l'organisme des polypeptides tissulaires ; la mort du fœtus qui ne prélève plus d'albumine est une circonstance favorisante. Dans une observation, l'auteur vit les accidents s'aggraver par le regime hydrique ; les accidents cessèrent par l'évacuation de l'utérus. La diminution de l'albumine à 0,50 fut un signe défavorable, tandis qu'une décharge de 9 grammes précéda la guérison complète et rapide.

Anatomie pathologique de l'acrodynie infantile. — *MM. Péhu, Jean Dechaume* et *Jean Boucomont*.— Malgré sa longue durée, l'acrodynie infantile comporte en général un pronostic favorable. Les autopsies sont rares. A ce jour, environ quarante ont été publiées.

Beaucoup d'examens anatomiques relatés sont incomplets C'est seulement dans ces dernières années que l'exploration méthodique du système nerveux a été pratiquée. L'interprétation des lésions est souvent sujette à critiques : car il faut faire la part de ce qui, dans l'acrodynie, revient à la cachexie, aux infections ou encore aux convulsions terminales.

Les auteurs ont eu, dans plusieurs cas, l'occasion de faire l'examen complet, méthodique du névraxe, des nerfs, ainsi que du système neuro-végétatif dans ses divers segments. Des lésions d'allure inflammatoire ont été mises par eux en évidence dans les différents ganglions périphériques du système sympathique. La région infundibulo-tuberienne, elle aussi, est atteinte.

Les lésions discrètes, éparses, à caractère non destructif, réalisent une véritable «pansympathéite» qui explique la riche symptomatologie de l'acrodynie. Certainement, l'agent pathogène de cette maladie a, pour le système neuro-végétatif, une affinité singulière.

Action de la vagotonine sur l'anémie. — *M. A. Desgrez* présente une note de *MM. D. Saintenoise, P.-L Drouet* et *R. Grandpierre* établissant que l'administration de vagotonine est suivie, au bout de plusieurs jours, chez le lapin, chez le chien et chez l'homme, d'une augmentation du nombre des globules rouges. Cette polyglobuline ne peut être attribuée ni à une spléno-contraction, ni à une vaso-dilatation. Elle paraît en rapport avec une excitation de l'hematopoiese. L'administration de vagotonine dans quatre cas d'anémie, d'intensité et de causes diverses, dont un type d'anémie pernicieuse, a donné des résultats particulièrement interessants, le nombre des globules rouges ayant ainsi été ramené très rapidement au taux normal.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie), en remplacement de M. Routier, décédé. Les candidats étaient classés : En première ligne, M. Lenormand, en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabetique : MM. Baugmartner, Chevassu, Fredet, Grégoire, Terrien. Adjoint M. Robineau.

Au premier tour de scrutin, M. Charles Lenormant, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, est élu par 63 voix sur 65 votants.

Séance du 11 juin 1935

Recherches sur la perméabilité aux novarsénobenzoles de la barrière hémato méningo-encéphalique dans la paralysie générale avant et après la malariathérapie. — *MM. D. Paulian* et *G. Tanasesco* (de Bucarest). L'existence d'une barrière interposée entre le torent sanguin et le tissu nerveux est aujourd'hui admise par tous, hystologistes et anatomo-pathologues.

L'endothelium vasculaire de tous les vaisseaux méningo-encéphaliques et plexuels accomplit cette fonction comme une membrane perméable et à propriétés sélectives. L'intégrité de cette membrane dépend de l'intégrité de l'endothelium vasculaire qui peut être lésé par des substances nocives ou par des microbes qui l'altérant produisent un déséquilibre et permettent le passage de certains corps, qui à l'état normal n'auraient jamais passé.

Dans la paralysie générale, maladie qui altère intensément l'endothélium vasculaire en produisant des lésions assez notables et diffuses, l'arsenic, qui à l'état normal ne passe jamais dans le tissu nerveux, traverse cette barrière et apparaît dans le liquide céphalo-rachidien.

Suivant nos recherches, sur des paralytiques généraux avant la malariathérapie, nous avons decelé l'arsenic une heure après l'injection arsenicale (arsenobenzoles), sous la forme des novarsénobenzol ou de néosalvasan (dose 3 à 0,45 centigrammes), dans le liquide céphalo-rachidien dans les quantités suivantes :

Une heure après l'injection arsenicale 1-1,80 milligrammes ‰; quatre heures après à 0,8-1,6 milligrammes ‰, dix heures après à 0,8-1,6 milligrammes ‰.

Apres la malariathérapie, chez les mêmes malades la perméabilité à l'arsenic s'est abaissée, probablement à la suite de la modification salutaire produite par cette thérapie sur l'endothelium vasculaire.

Une heure après l'injection arsenicale, l'arsenic s'élimine par le liquide céphalo-rachidien, à doses de 0,2-0,6 milligrammes % ; après quatre heures il atteint 0,8-1,2 milligrammes ‰ ; dix heures après 0,4-0,8 milligrammes ‰.

La malériatherapie exerce une action favorable et la recherche de cette perméabilité peut servir comme test de diagnostic et de guérison.

La rage de laboratoire. — *M. Remlinger.*

Etude d'une épidémie de poliomyélite dans le département des Bouches du Rhone. — *MM. Violle* et *Monties.*

Election d'un membre titulaire dans la deuxième Section (Chirurgie et specialites chirurgicales).

Classement des Candidats : En première ligne : M. JEANNIN.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabetique : MM. Paul GUÉNIOT, LE LORIER, LÉVY SOLAL, METZGER, VIGNES.

Adjoint par l'Acadéime : M. DEVRAIGNE.

M. JEANNIN est élu par 47 voix.

Ont obtenu : M. DEVRAIGNE, 11 voix ; M. LE LORIER, 3 ; M. GUÉNIOT, 2 ; M. VIGNES, 1.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1935

Un cas probable de basophilisme hypophysaire. — *MM. Julien Hubert* et *J.-A. Lièvre* apportent la suite d'une observation presentée par l'un d'eux en 1928. Un jeune homme, atteint antérieurement d'oreillons avec orchite et atrophie testiculaire, présente un syndrome très complexe, dont les éléments les plus importants sont les suivants : obésité à développement aigu avec ichtyose et vergetures cutanées ; asthénie irrégulière, extrêmement profonde par périodes ; apathie physique et intellectuelle ; hypertrichose, impuissance génitale ; palpitations, tachycardie, instabilité cardiaque, hypertension arterielle. Après deux années environ d'évolution, apparaissent de grandes douleurs osseuses, le rachis se tasse et s'incurve, des côtes se fracturent, tout le squelette est frappé d'ostéoporose. Le malade meurt presque subitement au cours d'un érysipèle.

Cette observation est manifestement celle d'un syndrome pluriglandulaire où l'on peut soupçonner la participation de la thyroïde, de l'hypophyse, des surrenales, des parathyroïdes, des testicules. Effectivement, elle répond au tableau du basophilisme hypophysaire, décrit par Cushing en 1932, qui s'accompagne de lésions et de signes endocriniens multiples et dont la cause paraît être un adénome hypophysaire développé aux dépens des cellules basophiles du lobe antérieur.

Le cas présent complète sur certains points les descriptions antérieures et apporte une notion précise dans l'étiologie d'un syndrome jusqu'ici cryptogenetique.

Hypertrophie cardiaque congénitale. — *MM. Robert Debré, Julien-Marie* et *Jean Bernard* insistent sur les difficultés du diagnostic entre une malformation et l'hypertrophie cardiaque congénitales. L'examen du cœur dans le cas qu'ils rapportent n'a montré aucune image histologique anormale et n'a pas révélé de surcharge glycogénique.

Adéno-cancer d'un vestige thyroïdien inclus dans la langue. Métastases multiples avec anévrysme artério-veineux de l'humérale. — *MM. Georges Marchal, P. Soulié, Ch. Grupper* et *A. Roy* présente un cas d'adéno-cancer développé aux dépens d'un vestige thyroïdien de la base de la langue. Cette tumeur, après transformation épithéliomateuse, se compliqua de métastases multiples : ganglionnaires, pleurale, rénale et même musculaire. La métastase musculaire au niveau du biceps gauche détermina après ulcération vasculaire un anévrysme artério-veineux.

Les auteurs insistent sur la transformation carcinomateuse de cet adénome embryonnaire, qui jusqu'alors n'a pas été signalée, ces tumeurs souvent hémorragiques gardant habituellement le caractère bénin.

Valeur comparative de la ponction lombaire et de la ponction sous-occipitale. Leurs indications respectives. — *MM. G. Guillain* et *P. Mollaret* ne croient pas justifiés les avantages accordés par certains cliniciens à la ponction sous-occipitale pour le diagnostic de la syphilis du névraxe. Ils apportent à ce sujet une étude poursuivie à un double point de vue : la comparaison entre les liquides céphalo-rachidiens lombaire et sous-occipital et la préférence à donner à l'un ou l'autre mode de prélèvement.

Toute comparaison entre les deux liquides doit tenir compte au préalable de la position du sujet lors de la ponction ; cette notion semble avoir été oubliée. La position assise donne du liquide crânien, la position de la préculbute donne du liquide rachidien, la position couchée donne un mélange des deux liquides. Ceci résulte des variations de pression étudiées chez l'homme et chez le singe, qui montrent que la pesanteur représente le facteur primordial réglant tout écoulement à l'extérieur du liquide céphalo-rachidien ; plus accessoirement interviennent d'autres facteurs comme la respiration, l'effort, la compression abdominale. A l'état normal, le liquide lombaire est deux fois plus concentré que le liquide sous-occipital chez l'homme ; il l'est trois fois plus chez le singe. La teneur en albumine et les modalités de la réaction du benjoin colloïdal diffèrent dans les deux liquides. La comparaison des liquides ventriculaire et lombaire montre un écart encore plus considérable. A l'état pathologique, mis à part les cas de blocage sous-arachnoïdien, les mêmes facteurs jouent, mais les variations en valeur absolue perdent de leur importance.

Au point de vue des indications respectives, il importe de souligner que la ponction sous-occipitale expose à des dangers réels et parfois mortels : piqûre du bulbe ou des artères vertébrale et cérébelleuse postéro-inférieure. Malgré leur rareté, de tels accidents ne doivent pas être sous-estimés. Par ailleurs toute la pathologie de la moelle et de la queue de cheval ne saurait relever que de la ponction lombaire et ce chapitre est capital en syphiligraphie. L'avantage de cette ponction demeure également manifeste chez les sujets agités, émotifs, chez les enfants et plus généralement en dehors des milieux hospitaliers.

La ponction sous-occipitale ne doit conserver que des indications particulières, qui imposeront de plus un choix rationnel entre les différentes positions à donner au sujet : introduction de sérum thérapeutique (position couchée), myélographie lipiodolée (position assise), prélèvement du liquide en cas d'impossibilité de la ponction lombaire (position de la préculbute).

M. Cathala, impressionné par deux accidents mortels survenus après ponction sous occipitale, croit qu'il faut la réserver à des cas exceptionnels.

M. Tzanck a observé immédiatement après une ponction sous-occipitale un ictus épileptique et insiste sur la gravité que comporte ce mode d'exploration du liquide céphalo-rachidien.

M. Basch, reconnaissant qu'il est à peu près impossible d'imposer aux malades la ponction lombaire dans les consultations de syphiligraphie, fut longtemps partisan de la ponction sous-occipitale. Mais les accidents graves qui ont été signalés doivent imposer les réserves les plus formelles sur cette pratique qui ne doit en aucun cas être généralisée.

M. Flandin n'a observé qu'un seul accident secondaire à la ponction sous-occipitale sur près d'un millier d'explorations. Il s'agissait d'un malade relativement âgé, atteint d'artérite cérébro-méningée qui mourut dans le coma trois jours après la ponction. La particulière fragilité des artères peut, dans ce cas, expliquer l'accident. Il pense que la ponction sous occipitale ne doit pas être formellement rejetée mais qu'elle doit être pratiquée avec une technique rigoureuse par des opérateurs entraînés.

M. Pinard n'a jamais observé d'accidents après ponction sous-occipitale. Il insiste sur la facilité avec laquelle elle est acceptée par les malades, ce qui rend son emploi particulièrement pratique dans le traitement ambulatoire des syphilitiques.

M. de Gennes tend à restreindre les indications de la ponction sous-occipitale. Si la piqûre du bulbe n'entraine pas de danger réel la procidence des artères cérébelleuses par contre apporte un danger permanent et imprévisible. La méthode n'est donc pas absolument inoffensive et il serait utile d'en limiter les indications.

M. Guillain, s'appuyant sur les quelques statistiques actuellement connues, estime à 1 p. 1.000 le pourcentage des accidents mortels dus à la ponction sous-occipitale. Par ailleurs, il insiste sur la nécessité de pratiquer une ponction lombaire pour reconnaître les lésions médullaires bas situées qui n'entrainent aucune modification du liquide prélevé par ponction sous-occipitale.

M. Paraf rappelle qu'on n'observe aucun incident notable à la suite des ponctions lombaires pratiquées avec de très fines aiguilles quand on prend soin d'éviter les fuites du liquide après la ponction.

M. Jausion estime que les accidents de méningisme secondaires à la ponction lombaire sont dus beaucoup moins à la quantité de liquide soustrait pendant la ponction qu'à son écoulement après celle-ci. Jausion préconise, pour les éviter, l'injection de pilocarpine qui permet de réparer les pertes de liquide céphalo-rachidien.

Séance du 31 mai 1935

Étude anatomo-clinique d'un cas de cyanose avec polyglobulie. Sclérose primitive de l'artère pulmonaire. — *MM. F. Meersseman* et *E. Friess* rapportent l'histoire d'un malade de 31 ans qui, après avoir présenté pendant deux années une cyanose avec polyglobulie et hypertrophie du cœur droit, succomba à une insuffisance ventriculaire droite rapidement évolutive. A l'autopsie, on trouva, outre des végétations endocarditiques récentes de la tricuspide et des lésions de sclérose rénale banale, une artérite diffuse des fines branches de l'artère pulmonaire, à l'exclusion du tronc et des grosses branches. Les lésions artérielles consistaient en un épaississement considérable de la tunique moyenne, réduisant notablement la lumière vasculaire ; l'endartère et l'adventice étaient sensiblement normaux.

Les auteurs considèrent ce cas comme une sclérose primitive de l'artère pulmonaire, le malade n'ayant aucun antécédent cardiaque ni pulmonaire chronique ; l'endocardite tricuspidienne semble avoir représenté un processus terminal. Ils font remarquer la pureté du syndrome d'insuffisance ventriculaire droite qui a déterminé la mort et ils discutent l'action du traitement radiothérapique sur la polyglobulie.

Bradyarythmie précoce et dramatique dans une diphtérie écourtée. — *MM. Maurice Renaud* et *Mlle Düss* rapportent le cas d'une grosse diphtérie classique cliniquement et bactériologiquement chez une jeune fille de 20 ans qui débuta le mardi. Le mercredi, hospitalisation. Avant la confirmation bactériologique de la nature diphtérique on se contente de faire une injection de sapoide de platine-acridine. Grands lavages. Le jeudi, la fièvre est tombée. L'affection paraissant en pleine résolution, on juge inutile d'injecter du sérum. De fait, le vendredi, la guérison paraît parfaite. L'adénopathie est presque complètement résolue et la gorge si parfaitement nette que des examens répétés ne permettront plus de cultiver des bacilles. Mais on note déjà au pouls quelques intermittences et on verra bientôt apparaître un vrai syndrome neuro-cardiaque qui restera isolé et se réduira d'ailleurs à un ralentissement du pouls, battant assez régulièrement, ample et fort, entre 58 et 65 et à de petits malaises avec pâleur et tendance à la lypothymie.

Le quinzième jour l'injection de toxine dans le derme en vue d'une réaction de Schick provoque instantanément un accès lipothymique, suivi après quelques alternatives d'un état de collapsus des plus dramatiques, au cours duquel la tension

tombe à 11-5 avec pouls rapide, qui dure plusieurs heures et se termine brusquement après une injection intra-veineuse de sérum anti-diphtérique et d'adrénaline. La bradycardie persista ensuite, pendant encore une quinzaine de jours, puis tout rentra dans l'ordre.

Cette observation confirme avec une précision singulière l'opinion suivant laquelle l'imprégnation toxique de la diphtérie est précoce, la malade n'ayant eu de bacilles dans la gorge que pendant trois jours au plus. Elle montre combien cette imprégnation peut être élective puisqu'elle fut sans doute localisée à quelques cellules neuro-ganglionnaires.

A propos du déclanchement des accidents les plus graves qui puissent s'observer par une simple réaction de Schick, elle fait soupçonner le rôle que joue la sensibilisation dans l'apparition de phénomènes dont elle n'est généralement pas rendue responsable.

Elle marque bien surtout la dissociation possible des deux séries d'accidents que provoque la diphtérie. Lésions inflammatoires locales, dont a eu vite raison la thérapie chimique et intoxication que seule une injection extrêmement précoce de sérum spécifique eût été capable d'empêcher.

Il doit s'en dégager une leçon de prudence qui impose l'action thérapeutique immédiate, à la fois anti-toxique par le sérum et anti-infectieuse par le sapoïde de platine-acridine qui en est l'agent le plus efficace.

M. Hallé fait remarquer que la précocité tout à fait exceptionnelle de la bradycardie dans ce cas doit faire admettre qu'il s'agissait très vraisemblablement d'une diphtérie nasale passée d'abord inaperçue. Il est formellement d'avis d'injecter toujours du sérum associé ou non à une médication anti-infectieuse.

Début encéphalitique d'une fièvre paratyphoïde B, bénigne. — *MM. L. Ferrabouc, R. Grosnier* et *P. Guichène* ont observé au début d'une fièvre paratyphoïde B chez un vacciné, un syndrome fait d'un état méningé clinique, sans signes humoraux, d'une parésie des doigts de la main droite avec troubles sensitifs, d'une abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Ils pensent que les réactions méningées au cours des états typhoïdes traduisent une encéphalite qui n'a pas de signes propres, que la stupeur est un symptôme encéphalitique. Ils soulignent la diffusion des lésions nerveuses.

Sur une forme presque latente d'infarctus du myocarde. — *MM. R. Kourilsky* et *Marchal* présentent l'observation d'un homme de 67 ans, artérioscléreux, chez qui des troubles légers de la circulation myocardique avaient pu être décelés et étudiés par l'électro cardiogramme. A l'occasion d'un malaise passager accompagné de tachyarythmie, un enregistrement électrique immédiat montra en troisième dérivation une onde de Pardee typique. Malgré la banalité apparente du tableau clinique, l'existence d'une chute brutale de la tension artérielle rendait le diagnostic d'infarctus du myocarde possible. Celui-ci cependant eût été ignoré sans l'électro-cardiogramme. L'onde de Pardee disparut en dix jours ; le malade parfaitement guéri a repris ses occupations depuis un an. Il existe donc des formes cliniquement très frustes et fatalement méconnues d'oblitération coronarienne.

Etude clinique humorale d'un cas de néphrite syphilitique secondaire tardive. — *MM. Ch. Flandin, G. Pommeau-Delille* et *Le Melletier* rapportent une observation de néphrite syphilitique secondaire tardive. Trois points méritent d'être signalés : cliniquement, cette néphrite s'est accompagnée d'un syndrome cardio-vasculaire transitoire avec tension à 18-12 et bruit de galop gauche. Le syndrome humoral fut celui d'une néphrite hydropigène avec hypochlorémie et inversion du rapport sérine-globuline sans aucun des éléments du syndrome néphrosique. Le traitement fut enfin mal supporté et la guérison incomplète.

Après dix ans de malariathérapie. Contributions cliniques et anatomo pathologiques sur la syphilis du système nerveux. — *M. Delno Paulian* (Bucarest), donne les résultats qu'il a relevés dans une statistique personnelle de 1.224 malades atteints de différentes formes de syphilis nerveuse et qui confirment la valeur de la méthode dont il précise la technique qu'il a adoptée.

Un nouveau cas de mort au cours d'une crise d'asthme. — *MM. Brûlé, Hillemand, Delarue* et *Netter* relatent un cas de mort au cours d'une crise d'asthme particulièrement grave et rebelle à la thérapeutique, survenue 48 heures après une électrocution. Ils en discutent la pathogénie.

M. Pasteur Vallery-Radot fait remarquer que l'évolution mortelle de la crise d'asthme est moins exceptionnelle qu'on ne le croit habituellement. Il a personnellement assisté à trois crises mortelles. Michelle ZAGDOUN-VALENTIN

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1935

Au début de la séance, *M. le Président* annonce à la Société la mort de *M.* PROUST. Il prononce une allocution et lève la séance en signe de deuil.

Hystérotomie exploratrice. — *M. L. Sauvé* hésitant, dans un cas de diagnostic malaisé, entre grossesse et fibrome, a eu l'idée de pratiquer une hystérotomie exploratrice qui lui permît de constater la teinte bleue de l'œuf. L'utérus fut suturé sans inconvénients pour la grossesse.

Anesthésie par ingestion de Nembutal. — *M. d'Allaines* utilise comme anesthésique de base le Nembutal, dérivé barbiturique, dont l'emploi par ingestion est très simple et particulièrement indiqué avant les anesthésies locales. Il apporte une statistique de 250 cas qui semble montrer l'utilité et l'innocuité du produit. Les contre-indications sont celles de tous les anesthésiques de base : débilité et cachexie. Les incidents qui peuvent survenir au décours de l'anesthésie cèdent aisément à la strychnine et à la caféine.

Indications opératoires dans les ptoses rénales. — *M. E. Papin* reste attaché à la néphropexie par transfixion. Il considère cette intervention comme contre-indiquée dans l'hydronéphrose vraie, congénitale, associée à la ptose, et dans les syndromes polyptosiques.

M. Fey pense comme son maître M. Marion, que la néphropexie est le traitement par excellence de l'hydronéphrose en général. Il s'oppose à ce qu'on tire des indications absolues de l'urétéropyélographie. Cette méthode met en évidence les coudures urétérales, mais ce n'est que par un examen clinique soigné que l'on peut apprécier l'utilité d'une intervention.

La dilatation des cancers de l'œsophage. — *M. Gosset* rapporte un travail de *M. Lœwy*. Il insiste sur les mauvais résultats de la gastrostomie habituelle, et pense qu'on peut, par la dilatation, prolonger les malades en leur permettant, sans grands risques, de manger et de vivre normalement.

Sur les greffes nerveuses. — *M. Gosset* rappelle les échecs nombreux qu'entraînent les techniques habituelles de greffe nerveuse (méthode de Nageotte), échecs qu'il attribue à la trop longue conservation des greffons. Il a eu l'idée, avec *Ivan Bertrand*, d'utiliser comme greffe la moelle de certains animaux (chats, lapins). L'expérimentation qu'ils ont poursuivie chez le chien, montre que la moelle de chat, dépourvue de tissu conjonctif, se prête de façon heureuse à la réhabitation par les cylindraxes. Il est nécessaire d'employer des greffes fraîches, conservées dans le formol et non dans l'alcool.

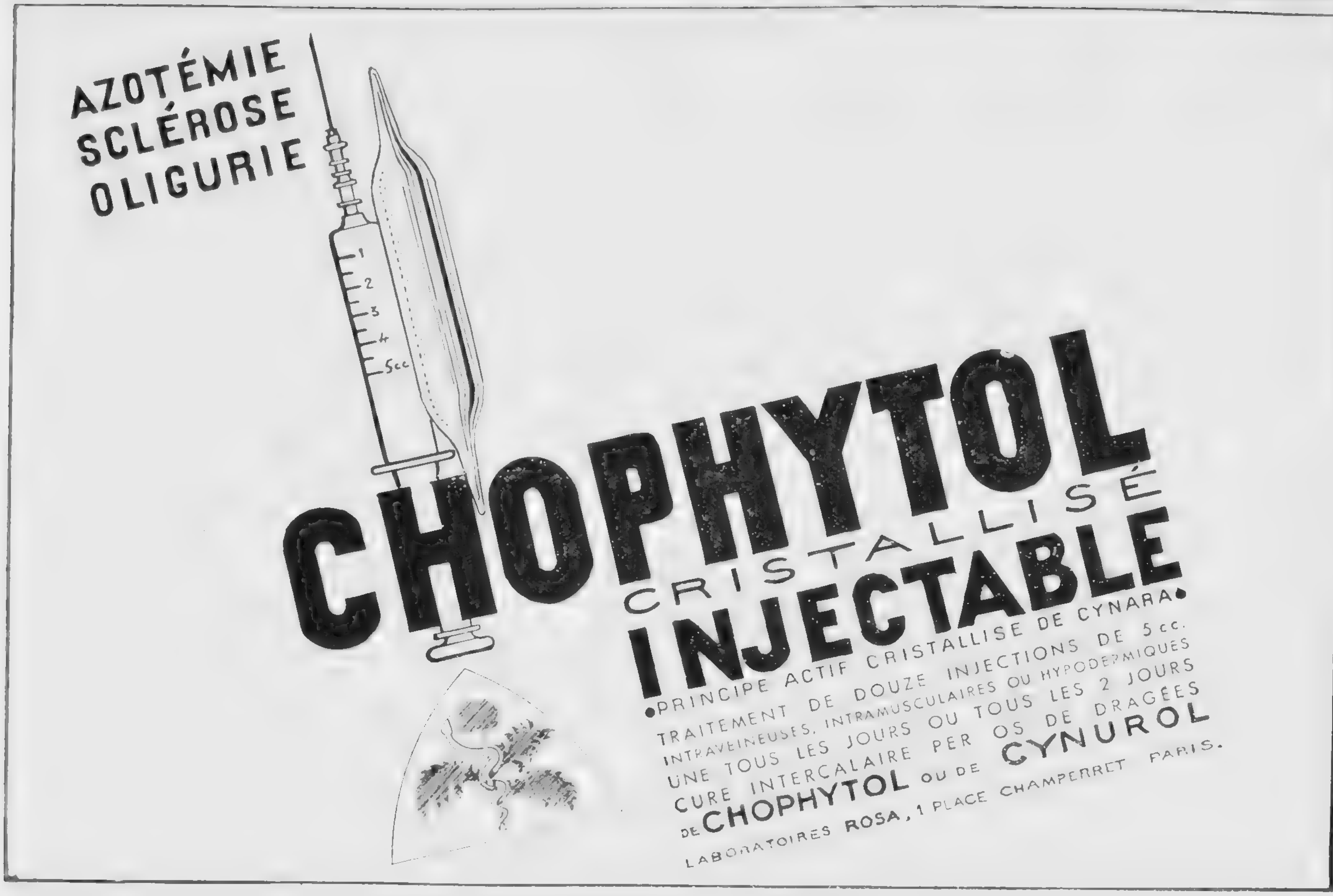
M. Picot, après échec des techniques habituelles, dans un cas de section du nerf cubital, a avivé les bouts nerveux, les a rapprochés et entourés d'un cylindre de fascia lata. Le résultat paraît satisfaisant.

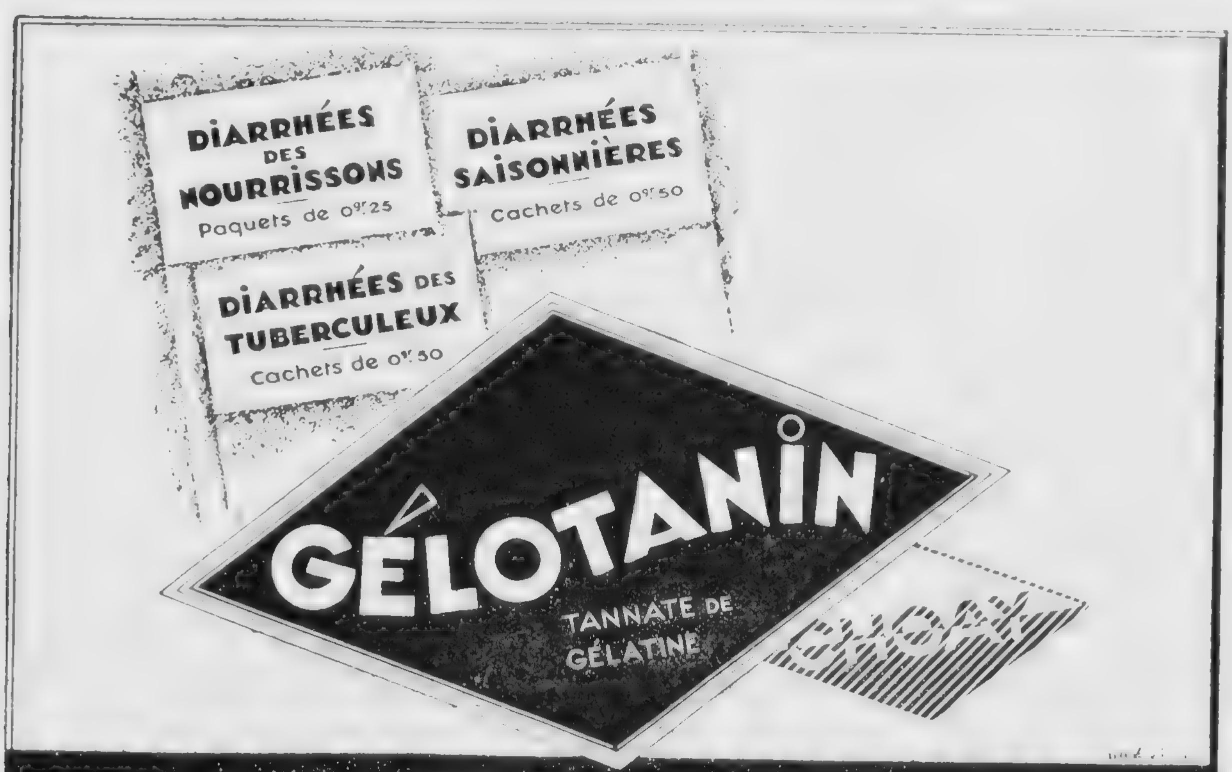
M. Gosset insiste sur la nécessité de bien placer bout à bout les deux segments nerveux. L'interposition de tissu conjonctif lui paraît être nettement défavorable à la prise de la greffe.

Séance du 5 juin 1935

Obstruction broncho-pulmonaire post-opératoire. — *M. Jean Quénu* rappelle que la méthode de broncho-aspiration employée récemment par Monod a fait l'objet de communications de Tixier et Clavel, et de lui-même avec S. Oberlin. Chevalier Jackson l'emploie depuis 1925.

Pancréatite hémorragique. — *M. Grégoire* apporte une nouvelle observation de cette affection chez un homme qui avait déjà présenté plusieurs crises subaiguës. On ne fit qu'une laparotomie exploratrice qui rectifia le diagnostic préalable de perforation. Les suites de cette très minime


AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE
CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES
DE CHOPHYTOL OU DE CYNUROL
LABORATOIRES ROSA, 1 PLACE CHAMPERRET PARIS.


DIARRHÉES DES NOURRISSONS
Paquets de 0gr25
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
Cachets de 0gr50
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
Cachets de 0gr50
GÉLOTANIN
TANNATE DE GÉLATINE
LABORATOIRE CHOAY_48, rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)

intervention furent extraordinairement favorables, surtout pour ce qui est du syndrome douloureux. On est donc en droit de n'attribuer aucun rôle à l'intervention, et de considérer que tout le mérite de la guérison revient à l'anesthésie générale, véritable médication antichoc.

Péritonite par perforation d'une pyonéphrose calculeuse. — *M. L. Michon* présente un travail de *M. R. Couvelaire* qui, intervenant d'urgence pour une péritonite diffuse sans cause apparente, a trouvé par l'exploration qu'il s'agissait d'une collection purulente rétro-péritonéale perforée dans la cavité abdominale. On pratiqua l'ablation du rein par voie transpéritonéale et le drainage du péritoine. Des accidents pulmonaires enlevèrent le malade au cinquième jour.

A ce propos Couvelaire et Michon ont rassemblé onze cas de perforations (du calice inférieur en général) avec péritonite d'emblée diffuse, les signes rénaux étant masqués par celle-ci. Ils estiment nécessaire de pratiquer toujours une néphrectomie ou une néphrostomie complémentaire en sus du traitement de la péritonite.

M. Fey a vu une fois un abcès rénal perforé sur sa face antérieure et une fois une pyonéphrose ouverte dans le péritoine. Il se contente d'une contre incision postérieure, réservant la néphrectomie pour un temps ultérieur.

M. Huet a opéré aussi un malade qui après avoir présenté une tumeur du flanc gauche, fit brutalement une péritonite. Il s'agissait d'une pyonéphrose.

M. Mondor insiste sur la fréquence des péritonites d'origine périrénale. Un auteur récent en a rassemblé quarante cas. Il est à noter qu'une chute brusque de la leucocytose traduirait la perforation intrapéritonéale d'une suppuration préexistante.

M. Michon insiste sur la nécessité de connaître l'origine rétropéritonéale de certaines péritonites, et sur l'utilité de traiter aussi la lésion rénale.

Adénome malin du foie. Résection hépatique partielle. — *MM. Baumgartner* et *Fiessinger* ont observé un adénome malin du lobe gauche. Une résection lobaire fut pratiquée assez facilement grâce au bistouri électrique. Les suites furent bénignes, et fait intéressant, la guérison se maintient depuis trois ans. L'histologie montra qu'il s'agissait d'un adéno-épithéliome trabéculaire.

M. Soupault rapporte avoir présenté une pièce d'adénome malin réséqué au bistouri électrique. La récidive eut lieu un an plus tard.

M. Riche a enlevé une tumeur hépatique pédiculée qui semblait bénigne à l'examen histologique. Or, il y eut récidive dans le péritoine et au niveau de la cicatrice.

M. Bréchot a réséqué un épithéliome du lobe gauche du foie pesant un kilogramme.

Maladie de Schuller-Christian. — *M. Bazy* présente un cas de cette très rare maladie décrite en 1915 par Schüller. Frappant surtout les enfants, elle est caractérisée essentiellement par des lacunes crâniennes et de l'exophtalmie, avec comme signes accessoires, du diabète insipide et du nanisme. L'examen histologique montre qu'il s'agit de dépôts graisseux, d'une xanthomatose crânio hypophysaire. L'examen du sang révéla une surcharge évidente en lipoïdes totaux.

M. Sorrel rappelle les travaux de Moreau (de Bruxelles) sur cette question. Il insiste sur la parenté de cette affection avec la maladie de Gaucher dont il rapportera une observation.

Luxation récidivante du coude. — *M. Sorrel* a imaginé pour maintenir une articulation du coude luxée sept fois en deux mois chez un enfant, de pratiquer une butée humérale, latéro trochléenne pour éviter la translation en dehors du cubitus. L'opération entièrement extra-articulaire eut des suites bénignes et couronnées de succès.

Les ptoses rénales. — *M. L. Michon* tire ses indications opératoires de l'examen clinique aidé de deux pyélographies, en position couchée et en position verticale. Il utilise volontiers l'urographie intraveineuse. Lorsque les deux séries de clichés montrent les mêmes déformations le diagnostic opératoire est certain. Il donne la préférence à la néphropexie capsulaire.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 1er juin 1935

Les dernières tombes du cimetière de Clamart. — *M. le Docteur André Finot* complète aujourd'hui sa note présentée naguère à la Société (*Bulletin* de juillet-août 1933) sur *Les derniers vestiges du cimetière de Clamart et de Ste-Catherine.* Un certain nombre de tombes abandonnées avaient servi à élever un édicule en forme de terrasse, dont la destination est actuellement inconnue : on supposait seulement qu'il avait pu servir d'ossuaire. M. le directeur général de l'Assistance Publique ayant autorisé des fouilles, on a relevé récemment les pièces tumulaires qui dallaient la partie supérieure de cette terrasse : au dessous on n'a trouvé qu'une terre noire, contenant des ossements disséminés, c'est-à-dire semblable à la terre environnante ; il ne s'agissait donc pas d'un ossuaire.

Mais les tombes relevées, quelques-unes en très bon état, offraient un certain nombre d'épitaphes intéressantes, en particulier celle d'un curé de St-Médard, Louis Bertier, décédé en 1810, celle du célèbre botaniste Ventenat, de l'Académie des Sciences, décédé en 1808, etc.. Il serait désirable que ces pierres tombales fussent conservées à Clamart même, et, pour les préserver de la destruction, relevées et scellées le long d'un mur abrité. On garderait ainsi en leur place les derniers vestiges des cimetières de Clamart ou de Ste-Catherine, nécropoles dont l'importance n'est pas niable pour l'histoire de Paris.

Putod, médecin de Fougères, pendant la Révolution. *M. Cornilleau.* — Putod était originaire de Lons-le-Saunier. Il fit ses études à Besançon et vint se fixer à Fougères comme « médecin inspecteur pour les épidémies de Bretagne ». Il épousa une demoiselle Savary, fille du propriétaire du principal hôtel de Fougères.

A la veille de la Révolution, Putod est un des nombreux médecins qui, dans la France entière, embrassèrent les idées de réformes. Il écrivit un livre *Le vrai patriote, dissertation par M. Alitèphe* (17..), dans lequel sont exposées les théories empruntées pour la plupart aux Encyclopédistes. Il fut au nombre des délégués qui rédigèrent le Cahier des plaintes et doléances des corporations de Fougères. Enfin il fait partie de la délégation qui représente Fougères à la fête de la Fédération du 14 juillet 1790.

Putod, ayant prolongé son séjour à Paris, fut l'objet d'un incident au Palais-Royal, à propos de quoi il fit imprimer une *Adresse à l'Assemblée nationale* (1791).

Puis il retourne à Fougères et ne fait plus parler de lui jusqu'à l'arrivée dans cette ville, en novembre 1793, de l'armée Vendéenne qui marchait sur Granville. Les Vendéens venaient de perdre leur chef Lescure. Ils voulurent faire embaumer son corps et confièrent ce soin au médecin Putod. C'est ainsi que Putod, après avoir été un « révolutionnaire modéré », se rangea du côté de la contre-Révolution. Les Vendéens le nommèrent « général en chef de l'Armée catholique et royale de Fougères ».

Le nouveau général se distingua moins par des exploits militaires que par certaines excentricités qui devaient lui coûter cher. Il harangua les Fougerois du haut de la chaire de l'église Saint-Léonard. Il signa force bons de réquisitions et se répandit en menaces imprudentes contre les petites villes de la région, si elles ne fournissaient pas des recrues et des vivres à l'armée Vendéenne.

Il est peu probable que Putod ait pris part au siège de Granville, où échouèrent les Vendéens. Quand ceux-ci battirent en retraite sur Pontorson et Dol, Putod les y précéda. Enfin il fut arrêté, avec son domestique, par deux cultivateurs « patriotes » dans une ferme des environs de Combourg. Conduit immédiatement à Rennes, il comparut le lendemain devant la Commission militaire des armées de l'Ouest, qui le condamna à mort, ainsi que son domestique. Tous deux furent guillotinés le 23 novembre 1793, sur la place du Palais, à Rennes.

Cette curieuse figure de médecin révolutionnaire devenu chef de Chouans, a été bien mise en relief par le Docteur Cornilleau qui, dans sa thèse sur *Barbey d'Aurevilly et la médecine,* avait étudié un autre type de médecin de la même époque, Pontas du Méril, officier de santé à Valognes, qui était l'oncle de Barbey.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 mai 1935

Les dithiosalicylates dans le traitement des rhumatismes aigus et chroniques. — *M. J. Chevalier* présente une série de produits soufrés, et en particulier des sels de l'acide dithiosalicylique. L'étude de ces sels montre qu'ils ne sont pas toxiques, et qu'utilisés à la dose de 1 à 4 grammes par jour, en plusieurs prises, ils déterminent rapidement la sédation des douleurs, la diminution du gonflement des articulations et la chute de la température dans les rhumatismes articulaires aigus fébriles. L'expérimentation se continue et des observations sur des rhumatismes chroniques sont en cours.

L'avantage de cette thérapeutique est l'utilisation simultanée du soufre et de l'acide salicylique.

La crésotinate de butyle et de propyle dans les douleurs du rhumatisme articulaire aigu ou chronique. — *M. G. Carrière* présente un produit à action antialgique : la crésotinate de butyle et de propyle. L'action est surtout importante dans la douleur du rhumatisme articulaire aigu ou chronique.

« Verser 30 gouttes de produit dans la paume de la main, « frictionner doucement et lentement l'articulation doulou- « reuse pendant 15 minutes environ. Appliquer alors sur la « région frictionnée une gutta-percha, un taffetas gommé. « Recouvrir de coton cardé et maintenir le tout par une bande « de crêpe Velpeau pendant toute la nuit. »

En 80 % des cas on a l'apaisement et la disparition des douleurs dans un laps de temps qui ne dépasse pas huit jours pour les rhumatismes chroniques ; pour les rhumatismes articulaires aigus, la douleur disparaît en général en vingt-quatre heures.

Action hypoglycémiante de l'extrait de Bardane. — *M. G. Piotrowski* (de Genève) a utilisé chez le lapin des injections d'un extrait de Bardane, il a pu constater que celles-ci ont une action hypoglycémiante très nette, et il conclut qu'il semble qu'on puisse avancer que dans la racine de Bardane, existe une substance hypoglycémiante appartenant au groupe des vitamines B, et proche parente de la vitamine B² qui joue un rôle important dans le métabolisme des glucides.

Les effets de certaines cures hydro-climatologiques sur la croissance des enfants ou adolescents retardataires ou normaux. — *M. R. Van der Elst*, de Saint-Alban-les-Eaux (Loire), constate que ces effets sont assez caractéristiques, assez constants (dans des circonstances identiques sur des cas analogues) pour que l'on puisse se poser le problème du mode d'action de ces facteurs : stimulation des fonctions endocrines, régulation de certains métabolismes, repos, suggestion, etc... Le phénomène est d'autant plus intéressant, qu'il est plus complexe : la croissance ne consiste pas seulement ni toujours en un allongement du squelette, mais en un développement général de l'être, ossification, éruption dentaire, puberté, formation du psychisme (ou des facultés psychiques, elles-mêmes dissociables : affectivité, jugement, volonté, inégalement précoces). L'auteur croit du moins que dans certains cas on peut éliminer l'hypothèse hasard, ou la confusion avec une action climatologique distincte de l'action hydrologique. Par exemple, des enfants qui ont grandi dix fois plus vite après ou pendant une cure thermale à Saint-Alban, peuvent imputer cet effet à cette cause, après trois ou quatre saisons hydrologiques pratiquées à une époque différente de l'année, surtout si ces enfants viennent de climats aussi peu différents que possible ; or, quatre observations, choisies entre plusieurs paraissent concluantes à cet égard. Et, il est probable que d'autres sujets auraient obtenu un résultat analogue dans d'autres bains (thalassothérapie, cures thermales, hydrothérapie simple) comme ceux-ci, dans les bains de Saint-Alban.

La climatologie, dont les facteurs sont connus et mesurés dans les cas inférieurs concernant les végétaux par exemple (Pech), les bactéries, les animaux unicellulaires et même certains métazoaires (d'Arsonval, Piéry, Letard, Burollet) est plus difficile à utiliser. Encore peut-elle éclairer le clinicien sur des contingences qui favorisent ou entravent les autres traitements (lumière, pression, etc.).

Il est donc à souhaiter que l'empirisme des thérapeutes guidé par les travaux des physiologistes, recueille et classe les observations fournies par toutes les stations hydrominérales où l'on soigne des enfants. L'indication ou la contre-indication qui en résulterait dans un lieu donné pour des cas typiques permettrait d'accroître le bienfait respectif des eaux, et, en illustrant leur crédit, leur rendement total.

Qu'est-ce que la maladie de Basedow. — *M. Marcel Laemmer* après avoir rappelé les différentes hypothèses que l'on pouvait faire sur l'origine de la maladie de Basedow, expose l'interprétation suivante que l'on en peut donner :

Se basant, d'une part, sur des expériences de laboratoire, sur la clinique et la thérapeutique d'autre part, l'auteur estime qu'il s'agit d'une dysfonction de la sécrétion hypophysaire antérieure : au niveau de cette endocrine, la sécrétion hormonale thyréo-stimulante et cortico-surréno-stimulante prendraient le pas sur la sécrétion hormonale gonatrope, et c'est ainsi que peuvent être expliqués ; à la fois les symptômes thyroïdiens et les symptômes ortho-sympathicotoniques de Basedow.

D'ailleurs, la thérapeutique vient à l'appui de ces faits, car l'on constate toujours une amélioration très importante de la maladie lorsqu'on injecte : folliculine et prolan A chez la femme, l'extrait orchitique et le même prolan A chez l'homme. M. L.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 mai 1935

Deux observations d'arthrodèse extra-articulaire sacro-iliaque. — *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur ces deux observations d'arthrodèse sacro-iliaque adressées par *M. René Charry* (de Toulouse). Celui-ci a pratiqué ces interventions suivant la technique que R. Massart a décrit antérieurement à la Société des chirurgiens de Paris. Il s'agissait de deux malades impotentes dont l'une gardait le lit depuis quatre ans et l'autre, affligée d'une démarche incertaine, ne pouvait faire plus d'une centaine de mètres. Ces impotences, liées à des lésions du carrefour sacro-iliaque, ont été très améliorées par l'arthrodèse extra-articulaire par greffon tibial traversant les épines iliaques postérieures et appuyé contre la face postérieure du sacrum.

Les fausses tumeurs vésicales d'origine tuberculeuse. — *M. A. Lavenant* communique plusieurs cas de fausses tumeurs vésicales par productions embryonnaires avec hypertrophie et prolifération du derme, au cours de la tuberculose rénale, sans lésions de cystite, avec hématuries profuses et intermittentes. Il s'agit de formes tuberculeuses végétantes précédant la période d'ulcération et qui rendent le diagnostic parfois difficile. Aussi l'examen bactériologique des urines s'impose-t-il, bien que pouvant parfois être négatif. La guérison de ces lésions est rapide après l'ablation du rein malade, mais, dans les cas où les symptômes hémorragiques sont importants, il sera bon, parfois, de recourir à la cautérisation par haute fréquence des productions tumorales.

M. R. Bonneau montre les difficultés de diagnostic entre la tuberculose végétante et le cancer de la vessie. Il communique l'observation d'une ancienne néphrectomisée gauche, qui fut prise d'hématuries, d'élimination de fragments de tumeur et chez qui la cystoscopie fit voir une tumeur vésicale au-dessus du méat droit. Les urines renfermaient du staphylocoque et du bacille de Koch. Une biopsie ne décela pas de cancer. La guérison fut obtenue par plusieurs séances d'électro-coagulation.

Cystostomie économique sur béniqué élévateur avec ou sans remplissage de la vessie. — *M. R. Bonneau*. — Par ce procédé, économie de temps et économie de plaie. Le béniqué élévateur, perçu à travers la paroi, au-dessus du pubis, dispense de distendre la vessie, ce qu'il serait du reste impossible de faire dans les cas d'incontinence vésicale. Comme appareil, on se servira, soit de celui de R. Bonneau, soit de celui de S. Colombino (de Turin).

Du danger d'hémorragies graves dans les dilatations chez les rétrécis infectés. — *M. Nora* en communique deux observations. La sonde à demeure a été inefficace dans ces cas pour arrêter l'hémorragie. Il a été nécessaire de pratiquer une cystostomie avec tamponnement de l'urèthre postérieur. L'auteur présente un certain nombre de considérations

sur la pathogénie de ces hémorragies et fait suivre sa communication de la bibliographie de la question.

Chirurgie des diverticules vésicaux. — *M. Nora* fait un plaidoyer en faveur du traitement chirurgical des diverticules vésicaux et de l'état diverticulaire de la vessie. Il communique, à l'appui, deux observations.

Hématonéphrose d'origine traumatique avec syndrome d'hémorragie interne. Néphrectomie d'urgence. Guérison. — *M. Fayot.* — Un enfant de 13 ans, à la suite d'une chute, présente un syndrome d'hémorragie interne nécessitant une intervention d'urgence. Après laparatomie ombilicale gauche, l'auteur trouva une volumineuse tumeur rénitente rétro-péritonéale d'où l'aspiration ramène deux litres et demi d'urine sanglante. On décolle progressivement cette poche d'hématonéphrose du péritoine pariétal postérieur. Ligature du pédicule rénal, facile, grâce à la voie d'abord employée. Guérison. L'enfant, revu à trois reprises différentes depuis l'intervention, présente un bon état général.

Curage digital dans les rétentions utérines après avortement. — *M. Bovier* décrit la technique qu'il emploie en cas d'avortement au troisième mois ou plus. Il ne se sert pas de curette et fait au doigt le nettoyage de la cavité utérine. Lavage à l'eau iodée et tamponnement.

Enfant de 7 ans opérée depuis deux ans d'un mal de Pott dorsal supérieur. — *M. Raphaël Massart* présente cette enfant. L'opération a donné un excellent résultat.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'emploi de l'insuline dans les suites opératoires sur les voies biliaires

Après un drainage biliaire de la voie principale, il existe une période critique entre le dixième et le vingtième jour, au cours de laquelle apparaissent des accidents de dénutrition, avec asthénie, anorexie, altération de l'état général. L'insuline a une action très efficace dans de tels cas, mais il faut l'employer précocement. Dans trois cas cette thérapeutique a été employée par M. Villard (*S. de chir. de Lyon*, 21 février 1935). Dans un cas, une guérison remarquable a été obtenue. Dans un autre, l'insuline ayant été administrée trop tardivement, l'amélioration fut passagère et la malade mourut. Dans le troisième cas, l'insulinothérapie dut être abandonnée sans amélioration en raison d'accidents d'hypoglycémie, et la mort survint.

Un cas rapporté par M. Patel montre l'action favorable de l'insuline après les interventions sur les voies biliaires.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Victor Hugo et Dom Jean Bosco. — *De M. Paul Berret dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 mai 1935) : VICTOR HUGO ET LA VIE FUTURE :

...Dom Jean Bosco était alors à Paris, qu'il ne quitta que le 26 mai. La foule des fidèles voyait en lui une sorte de mage, et l'on prétendait qu'il faisait des miracles. Où qu'il fut, des visiteurs se pressaient chez lui pour lui demander sa bénédiction.

On peut lire dans la vie de Jean Bosco, par Aufray, le récit de cette entrevue : « Un jour des visiteurs dont nous avons recueilli le témoignage, virent sortir du salon de l'abbé Roussel, le grand apôtre de la jeunesse populaire à Paris, la silhouette si connue de Victor Hugo.

« Mais c'est le père Hugo, que je viens de voir passer devant moi ? » interrogea l'un d'eux, Me Boulay, avocat-conseiller de l'Œuvre des apprentis, accouru à Auteuil faire bénir sa femme et ses deux fillettes.

Oui, mais n'en parlez pas, lui répliqua l'abbé Roussel ; le poète a voulu venir causer avec Dom Bosco, incognito. Le saint homme, comme vous le pensez, a essayé de le ramener au Dieu de son enfance. Victor Hugo a répondu qu'il croyait à l'immortalité de l'âme, mais que, dans son milieu, tout acte de religion était impossible.

Introduit quelques instants plus tard auprès de Dom Bosco, Me Boulay, après les compliments d'usage et les présentations de sa petite famille, s'enhardit à lui dire.

— Ah ! mon père, vous venez de recevoir une célébrité, Victor Hugo.

— Qui vous l'a dit ?

— L'abbé Roussel.

Alors, puisque vous le savez, je ne fais plus de mystères. Oui, je l'ai reçu et nous avons causé. Il y a du respect humain dans son cas, et puis son entourage, son entourage ! Ah ! mon Dieu, ça me fait bien de la peine, car c'est un vieillard et, comme je le lui ai dit, il ne faut pas abuser de la grâce de Dieu. »

On songe à l'entrevue de l'évêque Myriel et du conventionnel dans les *Misérables*. Mais, cette fois, chacun est demeuré sur ses positions ; le moraliste laïque n'a point prêché, le prêtre a conservé sa dignité, le saint ne s'est pas agenouillé devant le philosophe. Faut-il ajouter foi au récit d'Aufray (1) ?

L'état d'esprit de Victor Hugo le rend vraisemblable. Il n'entre point en contradiction avec l'attitude du poète et sa curiosité pour les mages.

Ce qui est certain, c'est que, de retour chez lui, Victor Hugo a persisté dans son anticléricalisme, et, soit influence de son entourage, soit retour de sa volonté à ses idées premières, le 2 août 1883, il remettait à Auguste Vacquerie, dans une enveloppe non fermée, ces lignes testamentaires :

Je donne cinquante mille francs aux pauvres.
Je désire être porté au cimetière dans leur corbillard...
Je refuse l'oraison de toutes les églises,
Je demande une prière à toutes les âmes.
Je crois en Dieu.

Victor Hugo.

Puis, il demeura dans sa vie somnolente.

Triste, sourd, vieux,
Silencieux.

(1) H. AUFRAY. — Un grand éducateur, saint Jean Bosco (1815, E. Vitte, 1889, p. 506.)

comme il disait parfois à ceux qui essayaient de le tirer de sa rêverie. Et, comme le mécanisme verbal et rythmique ne cessait de faire sonner automatiquement dans son cerveau affaibli, il murmura un jour en se mettant à table :

J'aurai bientôt fini d'encombrer l'horizon.

Le mot « euphorie » et les grammairiens. — *De M. Maurice Schoïre dans l'*ŒUVRE :

Il y a quelques semaines, j'ai parlé du mot *euphorie*. Cela m'a valu de nombreuses lettres. La plupart émanent du Corps médical. Dans leur « jargon » (le mot n'est pas de moi), les médecins donnent à *euphorie* un sens très particulier, un linguiste dirait : très restreint. Je conviens que j'ai eu tort de définir *euphorie* « le fait de se bien porter », pour la bonne raison que ce fait laisse, hélas ! parfaitement inconscient celui qui en jouit. Il faut *y penser* pour qu'on s'aperçoive qu'on est en état d'euphorie. Et nous n'avons pas le temps de nous regarder vivre. Si, parfois, « après un bon déjeuner, en fumant un bon cigare » (c'est encore un médecin qui parle). De telle sorte qu'il faut définir *euphorie* « le *sentiment* de se bien porter », ce qui est tout autre chose. Car vous allez voir les conséquences. Les médecins sont de cruels ironistes. Un érudit m'assure que cela a commencé avec le fameux Galien qui employait, paraît-il (je n'y suis pas allé voir), *euphorie* avec le sens de « facilité à supporter une maladie ». Si bien que le philosophe Th. Ribot parle, sans aucune espèce d'ironie, de « l'euphorie des mourants ». Et voici ce que m'écrit un membre de l'Académie de médecine : « L'euphorie d'un malade est une impression de bien-être général qui lui fait supporter allègrement son état, alors même que sa santé est compromise, parfois irrémédiablement. L'euphorie n'est pas rare aux approches de la mort. »

Alors peut-être vaut-il mieux que nous ne nous sentions pas « euphoriques » ; nous plaindre, c'est encore vivre. Mais je n'aurais jamais cru qu'*euphorie* pût devenir, dans certains cas, synonyme d'*euthanasie* ! Telle est l'ironie de la nature ; c'est elle qui rend, à leur tour, les médecins ironistes.

Critique de l'éducation française. — *Sous ce titre, un article de M. Georges Guy dans le* MERCURE DE FRANCE (15 mai 1935). *En voici quelques extraits* :

Je crois exprimer l'avis de maints contemporains en affirmant que l'éducation française, telle que nous la concevons aujourd'hui, est absurde.

. . . .

Notre éducation s'inspire d'un étrange fétichisme, que l'on dirait hérité de M. Homais, pour une instruction purement intellectuelle à prépondérance scientifique.

Aucune séparation n'est établie et mieux ! aucun mot ne permet de distinguer entre ce que nous nommerons — faute de mieux — l'instruction professionnelle, directement utile à l'exercice d'un métier et la culture dont l'acquisition doit être désintéressée.

Aucun contrôle n'est exercé par l'Etat sur le rapport nécessaire entre le nombre de diplômes qu'il délivre et les besoins correspondants, entre les rouages indispensables à la machine sociale et ceux qui sont de pur ornement.

Aucun enseignement moral n'est donné, qui permettrait le développement, l'amélioration des caractères, non plus que l'indication des règles les plus élémentaires du savoir-vivre.

. . . .

Une ruée d'enfants s'est produite sur nos écoles secondaires ; cet appétit de culture ne laisse pas d'être inquiétant.

S'il s'agissait seulement d'un goût nouveau pour le savoir, le spectacle serait encourageant, mais nous craignions fort que cet intérêt soit utilitaire.

Si l'état de nos mœurs était tel que le diplôme de « lettré » fut un simple honneur — une décoration sans traitement, nous applaudirions à son succès ; mais nous redoutons que tous ces bons élèves ne songent plus tard à monnayer leurs parchemins, et cela nous paraît dangereux.

Les milliers d'étudiants et d'étudiantes qui suivent les cours de nos facultés font-ils acte gratuit ? C'est peu probable ! Il me serait agréable de penser que telle jeune femme, futur docteur en médecine, sera d'abord une maîtresse de maison avisée, une bonne compagne pour son mari. Sa science lui sera utile — par surcroît — pour mieux élever, mieux soigner ses enfants. Mais il me serait pénible de penser qu'elle va grossir le nombre des médecins besogneux, des infirmières obscures.

Il me serait agréable de penser que telle jeune fille, qui sort du Conservatoire avec un premier prix de violon, fera plaisir à son mari, à ses amis, par l'exercice de son art, mais il me serait pénible de la voir embaucher dans un orchestre de brasserie.

Dans nos vieux pays d'Europe, exploités depuis des siècles, la machine sociale est montée avec une précision suffisante pour qu'un bureau de statistique correct puisse prévoir les besoins d'une nation, et indiquer le rapport nécessaire entre la production des écoles et la consommation par la nation.

Il semble que l'État jouerait un rôle utile de régulateur en limitant à ces besoins largement calculés le nombre de diplômes qu'il délivre — tout au moins lorsque ceux-ci constituent — c'est le cas des médecins et des avocats — le privilège d'un exercice. Ceci aurait l'avantage de mieux distinguer le parchemin honorifique, brevet de culture, du parchemin titre, brevet d'artisan qui exerce un métier.

Pour la création d'un quartier Pasteur. L'ŒUVRE :

M. Lionel Nastorg, conseiller municipal de la 2e circonscription du quartier Necker, a adressé au Président du Conseil municipal, la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Le 6 juillet prochain, doit être commémorée solennellement une date prestigieuse entre toutes dans l'histoire de l'humanité souffrante : celle du 6 juillet 1885.

Il y aura, en effet, cinquante ans que, pour la première fois, Pasteur inoculait à un homme abandonné à la mort le vaccin contre la rage : l'homme était sauvé et le monde entier saluait en ce modeste savant un génie de la science.

La Ville de Paris s'honorerait en s'associant demain à l'évocation d'une des gloires les plus pures de notre pays.

M. Nastorg demande donc que le nom de quartier Pasteur soit donné à un des deux quartiers de Necker.

L'hôpital de l'Isle-sur-Sorgue *De M. André Mévil dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

Dans un livre charmant rempli de faits singulièrement suggestifs, un érudit vauclusien, M. Julien Guigne, habitant de l'Isle-sur-Sorgue, nous conte toute l'histoire de l'hôpital de cette pittoresque localité proche de la Fontaine de Vaucluse, que certains ont surnommé « la Venise de la Provence ».

Ce qui est consolant, c'est que l'hôpital de l'Isle est demeuré dans un état admirable de conservation. C'est un bijou du dix-huitième siècle construit d'après les plans d'un des meilleurs architectes de la région, Jean-Baptiste Franque, d'Avignon, plans qui furent exécutés sous la direction de trois autres excellents architectes régionaux, la famille Brun. La construction, commencée en 1749, fut achevée en 1757, un an avant la mort de Jean-Baptiste Franque, qui eut ainsi la joie de voir l'achèvement de son œuvre.

Depuis cette époque, l'hôpital de l'Isle-sur-Sorgue est occupé par les sœurs de Saint-Joseph qui n'ont pas cessé de l'entretenir avec une sollicitude sans pareille, tout en continuant de prodiguer leurs soins aux malades, pendant la tourmente révolutionnaire. J'ai visité récemment cet hôpital et j'ai été émerveillé : tout y est intact et à sa place, comme si une bonne fée avait veillé à la conservation de cet délicieux édifice. On y admire, entre autres choses, une pharmacie aux jolies boiseries qui contient 51 vases de Moustiers.

M. Julien Guigne nous parle du fonctionnement de l'hôpital avant la Révolution et de sa parfaite organisation, bien faite pour détruire nombre de préventions. Il nous dit qu'en dépit des sottes et injustes légendes, on était heureux, à l'Isle-sur-Sorgue, sous la domination paternelle des papes.

« Cependant, notre attachement à la France, écrit-il, ne doit pas nous faire méconnaître les bienfaits de la domination des papes, et ce serait faire preuve d'une singulière faculté d'oubli que de nier que le dix-huitième siècle fut chez nous une époque de quiétude et de prospérité pendant laquelle s'épanouirent librement les « arts de la paix ».

« Qu'on ne nous accuse pas de juger d'un régime et de son temps d'après un organisme aussi peu considérable que fut notre hôpital. C'est par sa répercussion sur la vie des cellules plus intimes que se manifeste la perfection des institutions. »

Comme on le voit, la petite histoire nous oblige souvent à nous montrer plus équitable envers les hommes et les choses d'autrefois.

La longévité humaine. *Sous ce titre, un article de M. W. N. Kazeeff dans* LA NATURE (1er juin 1935). *En voici un extrait :*

La proportion des individus de différents âges établis d'après les derniers recensements se présente ainsi dans les pays indiqués :

	de 0 à 10 ans	de 20 à 39 ans	de 19 à 59 ans	de 60 ans et plus
France	32,60	30,20	24,50	12,70
Belgique	35,57	32,19	22,87	9,37
Angleterre	38,81	29,55	22,89	8,75
Allemagne	41,97	28,97	21,31	7,75
Suisse	40,36	29,51	18,89	11,01
Etats-Unis	40,30	32,06	20,09	7,55
Russie d'Europe	55,33	19,36	17,57	7,74
FEMMES				
France	29,60	30,70	25,00	14,70
Belgique	34,19	32,07	22,82	10,92
Angleterre	35,29	31,87	22,79	10,05
Allemagne	37,89	32,62	20,59	9,86
Suisse	37,45	29,35	20,00	13,20
Etats-Unis	41,90	32,19	18,48	7,43
Russie d'Europe	48,54	27,48	16,31	7,67

Ces statistiques permettent également d'établir le tableau suivant du nombre des survivants selon l'âge et pour les deux sexes

Age	HOMMES	FEMMES
10 ans	713	704
20 ans	682	677
30 ans	634	635
40 ans	587	589
50 ans	530	536
60 ans	439	459
70 ans	287	309
80 ans	95	103
90 ans	6	7
100 ans	1	2

Il en résulte que de la naissance à l'âge de 19 ans le nombre des hommes dépasse celui des femmes, après quoi le rapport inverse s'établit.

Les conflits des générations pour la vie. *Tel est le titre d'un article paru dans la* GRANDE REVUE (mai 1935), *signé* NESTOR :

Il a été abondamment parlé des conflits d'idées existant entre les nouvelles générations et leurs aînées. Depuis quelque temps les préoccupations tournent ; et il est surtout question de conflits, de besoins entre jeunes et vieux. Les uns ne trouveraient plus de places ; et les autres en détiendraient trop. Ce conflit des générations pour la vie, mains tendues d'un côté, mains cramponnées de l'autre... quel spectacle ! Mais aussi quel désordre ! Vit-on jamais solution d'un conflit plus abandonnée à l'anarchie de décisions.

. . . .

C'était une des promesses de la guerre que la démocratisation de la culture ; c'est une des rares fiertés de l'après-guerre que cette promesse tenue. Mais sa réalisation a été aussi une des causes de la crise où se débat actuellement la jeunesse, et qu'il faut résoudre.

Quand ils sont appelés à collaborer à cette solution par quelques sacrifices de leur part, les vieux ne manquent pas de mettre en ligne un certain nombre de faits et d'arguments.

Ils rappellent qu'ils ont connu eux aussi des débuts difficiles, et que, pour en être dispensés, ils n'ont pas demandé l'expulsion des vieux de leur temps. En échange de ces débuts, difficiles, ils ont obtenu une sorte de contrat leur garantissant un certain nombre d'années d'exercice de leur profession, et ils soutiennent qu'il y aurait la même injustice à les dépouiller de leurs droits acquis qu'à ne pas assurer à la jeunesse son droit à la vie. Pendant la période de prospérité de l'après-guerre, où les situations étaient si faciles à trouver et si promptement rémunératrices, l'habitude s'est un peu perdue des débuts difficiles, qui sont pourtant une vieille loi humaine, et qui n'ont jamais été considérés par la jeunesse comme matière à désespoir. Le rythme d'accession de la jeunesse aux emplois s'était un peu précipité ces derniers temps ; il s'est un peu ralenti aujourd'hui ; bientôt il reprendra la normale.

Ils vont plus loin. Ils reconnaissent qu'ils jouissent, en fin de carrière, de situations confortables, mais qu'ils n'ont jamais connu ni facilités de préparation aux carrières, ni les honorables traitements de début, ni les rapidités d'avancement que connaissent les jeunes générations, et qu'en plus de leurs droits acquis, ils ont peut-être, à cet autre titre, quelque droit à compensation.

Mais il y a un meilleur argument qu'il faut dire pour eux et encore un simple calcul statistique.

Les gens qui ont aujourd'hui entre 50 et 60 ans sont des gens qui avaient 30 et 40 ans en 1914. Ce sont des gens qui ont fait la guerre, et que la guerre a déjà privés de cinq ans de leur carrière normale. Beaucoup se sont exposés à la mort et ont rapporté blessures, mutilations ou maladies pour défendre les berceaux des petits Français ; et ce sont les nourrissons de 1914 qui, une fois parvenus à l'âge d'homme, n'auraient comme geste de récompense, vis-à-vis des protecteurs de leurs berceaux, que celui de les expulser prématurément de leurs situations. Les hommes de 50 à 60 ans ont déjà sacrifié cinq ans de leur vie pour défendre des petits, et ces mêmes petits croient aujourd'hui leur imposer de plus le sacrifice de deux, trois, quatre, cinq, etc.. années de carrière pour obtenir plutôt une place ! geste vilain, geste injuste qu'il serait sans doute étonnant de voir accomplir par la jeunesse française.

BIBLIOGRAPHIE

Les Poissons et le Monde vivant des Eaux. *Etudes ichthyologiques et philosophiques*, par le Docteur Louis ROULE. Tome huitième : *Les poissons des eaux douces*. Un beau volume in-8° raisin, illustré de 91 dessins dans le texte et de 16 planches en trichromie, d'après les aquarelles d'Angel. Broché : 42 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V°).

Ce volume donne une suite et un complément aux deux tomes (VI et VII), qui, l'ayant immédiatement précédé, furent consacrés aux Poissons marins (littoral et grands fonds). S'occupant, quant à lui, des poissons des eaux douces, il contient les descriptions des principaux d'entre eux, et celles de leurs groupes prépondérants.

Cet ouvrage en acquiert une qualité de choix, car les sujets qu'il traite sont de ceux qui, dans la nature, nous touchent du plus près. Habitants des fleuves et des lacs, ces poissons, mieux que leurs semblables des mers, sont presque, dans leur eau, de nos voisins directs. Tous nous sont accessibles. Les noms de beaucoup d'entre eux : la Truite, la Carpe, le Gardon, sont aussi familiers que ceux de l'Hirondelle ou du Rossignol parmi les bêtes de l'air. Dans le monde entier, les pêcheurs de chaque région connaissent leurs mœurs et leurs habitudes. Aussi leurs espèces méritent-elles d'être considérées avec intérêt sous le double trait de leur aspect et de leur genre de vie. Tel est, dans ce volume, le but cherché et pleinement atteint.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 25 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 JUIN 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

ENTÉRO-PANSEMENT

DU DOCTEUR ZIZINE

PROTECTION - DESINFECTION DE LA MUQUEUSE INTESTINALE

COMPOSITION

Charbon activé · Sous-Nitrate de Bismuth
Antivirus intestinaux.

INDICATIONS

Diarrhées · Infections et Intoxications intestinales : leurs conséquences · Colites · Entérocolites
Fermentations intestinales · Colibacillose.

MODE D'EMPLOI

Adultes. — une à deux cuillerées à soupe par jour.
Enfants. — une à deux cuillerées à café suivant l'âge.



GRANULÉ

Laboratoires P. ZIZINE 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — 15 juin. — M. Béquignon. Étude de la technique des opérations césariennes basses dans les cas infectés. — Mlle Desallais. Le lait au roux chez les nourrissons hypotrophiques, dyspeptiques, étude clinique. — Mlle Blin. Thérapeutiques préventives des complications pulmonaires de la rougeole. — M. Limasset. Principes actuels de la thérapeutique et de la prophylaxie des intoxications par les champignons. — M. Ricart. Les vieux traitements de la fièvre jaune. — M. Weissberg. Activité médico-sociale des dispensaires antituberculeux de l'Institut de prophylaxie sociale de l'Aude.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — M. Le Gorgeu, sénateur, vient de présenter, au nom de la Commission d'hygiène du Sénat, un rapport sur les modifications à introduire dans la loi de 1933 sur l'exercice de la médecine. Voici la proposition de loi qui suit ce rapport :

Art. 1er. — Le dernier alinéa de l'article premier de la loi du 21 avril 1933 est supprimé et remplacé par le suivant :

« Nul ne peut exercer la profession de dentiste en France s'il ne remplit les conditions prévues à l'alinéa précédent et s'il n'est muni du diplôme d'État français de docteur en médecine ou du diplôme d'État français de chirurgien-dentiste. »

Art. 2. — L'article 2 de la même loi est supprimé et remplacé par le suivant :

« Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, qui postuleront le doctorat d'État français, devront justifier des titres initiaux (y compris le certificat d'études physiques, chimiques et biologiques) requis des étudiants français pour s'inscrire au diplôme d'État de docteur en médecine et devront subir tous les examens exigés des candidats français.

« Ils pourront être dispensés de trois années de scolarité au maximum.

« Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une Université française et les étudiants en cours d'études pour ce diplôme, qui postuleront le diplôme d'État, seront astreints aux mêmes obligations.

« Toutefois, la dispense de scolarité pourra être étendue pour eux à quatre années ; des dispenses d'examens pourront, en outre, leur être accordées sans qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie médicale et chirurgicale et les cliniques. »

Art. 3. — L'article 3 de la même loi est supprimé et remplacé par le suivant :

« Les étudiants étrangers devront, pour s'inscrire en vue de l'obtention du diplôme d'Université de docteur en médecine, justifier des titres initiaux exigés dans leur pays d'origine pour l'inscription dans une école de médecine.

« Les étudiants étrangers devront, pour s'inscrire en vue de l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, justifier des mêmes titres initiaux que les étudiants français. Il ne leur sera accordé aucune dispense de scolarité ni d'examens, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

« Toutefois, chaque année, des étudiants roumains ou mauriciens inscrits en vue de l'obtention du diplôme d'Université de docteur en médecine et ayant subi avec succès les épreuves des derniers examens de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques, peuvent être autorisés, par décision ministérielle prise après avis d'une Commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'État de docteur en médecine.

« Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble des Facultés de médecine. »

Art. 4. — L'article 4 de la même loi est supprimé et remplacé par le suivant :

« Les titulaires d'un diplôme étranger de chirurgien-dentiste, qui postuleront le diplôme d'État français de chirurgien-dentiste, devront justifier des titres initiaux requis des étudiants français pour s'inscrire au diplôme d'État de chirurgien-dentiste et devront subir tous les examens exigés des candidats français.

« Ils pourront être dispensés d'une année de scolarité au maximum.

« Les titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste d'une Université française et les étudiants en cours d'études pour ce diplôme, qui postuleront le diplôme d'État, seront astreints aux mêmes obligations.

« Toutefois, ils pourront être dispensés d'une année de stage et d'une année de scolarité. Ils pourront en outre être dispensés du premier examen de scolarité. »

Art. 5. — L'article 5 de la même loi est supprimé et remplacé par le suivant :

« Les étudiants étrangers devront, pour s'inscrire au diplôme de chirurgien-dentiste d'une Université française, justifier des titres initiaux exigés dans leur pays d'origine pour l'inscription dans une école dentaire.

« Les étudiants étrangers devront, pour s'inscrire au diplôme d'État français de chirurgien-dentiste, justifier des mêmes titres initiaux que les étudiants français.

« Il ne leur sera accordé aucune dispense de stage, de scolarité, ni d'examens, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger. »

Art. 6. — Après l'article 6 de la même loi, il est inséré un article 6 *bis* nouveau ainsi conçu :

« Les médecins et chirurgiens-dentistes d'origine étrangère, pourvus du diplôme d'État français et naturalisés Français, ne pourront exercer en France dès l'obtention de leur diplôme que s'ils ont accompli le temps légal de service militaire actif ou s'ils ont servi dans l'armée française pendant la guerre 1914-1918 en qualité d'engagés volontaires.

« En cas contraire, ils ne pourront exercer qu'après un délai de cinq ans compté de la date d'obtention du diplôme. Durant ce délai, ils pourront être autorisés à faire des remplacements dans les conditions légales. »

Art. 7. — L'article 7 de la même loi est supprimé et remplacé par l'article suivant :

« Les fonctions publiques d'ordre médical et dentaire qui seront déterminées dans un décret pris sur la proposition du ministre de la Santé publique, ne pourront être remplies que par des médecins et chirurgiens-dentistes d'origine française, sauf dérogations accordées par le ministre de la Santé publique après

avis d'une Commission dans laquelle seront représentés les Syndicats professionnels.

« Les médecins et chirurgiens-dentistes d'origine étrangère et naturalisés Français ne pourront être chargés de ces fonctions qu'après un délai de dix ans à compter de la date d'obtention du diplôme.

« Toutefois et par dérogation à la loi du 19 juillet 1934, modifiant et complétant l'article 6 de la loi du 10 août 1927, ce délai sera réduit à cinq ans pour ceux qui auront accompli le temps légal de service militaire actif et ne sera pas exigé des médecins et chirurgiens-dentistes d'origine étrangère qui auront servi dans l'armée française pendant la guerre de 1914-1918 en qualité d'engagés volontaires. »

ART. 8. — L'article 8 de la même loi est supprimé et remplacé par le suivant :

« Les médecins et chirurgiens-dentistes, officiers de santé et dentistes, autorisés à exercer leur profession avant le 1er avril 1935, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

« Toutefois les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers exerçant en France devront faire une demande de naturalisation dans un délai de trois mois à partir de la promulgation de la présente loi. »

Deuxième Congrès annuel des médecins électro radiologistes de langue française. (Bruxelles, 30 juillet-3 août 1935.) — Trois questions ont été mises à l'ordre du jour et seront l'objet de rapport :

1° Altérations décelables radiologiquement et troubles endocriniens, par MORELLE (Louvain) et BOINE (Louvain) ;

2° La télérœntgenthérapie, par COTTENOT (Paris) et SLUYS (Bruxelles) ;

3° Conceptions nouvelles concernant l'électro-diagnostic et leurs conséquences thérapeutiques, par BOURGUIGNON (Paris), DELHERM (Paris) et DUHEM (Paris).

Les congressistes qui désireront prendre part à la discussion qui suivra l'exposé des rapports, voudront bien, en adressant leur adhésion, s'inscrire pour la discussion qui les intéresse, au plus tard avant le 25 juin 1935.

Une séance sera, en outre, consacrée aux questions de technique, avec visite du nouveau Service de radiologie de l'hôpital universitaire.

Les congressistes qui désireraient présenter des travaux sur des sujets autres que ceux mis à l'ordre du jour, voudront bien en adresser, tout au moins le résumé, au secrétaire général avant le 25 juin 1935, dernier délai. Le Comité décidera si ces travaux doivent être inscrits à l'ordre du jour du Congrès et à quelle séance.

Pour s'inscrire au Congrès en qualité de membre actif, il est nécessaire d'être docteur en médecine. Les Français doivent faire partie de la Société de radiologie médicale de France ou de ses filiales, ou de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, ou être agréés par l'une d'elles.

L'inscription n'est définitive qu'après versement des droits qui sont de : 150 francs belges pour les membres actifs et de 75 francs belges pour les membres associés (compte ch. post. n° 23, 19, 95, du Deuxième Congrès des médecins électro radiologistes de langue française à Bruxelles) ; pour les participants français, ces sommes seront respectivement de 70 francs et 35 francs français, à adresser au Docteur Morel Kahn, trésorier.

Premier Congrès international de la transfusion sanguine (Rome, 26-29 septembre 1935.) — Sur initiative de l'Association des volontaires italiens du sang sera convoqué à Rome du 26 au 29 septembre prochain le Premier Congrès international de la transfusion sanguine, auquel sont assurées d'ores et déjà l'adhésion et la participation de savants de plusieurs pays d'Europe et d'Outre-Mer.

Dans les principaux pays ont été institués des bureaux organisateurs pour la coordination de la participation de ces propres pays.

Pour tous renseignements, écrire : soit au secrétariat général du Congrès (Segretariato del 1er Congresso Internazionale della Transfusione Sanguigna, Via Palermo N. 1-Milan, Italie) ; pour la France : à M. le Docteur A. Tzanck, œuvre de la transfusion sanguine d'urgence, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Lyon. — La séance d'inauguration du Centre anticancéreux, installé à l'hôpital Edouard-Herriot, a eu lieu le samedi 15 juin. La séance, à laquelle assistait M. le doyen Roussy, fut ouverte à 10 h. 1/2 dans la salle des fêtes de la Faculté de médecine.

Il y a douze ans déjà, a dit M. le Prof. Bérard dans son discours, la même Assemblée se trouvait réunie dans l'ancien amphithéâtre d'Ollier, au Grand Hôtel-Dieu, pour une première inauguration du Centre anticancéreux de Lyon. Cette création souhaitée, dès les années de guerre, par M. le ministre Justin Godart, président de la Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer, venait d'être réalisée par M. le ministre Strauss, à Lyon, comme dans toutes les grandes villes universitaires, suivant les suggestions de Bergonié, en novembre 1922.

Peu de mois après, Bergonié mourait, victime mutilée par les radiations, donnant, jusqu'à sa dernière heure l'exemple d'une

sérénité héroïque : nous devons, tout d'abord, rendre un pieux hommage à sa mémoire.

Dès sa création, notre centre, à peu près dépourvu de tout, fut généreusement abrité par l'Administration des Hospices civils de Lyon, dans quelques unes des salles de secours de l'Hôtel Dieu, et encombra le Grand Dôme de ses baraquements inesthétiques. C'était du provisoire : on devait, d'un mois à l'autre, l'installer ailleurs. Il a fallu, en réalité, douze ans, pour effectuer ce mouvement, et après combien d'épreuves !

Nécrologie. — Docteur Aimé Favre, décédé à Paris, à l'âge de 67 ans. — Docteur Bertrand, décédé à Saint-Denis (Seine), à l'âge de 26 ans. — Docteur Brane, de Levallois-Perret (Seine), décédé à l'âge de 70 ans. — Docteur Paul Bozonet, de Montrevel (Ain), ancien député de l'Ain, ancien conseiller général, décédé dans sa 81e année. — Docteur Marcel Boyer, de Nîmes. — Docteur Gustave Bret, de Mareuil (Vendée). — Docteur Marcel Cavalier, de Bordeaux. — Docteur Marie Cottange (Mlle), médaille d'or des hôpitaux de Marseille. — Docteur Raphaël-Albert [illegible], d'[illegible]. — Docteur Georges Desomeaux, de Lille, décédé dans sa 53e année. — Docteur Léon Dufau, de Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées). — Docteur Achille Fermaud, de Fontenay-le-Comte (Vendée). — Docteur Joseph Gaston, de Vaire (Vendée). — Docteur Jeanès, d'Amiens, décédé à l'âge de 70 ans. — Docteur Girot, de Paris, 19, rue Fourcroy (17e), décédé à l'âge de 76 ans. — Docteur Koumaryanos, décédé à Paris, à l'âge de 79 ans. — Docteur Albert Lagarde, d'Villas (Gironde), décédé à l'âge de 71 ans. — Docteur Marcel Lamoine, de Mézidon (Calvados), décédé dans sa 64e année. — Docteur André Maurians, de Roanne, décédé dans sa 56e année. — Docteur Philippe Marcombes, maire de Clermont-Ferrand, député du Puy-de-Dôme, ministre de l'Éducation nationale, décédé dans sa 58e année. — Docteur Pierre Mayeur, de Malo-les-Bains, décédé à l'âge de 28 ans. — Docteur Margoulies, du Mans (Sarthe). — Docteur Henri Meynadier, de Mondoubleau (Loir-et-Cher), décédé dans sa 4?e année. — Docteur Auguste Nantermoz, de Beaufort-sur-Doron (Savoie), décédé dans sa ?8e année. — Docteur Pessard, de Montrouge (Seine), décédé dans sa 7?e année. — Docteur Renotte, d'Autun (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur Émile Wanstre, de Nancy. — Prof. Antonio Bentivegna, de Palerme. — Prof. Hugo de Vries, d'Amsterdam.

BIBLIOGRAPHIE

Parasites et Parasitisme, par Pierre Grassé. Un volume in-16, 7? figures, broché : 10 fr. 50. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

Ses recherches et ses publications sur les organismes parasites qualifiaient tout particulièrement M. Grassé pour écrire un ouvrage d'ensemble sur le parasitisme. [illegible] M. Grassé a rendu claires les questions les plus embrouillées [illegible] donner une interprétation générale.

Les multiples aspects du parasitisme, comme ses rapports avec l'immunité, la sexualité, l'adaptation, ont, grâce à une documentation très sûre, considérés d'un point de vue nouveau. Beaucoup d'idées [illegible] à la lumière des récentes acquisitions de la recherche. Certains chapitres, par exemple, [illegible] jusqu'ici été l'objet d'aucune étude d'ensemble.

D'un style sobre, dépouillé de toute érudition, cet ouvrage s'adresse aux [illegible] instructive. Il se recommande aux médecins, aux vétérinaires qui chaque jour, luttent contre les parasites, aux agronomes, aux agriculteurs [illegible] et à tous ceux qui suivent avec [illegible] les travaux et les progrès de la biologie moderne.



TRAVAUX ORIGINAUX

Action du sucre sur la résistance du cœur et quelques médicaments

Par MM. LOEPER, A. LEMAIRE, FIGARÈS et GARCIA

Le rôle du sucre dans la nutrition du cœur n'est pas discutable et nous y avons insisté fréquemment.

L'importance des réserves glycogéniques de la musculature du cœur de l'escargot, celle du faisceau unitif des animaux supérieurs ont été mises en valeur dans plusieurs de nos observations (Loeper, Lemaire, de Sèze, Mougeot).

L'étude de ces réserves nous a même permis de diviser les médicaments cardiaques en deux catégories : ceux qui consomment le glycogène comme l'adrénaline et ceux qui l'économisent comme l'acétylcholine et la quinidine.

Enfin les résultats donnés par le régime sucré dans les affections cardiaques montrent l'appoint considérable que le sucre peut apporter à la résistance du cœur dans la thérapeutique dite toni-cardiaque ou syphilitique.

Nous voudrions donner aujourd'hui quelques nouvelles preuves de l'influence favorable du sucre sur le cœur.

Pour cela nous avons fait trois groupes d'expériences.

Dans un premier groupe nous avons injecté à des chiens de l'adrénaline, de l'acétylcholine et de l'ouabaïne en solutions sucrée et salée. Le sucre nous a paru abréger l'hypotension de l'acétylcholine et prolonger au contraire la phase vagotonique initiale de l'adrénaline.

Dans un deuxième groupe nous avons rendu des chiens artificiellement hyperglycémiques par la résection du pancréas.

Les résultats furent analogues : la phase vagotonique de l'adrénaline a été encore nettement prolongée.

Dans un troisième groupe nous avons utilisé le cœur d'escargot.

Nous avons préparé une solution sucrée :

Na Cl........................	6 gr. 5
KCl........................	0 gr. 14
Co^3NaH........................	0 gr. 01
$CaCl^2$	0 gr. 12
Glucose	0 gr. 016
Eau	1.000 gr.

qui ne diffère de celle de Binet que par la substitution équinéoléculaire du glucose à PO^4H^3Na et qui lui reste isotonique.

Nous avons d'abord constaté que les battements du cœur étaient plus énergiques dans cette solution que dans la solution de Binet et que sa vie s'y maintenait plus longtemps.

Nous avons alors introduit dans notre solution des toxiques divers : adrénaline ; yohemhine et acétylcholine ; pilocarpine et ésérine ; ouabaïne, digitaline et spartéine ; quinidine, et comparé les résultats obtenus avec ceux que donne la solution non sucrée.

Les réactions caractéristiques du médicament se sont trouvées le plus souvent modifiées de la façon suivante :

1° L'amplitude avec l'adrénaline est accrue dans la solution sucrée, le sucre avec l'ouabaïne et la digitaline, le ralentissement avec l'acétylcholine.

2° Toujours la résistance du cœur au toxique est plus grande et plus prolongée dans la solution sucrée.

3° Toujours également le cœur arrêté reprend plus rapidement et plus complètement ses contractions, après la suppression du liquide toxique, quand on le plonge dans la solution sucrée qu'il ne la reprend dans la solution non sucrée.

Le fonctionnement du cœur d'escargot ne peut être, plus que sa structure, assimilé à celui des animaux à sang chaud et surtout de l'homme. Néanmoins ces quelques expériences viennent à nouveau prouver l'action du sucre sur le cœur.

BIBLIOGRAPHIE

L'amylase du cœur, avec LEMAIRE et J. TONNET. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CIII, p. 211, 25 janvier 1930.

Les réserves glycogéniques du cœur. *C.R. de la Soc. de Biologie*, t. CIII, p. 209, 25 janvier 1930, et *Progrès Médical*, n° 5, 1er février 1930.

Le régime des cardiaques et la nutrition du cœur, avec A. LEMAIRE. *Presse Médicale*, n° 14, 15 février 1930, p. 232.

Le rôle du glycogène dans l'activité du cœur de l'escargot, avec A. MOUGEOT et A. LEMAIRE, *C. R. de l'Acad. des Sciences*, t. CXC, p. 950, 14 avril 1930, et *Progrès Médical*, n° 16, 19 avril 1930.

Glycogène du cœur et médications cardiaques, avec A. MOUGEOT, R. DEGOS et S. DE SÈZE. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, t. CXC, p. 971, 23 avril 1930, et *Progrès Médical*, n° 21, 24 mai 1930.

Action de certains ferments sur le rythme du cœur de l'escargot, avec A. MOUGEOT et A. LEMAIRE. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CIV, p. 169, 10 mai 1930, et *Progrès Médical*, n° 17, 5 juillet 1930.

L'insuline dans la nutrition du cœur des cardiaques, avec A. LEMAIRE et R. DEGOS. *Presse Médicale*, n° 81, 8 octobre 1930, p. 1361.

La nutrition du cœur. *Annales de la Faculté de Beyrouth*, mars 1933.

Les traitements spécifiques des primo-infections tuberculeuses et leurs admirables résultats. Le triomphe de la sérothérapie antibacillaire

Par le Docteur J. PÉRISSON

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique à la Faculté

Malgré les nombreux travaux qu'a suscités le traitement de la tuberculose et les progrès réalisés depuis quelques années, cette affection reste toujours redoutable et continue à faire trop de victimes. A vrai dire elle devrait en faire beaucoup moins si certaines notions, dont la réalité nous semble pourtant éclatante, parvenaient à se généraliser dans les milieux médicaux et à prendre dans l'enseignement la place prépondérante qu'elles mériteraient d'occuper.

Il est une idée générale universellement admise : c'est que la thérapeutique doit s'efforcer d'être avant tout étiologique, c'est-à-dire de s'adresser aussi directement que possible à la cause première d'un mal. Sans doute, dans de trop nombreux cas, la médecine est obligée de se contenter d'un traitement symptomatique, soit parce qu'il est impossible de combattre autrement une affection dont

l'étiologie reste mystérieuse, soit parce que l'évolution de la maladie est trop avancée pour qu'on puisse espérer autre chose qu'un soulagement des troubles fonctionnels. En ce qui concerne la tuberculose et mis à part les sels d'or si discutés depuis quelque temps, la majorité des moyens thérapeutiques préconisés actuellement demeurent des traitements symptomatiques, c'est-à-dire des procédés empiriques destinés à combattre une lésion constituée ; et c'est pourquoi, dans le domaine de la tuberculose pulmonaire en particulier, ces traitements sont en tous points identiques à ceux des diverses lésions chroniques des poumons, quelle qu'en soit l'étiologie.

Cependant depuis de longues années déjà le bacille de Koch est connu. Le médecin qui raisonne scientifiquement se trouve à la fois surpris et découragé en constatant que cette découverte n'a été suivie d'aucun progrès thérapeutique qui lui soit directement attribuable : le traitement de la tuberculose pulmonaire est aujourd'hui exactement ce qu'il serait si Koch n'avait pas isolé le bacille meurtrier responsable encore de trop de morts prématurées. Il faut que ce médecin se rassure : il existe heureusement des thérapeutiques spécifiques de la tuberculose, qui sont à notre avis des thérapeutiques d'avenir et qui permettraient, si elles étaient logiquement et largement appliquées, un progrès considérable dans la lutte antituberculeuse. Elles peuvent en effet promettre sans prétention déplacée de guérir à peu près tous les cas particuliers, à une seule condition : c'est d'être instituées de très bonne heure, à une phase toute initiale de l'évolution morbide.

Cette condition n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre et en diminuer la valeur. Elle représente une loi générale de la médecine. Les traitements spécifiques dont l'action est indiscutée ont d'autant plus d'efficacité qu'ils interviennent plus précocement, aussi bien dans les maladies chroniques que dans les affections aiguës, aussi bien en ce qui concerne les procédés chimiques que les thérapeutiques biologiques. C'est ainsi que le traitement antisyphilitique donne les meilleurs résultats lorsqu'il est appliqué dès la période primaire, autant que possible même avant que la réaction de Wassermann soit devenue positive ; et son rôle bienfaisant est au contraire beaucoup plus douteux lorsqu'il s'attaque à une cirrhose du foie, à une néphrite scléreuse, à une aortite chronique ou à une paralysie générale. La sérothérapie antidiphtérique doit être prescrite dès que la localisation angineuse se manifeste et beaucoup d'auteurs lui dénient toute influence à la phase tardive des paralysies. Les diverses vaccinothérapies, destinées à combattre de nombreuses affections viscérales *non septicémiques*, n'ont vraiment d'activité qu'à la condition d'être appliquées dès le début de ces affections et à des doses suffisantes, ces doses nous paraissant nettement supérieures à celles qui sont habituellement préconisées. On pourrait multiplier les exemples : tous arrivent à prouver que, lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion nettement constituée, le traitement étiologique n'a plus la même influence heureuse qu'à la période initiale de la maladie. Il peut même parfois n'exercer aucune action favorable ; bien plus il arrive qu'il soit dangereux, comme le traitement arsenical dans les cirrhoses syphilitiques.

Ces notions bien assises et acceptées par tous doivent être reportées dans le domaine de la tuberculose, où elles demeurent vraies. En effet la tuberculose n'est pas une exception et l'effort thérapeutique principal doit encore une fois obéir aux mêmes principes, en essayant de prévenir, dans la mesure possible, cette évolution vers une lésion scléreuse qui serait d'autant plus difficile à combattre qu'elle serait plus ancienne. *Le meilleur traitement à opposer à l'attaque bacillaire est à notre avis un traitement spécifique appliqué dès le début de l'évolution morbide* et nous sommes intimement persuadé que la lutte antituberculeuse aura fait un pas de géant lorsque ces idées seront devenues familières à tous les médecins.

Depuis longtemps déjà elles ont été exposées par notre maître M. André Jousset. Depuis longtemps son enseignement nous a convaincu et notre contact avec les réalités pratiques n'a fait qu'en confirmer à nos yeux l'éclatante vérité, avec la surprise persistante que ces notions n'aient pas encore conquis la consécration officielle qu'elles méritent cependant au premier chef.

***

Ce préambule nous a paru nécessaire pour situer exactement le problème que nous voulons exposer et souligner toute l'importance que nous attachons aux conclusions de ce travail. Nous avons précédemment montré les succès remarquables obtenus par l'allergine dans le traitement suffisamment précoce de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (1). Ce que nous venons de dire permet de comprendre pourquoi les thérapeutiques spécifiques trouvent dans la tuberculose de l'enfance des indications particulièrement favorables. L'enfance est en effet l'âge de prédilection des primo-infections bacillaires et, dans de semblables conditions, la sérothérapie et la vaccinothérapie convenablement appliquées donnent des résultats véritablement incomparables. On peut affirmer, avec une assurance qui ne risque guère d'être taxée d'exagération, que tous les cas de primo-infection tuberculeuse, présentés suffisamment tôt à un médecin qui sait rapidement dépister leur véritable nature et connaît bien le maniement de ces traitements, sont guéris avec une rapidité tout à fait inhabituelle dans le domaine du bacille de Koch et avec la consolante certitude que toute menace d'une évolution sévère est conjurée au moins pour plusieurs années.

Une semblable affirmation appelle évidemment quelques explications. En pratique l'infection première de l'organisme par le bacille se manifeste de façon variable et la conduite à tenir diffère suivant les cas. On peut à ce point de vue distinguer deux circonstances principales : ou bien cette primo-infection réalise un tableau clinique bruyant et revêt l'allure d'une affection aiguë fébrile qui attire immédiatement l'attention ; ou bien au contraire elle s'installe plus insidieusement et se révèle par des symptômes atténués qui doivent cependant éveiller l'inquiétude d'un médecin averti.

I. Formes bruyantes

Les cas les plus caractéristiques, qui ne sont pas les plus nombreux, sont ceux dans lesquels l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch se révèle rapidement par le tableau d'une affection aiguë fébrile et appelle de bonne heure l'intervention médicale. Dans de pareilles circonstances *la sérothérapie antituberculeuse a une efficacité merveilleuse, qui peut soutenir avantageusement la comparaison avec les résultats de toutes les sérothérapies universellement pratiquées.* L'important est de faire le diagnostic aussi tôt que possible pour pouvoir appliquer à temps un traitement qui n'a pas d'égal. Il faut donc insister sur les moyens pratiques permettant ce diagnostic précoce.

L'attention est ordinairement attirée par des troubles de l'état général, qui consistent en anorexie, amaigrissement, tristesse et fièvre. L'allure de la courbe fébrile est d'ailleurs extrêmement variable. Souvent elle est à peu près régulière ; la température est assez élevée, avec des oscillations inégales et généralement supérieures à celles d'une courbe typhoïdique, atteignant au dépassant un degré. D'autres fois les oscillations thermiques sont encore plus importantes et la fièvre tend à prendre une allure intermittente. Parfois enfin il s'agit d'accès fébriles irréguliers et tout à fait inexpliqués. Dans tous ces cas, si parfois le diagnostic est facilité par l'apparition d'un

(1) *Le Progrès Médical*, 30 décembre 1933.

symptôme suggestif tel qu'un érythème noueux, ou une localisation évidente sur l'appareil pleuro pulmonaire ou le péritoine, il faut bien savoir que le plus souvent l'examen ne montre rien de caractéristique et c'est dans de tels faits qu'il ne faut pas perdre un temps précieux à évoquer la possibilité d'autres diagnostics que rien ne confirme. Il est facile d'éliminer rapidement l'hypothèse d'une fièvre typhoïde ou d'une colibacillose et il faut pratiquer de très bonne heure une cuti-réaction à la tuberculine, dont la positivité permet en 48 heures une certitude presque absolue.

Sans doute il va sans dire que l'infection tuberculeuse pourrait être antérieure à la maladie actuelle et que la cuti-réaction pourrait témoigner du passé et non du présent. Mais c'est là un cas très spécial que l'on ne peut que signaler en passant. D'ailleurs la plupart des infections fébriles non tuberculeuses tendent à inhiber une cuti-réaction antérieurement positive ; au lieu que cette cuti-réaction, pratiquée au début d'une primo-infection bacillaire, c'est-à-dire à l'époque où l'on devrait systématiquement l'interroger, donne une réponse franche, représentée par une papule urticarienne, voire même phlycténulaire, ne laissant pas de place au doute et permettant d'affirmer la réalité d'une évolution bacillaire actuelle.

Un pareil examen est à la portée de tous et sa réponse nettement positive dispense de toute autre recherche. Il peut cependant arriver que cette réponse soit en défaut. C'est ainsi que la cuti réaction peut devenir négative au cours d'une infection tuberculeuse évoluant rapidement vers une défaillance organique mortelle : mais à vrai dire cette éventualité est particulièrement rare dans l'enfance, où la cuti-réaction reste bien souvent positive jusqu'à la fin, et de toute façon elle devrait avoir été pratiquée avant cette triste évolution. Dans d'autres cas au contraire l'allergie tarde à s'établir et la cuti-réaction reste négative. C'est alors que, devant un tableau clinique qui ne trompe guère un praticien expérimenté, il devient utile d'examiner une radiographie thoracique et la constatation d'une opacité juxta hilaire ayant les caractères de ce qu'on appelle actuellement le complexe primaire, permet d'affimer qu'il s'agit bien d'une infection tuberculeuse dépistée à sa phase antéallergique.

En définitive, le diagnostic peut et doit être rapidement posé et dicte, comme corollaire thérapeutique, la sérothérapie antibacillaire. *S'il s'agit vraiment d'une infection première, les résultats sont presque immédiats* et, en quelques jours, tout danger est conjuré. L'infection tuberculeuse est arrêtée net et l'organisme de l'enfant est mis à l'abri d'une évolution fatale.

Cette affirmation peut paraître audacieuse. Certes nous connaissons le scepticisme officiel qui frappe ce traitement d'une sorte d'ostracisme et nous imaginons sans difficulté les commentaires ironiques que soulèvera tout d'abord le titre de ce travail auprès des médecins trop nombreux élevés dans le culte de ce septicisme. Nous prions instamment nos lecteurs d'oublier, ne fût-ce qu'un instant, les préjugés que tout esprit positif doit rejeter ; nous leur demandons de croire à notre probité scientifique et nous leur affirmons la réalité de nos conclusions, constatée bien souvent au cours des années déjà nombreuses écoulées depuis l'époque où nous étions l'interne de notre maître M. Jousset. De telles affirmations sont d'ailleurs faciles à vérifier et nous avons la certitude que ceux qui songeront à le faire ne tarderont pas à être convaincus.

D'aucuns pourront s'étonner que de semblables conclusions soient possibles après la trop longue incrédulité qu'a laissée après elle la sérothérapie antituberculeuse. Ce paradoxe tient à ce que cette sérothérapie n'a en réalité que des indications très restreintes. Beaucoup de médecins, qui l'ont essayée de bonne foi dans de multiples circonstances, n'ont pu, dans la grande majorité des cas, que constater son impuissance et l'ont rapidement abandonnée comme un souvenir historique sans utilité réelle. C'est qu'en somme, *comme toute sérothérapie qui n'a d'efficacité certaine qu'à la période initiale de la maladie, la sérothérapie antibacillaire n'a pratiquement qu'une indication : c'est la tuberculose de primo-infection.* Mais bien appliquée dans ces circonstances, elle donne de remarquables résultats d'une rapidité surprenante et d'une constance à laquelle, pour notre part, nous ne connaissons pas encore d'exception. C'est vraiment la thérapeutique de choix et nous sommes persuadé que tous ceux qui l'auront employée une fois dans les indications précises que nous avons formulées l'adopteront définitivement car elle leur donnera des résultats d'une fidélité que ne soupçonnent pas les ignorants de la méthode.

* * *

A l'appui de cette affirmation nous pourrions rapporter de très nombreuses observations. En réalité elles se ressemblent toutes et la place nous manque pour un trop long exposé. Il nous semble suffisant d'en publier une seule, uniquement à titre d'exemple ; nous la choisissons presque au hasard parmi les plus récentes.

Observation clinique. — L'enfant D..., âgé de 5 ans, en parfaite santé jusqu'alors, est pris assez brusquement le 7 décembre 1934 d'une courbature fébrile qui nécessite son repos au lit. D'emblée sa fièvre est élevée et dépasse 39° ; elle est attribuée tout d'abord à la grippe, qui sévit de façon épidémique. Cependant l'enfant ne présente ni coryza, ni angine ; il paraît peu abattu par rapport à l'importance de sa fièvre et sa langue n'est pas saburrale. En outre, la tachycardie est très accentuée et atteint 160 battements à la minute.

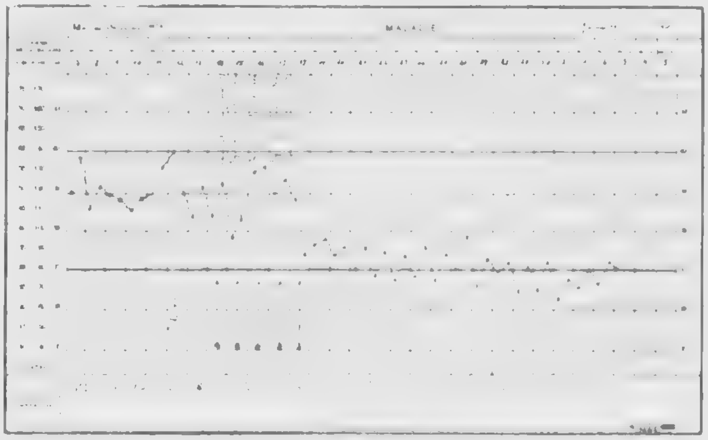


Figure I. — Forme sévère de primo-infection tuberculeuse traitée par la sérothérapie. Guérison rapide.

Bien que l'on ne note aucun antécédent tuberculeux dans l'entourage du petit malade, la nature de l'affection est rapidement soupçonnée. L'auscultation révèle une respiration très soufflante au sommet droit : la radiographie montre du même côté une grosse opacité du hile empiétant sur le parenchyme pulmonaire voisin et comblant en oblique l'espace rétro-cardiaque. La cuti-réaction, faite le 12 décembre, est franchement positive et présente un aspect urticarien, bicolore, en cocarde.

Dès le 14 décembre la sérothérapie est instituée et une semaine plus tard, la température est devenue normale et le reste définitivement. La courbe thermique (*figure I*) indique mieux que tout développement la rapide efficacité de cette thérapeutique.

Bientôt l'appetit renaît et l'enfant retrouve sa gaîté coutumière. Il ne tarde pas à se lever et, dix-huit jours après la dernière injection de sérum, l'allerginothérapie est commencée (*figure II*). Les réactions provoquées s'atténuent très rapidement ; les doses sont progressivement augmentées et à l'heure actuelle une injection sous-cutanée de deux milligrammes est faite tous les quinze jours. L'enfant mène une existence normale et ne se plaint plus de rien.

Une seconde radiographie, faite un mois après la première, indique déjà une atténuation considérable de l'ombre pathologique et un troisième examen, trois mois après la phase aiguë de la maladie, montre une disparition totale de l'opacité anterieure. Seule persiste une mince traînée dessinant la scissure.

Le petit sujet, qui paraît avoir recouvré une santé parfaite vient de partir pour la campagne où son traitement sera poursuivi.

Cette observation, très éloquente dans sa simplicité, n'a rien d'exceptionnel et témoigne d'une règle que nous considérons comme à peu près absolue : *la sérothérapie, dans tous les cas de primo-infection tuberculeuse et dans ces cas seulement, amène une guérison presque immédiate que consolide ultérieurement un traitement prolongé par l'allergine.*

En ce qui concerne la pratique de la sérothérapie, nous avons l'habitude de donner le premier jour un lavement de 19 centimètres cubes de sérum de Jousset, après avoir prélevé dans une seringue un centicube que nous injectons sous la peau un quart d'heure plus tard. Le soir du même jour ou le lendemain matin, nous faisons une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes et le jour suivant nous portons la dose à 40 centicubes. Chacun des deux jours qui suivent nous injectons 20 centimètres cubes ; et, chez un enfant de 5 ans, nous nous arrêtons à cette quantité totale de 100 centimètres cubes injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'effet de ce traitement ne se fait pas attendre. Il arrive qu'une chute thermique se dessine dès le premier ou le second jour. Dans la règle cependant une certaine fièvre

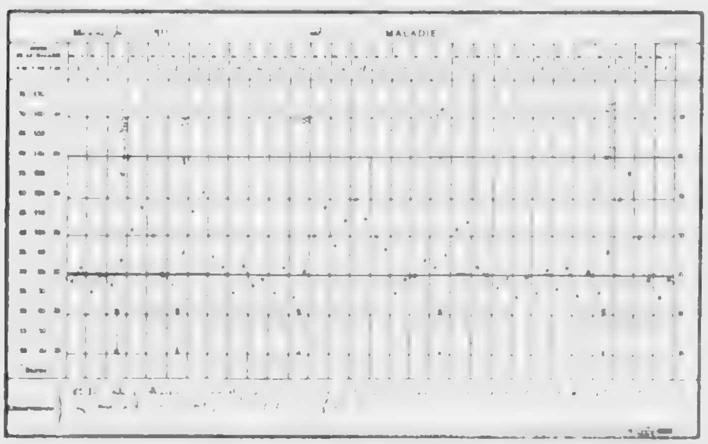


FIGURE II. — Allerginothérapie commencée chez le même enfant 18 jours après la dernière injection de sérum anti-bacillaire. La dose d'allergine est actuellement de deux milligrammes tous les 15 jours. L'enfant est en parfaite santé.

persiste tant que durent les injections thérapeutiques. C'est une véritable *fièvre sérique*. Mais il est habituel que, vers le cinquième ou le sixième jour, dès la fin de la sérothérapie, l'apyrexie soit complète et définitive. Les accidents sériques, qui pourraient amener dans la suite une ascension momentanée de la température, sont exceptionnels dans l'enfance et le plus souvent la fièvre est définitivement vaincue. En même temps d'ailleurs l'état général s'améliore ; l'appétit renaît, les forces reviennent, l'enfant reprend du poids, et au bout de peu de jours il ne reste plus trace de l'épisode aigu qui, sans ce traitement, aurait pu se prolonger et dessiner une évolution défavorable. Seules les anomalies radiologiques résistent un peu plus longtemps : mais un à deux mois plus tard elles sont à peu près effacées.

L'immunité passive conférée par le sérum n'a cependant qu'une durée limitée. Afin d'asseoir la guérison et de prévenir toute rechute ultérieure, *nous avons l'habitude de faire suivre la sérothérapie d'un traitement prolongé par l'allergine.* Dans le but d'éviter les accidents peut-être un peu théoriques que pourrait déclencher le conflit anticorps-antigène, il nous semble utile d'attendre une douzaine de jours au moins à partir de la dernière injection sérique pour commencer la vaccinothérapie. Celle-ci est prescrite selon la méthode que nous avons exposée à propos du traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. La première injection est de 1 8e de milligramme d'allergine. Les autres injections sont faites à des doses et à des intervalles croissants. Rapidement on arrive à injecter un demi-milligramme une fois par semaine et cette dose est dépassée dès qu'aucune réaction appréciable ne suit l'injection. On peut atteindre la dose de 1, 2, 3 milligrammes et même davantage toutes les semaines, puis tous les dix jours, tous les quinze jours et tous les mois. Ce traitement est prolongé pendant un à deux ans et à ce moment la guérison est solidement assise : l'enfant peut reprendre sans risque l'existence d'un sujet normal.

Une objection facile peut être faite à ces conclusions : c'est que, dans chaque cas particulier, la guérison aurait pu être spontanée, sans l'intervention d'un traitement spécifique, et grâce aux seuls procédés d'hygiène générale qui demeurent presque exclusivement en faveur. Mais si cette objection est facile à prévoir, il est non moins aisé d'y répondre. Notre conviction n'est pas basée sur un petit nombre de cas : elle est le fruit de constatations déjà nombreuses et repose sur des bases très solides. Une fois de plus un exemple s'impose à l'esprit. Il y a certainement beaucoup d'angines diphtériques qui guériraient sans traitement ; bien plus, il y en a certainement beaucoup qui guérissent spontanément sans même avoir été diagnostiquées et seules sont reconnues postérieurement celles qui se compliquent. Cependant il n'est pas de médecin qui, connaissant les dangers de la diphtérie, discute le devoir de traiter immédiatement par le sérum toute diphtérie reconnue. Or les dangers de la tuberculose ne sont pas moins grands. Sans doute ils apparaissent souvent moins immédiats et le pourcentage des tuberculoses précocement graves est peut-être inférieur au pourcentage des diphtéries malignes. En réalité c'est là une question de chiffres d'ailleurs discutables qui ne mérite pas d'être prise en considération. Rien ne permet, au début d'une infection bacillaire, d'en prévoir l'évolution. Or le traitement que nous préconisons n'offre aucun danger et donne des succès dont nous affirmons la constance.

Il nous est impossible d'opposer ici des statistiques en mettant en parallèle les cas traités par la sérothérapie et ceux abandonnés aux simples prescriptions d'hygiène et d'aération. C'est qu'en effet, pour nous qui connaissons l'efficacité de la sérothérapie antibacillaire dans les formes sévères des primo-infections tuberculeuses, il est aussi coupable de ne pas y recourir que de négliger la sérothérapie antidiphtérique dès le début d'une angine provoquée par le bacille de Klebs-Lœffler. Il nous est donc impossible d'indiquer un pourcentage comparatif. Cependant il nous est loisible d'établir des rapprochements particulièrement favorables à la pratique systématique de la sérothérapie antibacillaire.

1° *Toutes les fois qu'il nous a été donné de voir un malade d'assez bonne heure, la sérothérapie a toujours été suivie d'un succès rapide que l'allerginothérapie a complété ultérieurement sans qu'aucune complication soit venue le compromettre.* Dans ces conditions la guérison est une évolution que l'on peut qualifier de constante. Tout symptôme morbide est vite disparu. Seule la cuti-réaction demeure évidemment positive ; mais elle prend l'aspect de la simple papule rouge qui représente la cuti-réaction physiologique de l'adulte.

2° A l'opposé de ces faits il nous arrive trop fréquemment d'être appelé auprès de petits malades chez lesquels l'infection tuberculeuse remonte à plusieurs semaines déjà. Parfois la nature du mal a été méconnue au début et les troubles constatés ont été rapportés tout d'abord à une autre étiologie. Dans beaucoup d'autres cas le véritable diagnostic a été posé précocement ; mais la maladie a été uniquement soignée par les méthodes hygiéniques habituelles ; le séjour à la campagne a été conseillé dès que le transport a été jugé possible et, au bout de quelques semaines, l'enfant revient d'un préventorium avec une tuberculose miliaire aiguë accompagnée



OPOBYL
LABORATOIRES
A. BAILLY
Docteur en Pharmacie
15, Rue de Rome . PARIS
OPOBYL
BAILLY

de signes d'asphyxie ou avec une méningite tuberculeuse avancée ainsi que le prouvent l'abolition des réflexes tendineux et la rigidité des pupilles en mydriase. Les parents du petit malade l'on ramené dès que le pronostic fatal leur a été révélé et, ayant entendu parler de ces traitements spécifiques dont l'action est si bienfaisante lorsqu'ils sont appliqués suffisamment tôt, réclament notre intervention « *in extremis* » comme on attend un miracle. A cette phase tardive aucun espoir n'est malheureusement plus permis et nous ne pouvons nous empêcher d'éprouver un serrement de cœur et un regret mêlé d'une certaine angoisse toutes les fois qu'il nous est ainsi donné d'assister impuissant à l'agonie d'un enfant, nous qui savons qu'*un traitement bien conduit à une époque favorable aurait presque certainement empêché cette évolution inexorable*.

Une conclusion impérieuse se dégage de l'opposition que nous venons de faire : devant toute primo-infection tuberculeuse se manifestant sous l'aspect d'une maladie aiguë fébrile, la sérothérapie antibacillaire doit être immédiatement prescrite et suivie d'une allerginothérapie suffisamment prolongée. Pour tout médecin qui sait ce que vaut une telle méthode, l'abstention est une grave faute professionnelle. Malheureusement ceux qui savent sont trop peu nombreux et il est vraiment regrettable qu'un traitement aussi efficace ne soit pas encore officiellement et universellement conseillé.

II. — Formes atténuées

A côté de ces formes bruyantes qui nécessitent le repos au lit et orientent facilement vers l'idée d'une infection tuberculeuse, il est des formes plus insidieuses qui se manifestent encore par des troubles de l'état général, mais ces troubles atténués permettent à l'enfant de continuer son existence habituelle. Cependant le médecin consulté doit savoir leur attribuer l'importance qu'ils méritent. L'anorexie, l'amaigrissement, les modifications du caractère doivent l'inquiéter et l'inviter à faire prendre régulièrement la température interne. La persistance d'un état subfébrile, que révèle uniquement l'emploi systématique du thermomètre, est alors particulièrement suggestive. Mais même en l'absence d'une fièvre véritable la température du matin *au réveil* mérite une observation spéciale et la constatation d'une ascension légère de quelques dixièmes de degré au-dessus de 37° doit toujours être considérée comme un symptôme de valeur. Le diagnostic est encore une fois facilement et définitivement confirmé par la réponse de la cuti-réaction à la tuberculine et au besoin par une radiographie thoracique (1).

Dans de telles circontances, l'important est de savoir redouter la tuberculose. Savoir y penser, c'est savoir la rechercher et par conséquent la dépister facilement, même si la notion de contact tuberculeux manque après un interrogatoire minutieux de l'entourage de l'enfant. Le diagnostic une fois posé, la meilleure thérapeutique est encore une thérapeutique spécifique. Mais dans les formes atténuées la sérothérapie ne s'impose pas avec la même urgence que dans les formes nettement fébriles et l'on peut dans bon nombre de cas recourir immédiatement à la vaccinothérapie. Il est difficile de dégager une règle absolue. En pratique cependant la sérothérapie est d'autant plus indiquée que la maladie paraît plus aiguë et que la fièvre est plus élevée. Au contraire plus l'évolution semble torpide, plus on est autorisé à pratiquer d'emblée l'allerginothérapie. Cette conclusion nous paraît s'imposer si l'enfant présente, en même temps que des troubles accentués du caractère, de la céphalée et des nausées qui permettraient de craindre une rapide évolution méningée.

(1) Il convient cependant de remarquer que l'on ne trouve pas forcément une image radiologique anormale au début d'une primo-infection tuberculeuse. Il nous est arrivé d'observer un enfant présentant des troubles de l'état général et une cuti-réaction d'aspect évolutif avec une radiographie thoracique absolument normale. Cette constatation, tend à prouver que, de même qu'il existe une phase antéallergique, on peut observer une phase préradiologique dans certains faits de primo-infection tuberculeuse. La coexistence de ces deux phases dans le même cas peut rendre le diagnostic précoce singulièrement difficile. Mais c'est là heureusement une circonstance tout à fait exceptionnelle.

A l'appui de ces conclusions nous rapportons encore une observation qui servira d'exemple et suffira à illustrer nos affirmations en confirmant la rapide efficacité de l'allerginothérapie.

Observation clinique. — La petite R... âgée de six ans, qui va à l'école depuis quelques semaines, perd l'appétit et maigrit. Son caractère change ; elle devient triste et inquiète. L'examen clinique ne révèle aucune anomalie frappante. Cependant la température est nettement au dessus de la normale et oscille irrégulièrement entre 37° et 38°. L'enfant ne présente dans son passé aucun épisode pathologique digne d'être retenu et l'on note seulement dans ses antécédents héréditaires ce fait que sa mère, bien portante actuellement, a subi huit ans auparavant une néphrectomie vraisemblablement motivée par une tuberculose rénale.

Les troubles s'accentuent au début du mois de novembre 1934. Le 10 novembre l'enfant se plaint de céphalée et, au cours de la journée, elle a deux vomissements faciles qui éveillent

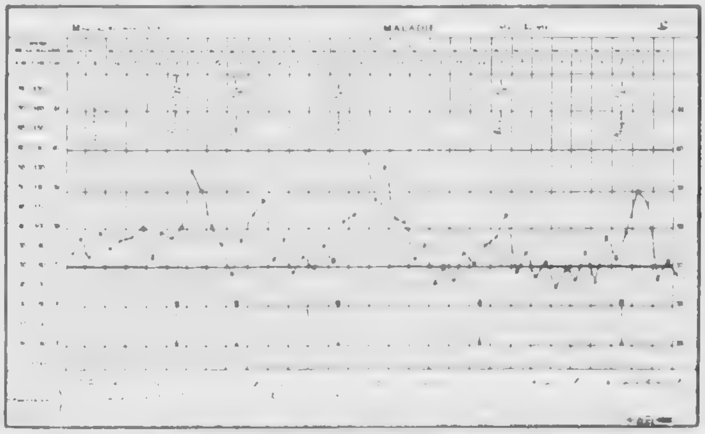


Figure III. — Traitement par l'allergine d'une primo-infection tuberculeuse revêtant une forme clinique atténuée. Actuellement la dose est de trois milligrammes tous les 2e jours. Les réactions sont presque nulles et l'enfant est en parfaite santé.

l'inquiétude du médecin traitant. Il n'existe d'ailleurs aucun signe méningé objectif. La radiographie thoracique révèle une opacité juxta hilaire très nette et la cuti-réaction à la tuberculine donne une réponse franchement positive représentée par une papule phlycténulaire.

Le traitement par l'allergine est commencé sans retard et une première injection de 1/8e de milligramme est faite le 15 novembre, suivie d'une seconde dose de 1/6e de mmgr. trois jours plus tard. Très rapidement les troubles qui avaient paru inquiétants s'atténuent et disparaissent. La température est ramenée aussitôt à la normale et n'est plus modifiée que par les réactions thérapeutiques (*figure III*). Trois semaines après le début du traitement la petite malade a retrouvé son appétit et son entrain habituels. Deux mois plus tard une nouvelle radiographie montre un hile presque complètement nettoyé.

La guérison est donc complète en quelques semaines. Néanmoins, pour consolider ce résultat, les injections d'allergine sont continuées à doses croissantes et de plus en plus espacées. A l'heure actuelle une injection de 3 mmgr. est faite toutes les trois semaines et ne provoque plus qu'une réaction thermique insignifiante. La cuti-réaction, sans être phlycténulaire, est encore fortement positive. L'enfant va partir pour la campagne où le traitement sera continué.

Cette observation caractéristique, loin de représenter un cas isolé, paraît banale aux familiers de ce remarquable traitement. Les résultats obtenus obéissent à une véritable loi thérapeutique : sous l'influence de l'allergine les troubles morbides qui inquiétaient l'entourage

◆◆

de l'enfant s'atténuent et ne tardent pas à disparaître, en même temps que la température devient normale en quelques jours, parfois même dès la première injection. Mais il importe de ne pas cesser trop tôt le traitement et de le prolonger bien au delà de la guérison apparente, en ayant soin d'augmenter progressivement les doses dès que la réaction provoquée tend à devenir nulle. Aucune complication ne survient dans la suite et la cuti-réaction tend à prendre l'aspect physiologique.

Evidemment on pourrait encore discuter l'intérêt d'un pareil traitement dans les circonstances que nous avons exposées : rien ne permet d'affirmer que l'allergine a prévenu une évolution grave, qui aurait pu devenir mortelle. A une telle objection on ne peut que faire une réponse analogue à celle que nous avons déjà exposée à propos des primo-infections d'allure bruyante. En dehors de la rapidité vraiment impressionnante de la guérison, il y a ce fait que de tels cas ainsi traités guérissent toujours sans jamais connaître l'évolution grave observée malheureusement trop souvent à la suite de cas semblables négligés ou soumis à de simples prescriptions hygiéniques.

* * *

En définitive tout concorde à prouver la grande valeur des thérapeutiques spécifiques dans les primo-infections tuberculeuses. Bien appliquées elles font de la tuberculose de l'enfance une affection que l'on pourrait presque qualifier de bénigne. Il ne nous a pas été donné d'observer et de traiter des cas analogues chez l'adulte et cependant des travaux récents (1) tendent à prouver que les primo-infections tuberculeuses ne sont pas exceptionnelles à cette époque de la vie. Il nous semble que dans ces circonstances la même conduite thérapeutique doit être conseillée et nous serions fort étonné qu'elle ne donnât pas les mêmes résultats. Ce qui importe en effet, ce n'est pas l'âge du malade ; c'est uniquement son comportement vis-à-vis de l'invasion bacillaire ; et, de même qu'une angine diphtérique doit être traitée chez l'adulte comme chez l'enfant, de même une primo-infection tuberculeuse doit être combattue de la même façon quel que soit l'âge auquel elle se manifeste.

III. Formes silencieuses

Les conclusions que nous venons d'exposer sont des conclusions tout à fait objectives dont nous avons pu à de nombreuses reprises vérifier l'exactitude. Il nous semble que leur intérêt doit déborder le cadre de nos propres constatations et que de ces conclusions objectives doit découler une autre conclusion pratique, hypothétique celle-là, puisqu'elle n'est pas basée sur des faits que nous ayons observés, mais nettement justifiée par tout ce qui vient d'être dit.

Il existe certainement bon nombre d'infections tuberculeuses qui restent à peu près silencieuses et qui ne se révèlent par aucun symptôme inquiétant. La cuti-réaction devient alors positive chez un enfant qui a toujours paru normal. Cette remarque n'aurait aucun intérêt si la santé de l'enfant ainsi infecté silencieusement par le bacille de Koch n'avait jamais à en souffrir. Mais ce n'est pas toujours le cas et il est loin d'être exceptionnel qu'une tuberculose miliaire aiguë ou une méningite tuberculeuse paraisse le premier épisode morbide chez un sujet qui avait toujours été considéré comme sain. Certes la méningite bacillaire pathogéniquement primitive n'existe certainement pas ; mais la méningite cliniquement primitive s'observe beaucoup plus souvent qu'il n'est classique de le dire. L'interrogatoire le plus minutieux, ne révèle pas alors les signes habituels d'une période prodromique qualifiée phase d'imprégnation tuberculeuse ; la méningite débute parfois très brusquement et évolue avec son inexorabilité coutumière.

Il est permis de penser qu'un traitement spécifique aurait pu, durant les semaines ou les mois précédents, empêcher cette redoutable évolution. Car si l'allergine a pu guérir quelques cas de méningite tuberculeuse traités particulièrement tôt, dans les cinq premiers jours qui marquent l'apparition des signes clinique (thèse de Mme Th. Jousset), il est beaucoup plus habituel de la voir échouer devant une affection dont le diagnostic est presque fatalement trop tardif. Il vaut mieux, dans ce domaine plus que dans tout autre, prévenir que guérir. Et, pour pouvoir prévenir, il n'y a guère qu'un moyen dont la valeur découle logiquement de tout ce qui a été dit : il serait particulièrement indiqué d'interroger systématiquement la cuti-réaction chez tous les enfants à des intervalles variant de trois à six mois. L'apparition d'une cuti-réaction positive devrait inciter à une surveillance attentive. Si cette apparition était anormalement précoce chez un enfant trop jeune et surtout si la cuti-réaction avait l'aspect évolutif que nous avons souligné, s'il y avait des troubles de l'état général, il y aurait lieu d'instituer immédiatement un traitement spécifique en s'adressant d'emblée à l'allerginothérapie.

Nous avons la conviction qu'une pareille attitude aurait de magnifiques conséquences : la tuberculose ne ferait presque plus de victimes dans l'enfance, âge auquel la méningite bacillaire deviendrait une rarissime exception. Ce que nous savons de la valeur des traitements spécifiques justifie largement cette belle espérance, qu'aucune autre conduite thérapeutique ne pourrait autoriser.

Notre expérience de ces traitements nous permet donc d'affirmer qu'ils sont capables d'empêcher la malignité précoce des primo-infections tuberculeuses. Il est en outre permis d'envisager une autre espérance, de se demander s'ils ne pourraient pas avoir une heureuse influence sur l'avenir et manifester leur efficacité jusqu'à l'âge adulte en diminuant les chances ultérieures d'une évolution nouvelle. Ce ne peut être là qu'une hypothèse : elle n'a rien d'invraisemblable ; mais sa vérification demanderait de multiples observations et de longues années dépassant certainement la durée d'une vie humaine. Qu'il nous suffise pour aujourd'hui de reconnaître la puissance des traitements spécifiques au début des infections tuberculeuses et de leur accorder toute notre confiance pour prévenir la malignité précoce de ces infections !

Nous avons la conviction que, dans un avenir que nous voudrions aussi prochain que possible, la vérité de ces conclusions finira par entraîner la conviction universelle. Ce qu'il faut souligner avant tout, c'est que l'on doit demander aux traitements spécifiques tout ce qu'ils sont capables de donner et ne pas leur demander davantage. Ce dont ils sont capables est déjà bien suffisant pour autoriser de belles espérances. C'est aux praticiens de savoir dépister assez tôt l'invasion tuberculeuse, de façon à pouvoir lui opposer *à temps* le traitement qui en aura rapidement raison. Il ne faut pas, pour reconnaître leur efficacité, exiger de ces thérapeutiques qu'elles guérissent une tuberculose avancée compliquée de fièvre hectique ou de cachexie. De cela nous reconnaissons sans discussion qu'elles sont totalement incapables et qu'elles peuvent même précipiter l'évolution fatale. Mais ce dont nous sommes assuré, c'est qu'entre les mains de médecins expérimentés elles ont le pouvoir de prévenir une semblable éventualité.

En somme *les traitements spécifiques sont essentiellement des traitements prélésionnels*. Chez l'adulte comme chez l'enfant leur activité est vraiment surprenante lors-

(1) MM. Jean Troisier et M. Bariéty : *Annales de Médecine*, juin et juillet 1934, pages 21 et 115. La Primo-infection tuberculeuse de l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE

Année psychologique (trente-quatrième année 1933) publiée par le Professeur Henri Piéron. Deux volumes in-8°. Félix Alcan, éditeur, Paris, 1934.

Cette publication annuelle est toujours fort appréciée de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la psychologie, tout ce qui concerne cette science aussi bien en France qu'à l'Etranger est exposé avec méthode dans des mémoires, des revues et des analyses. Aussi on ne saurait trop remercier M. Piéron et ses collaborateurs de fournir un instrument de travail indispensables. Suivent les indications sur les travaux figurant dans ces deux volumes de 1.170 pages.

Les sens vibro-tactiles par M. Robert Gault : mémoire qui rend compte des expériences du professeur américain sur l'activité de ces sens et leur rôle sur le langage.

Les intervalles entre les lectures et leur influence sur la fixation par M. Foucault : après une observation de deux années le savant professeur de Montpellier dégage deux lois fondamentales de la mémoire.

Le temps d'action des accroissements de brillance juste perceptibles par M. Durup et Piéron. Les expériences se confirment par la réalité d'une réduction, même minime, du temps utile pour un accroissement juste perceptible de brillance en fonction de l'élévation du niveau de brillance initiale.

Conduite psychologique devant l'effort mental imposé, par MM. Korngold et Lévy. A l'aide de trois séries de textes d'intelligence, les auteurs établissent des statistiques démontrant que l'attitude passive devant un effort mental est l'indice d'une infériorité mentale absolue ou relative. Devant une difficulté le sujet réagit et se défend contre un travail supérieur aux possibilités. L'importance pédagogique de cette étude est indiscutable. Après deux études l'une de Zaganczyk sur l'effet de la récompense différée sur l'apprentissage et l'autre de Kucharski sur les sons des voyelles, vient un mémoire du Docteur Dellaert sur l'intelligence des anormaux du caractère. Ces derniers sont en grande majorité des débiles mentaux ou au moins des inférieurs. Cette infériorité à elle seule n'explique pas les troubles de la conduite et les troubles défendant des mauvaises habitudes prises. L'infériorité est plus marquée avec les tests de performance qu'avec les tests verbaux. M. Piéron étudie le problème du mécanisme physiologique impliqué par l'échelon différentiel de sensation. Etude de premier ordre où nous retrouvons les qualités maîtresses du professeur et sa technique excellente.

Il conclut que les données histologiques, biologiques et psychologiques démontrent la réalité d'une hypothèse que la réaction perceptive de discrimination des intensités repose sur le nombre variable des esthésio-neurones corticaux transmettant dans les zones associatives l'excitation sensorielle.

A la suite de deux revues (remarques sur les variations des sénils auditifs en fonction de l'intensité initiale du stimulus par Weinberg et Fischgold et remarques sur la perception du mouvement apparent de M. Piéron) viennent les analyses bibliographiques qui constituent un répertoire précieux et dont le nombre (plus de 2.000) démontre l'étendue du travail contenu dans l'Année psychologique.

G. Paul-Boncour.

Ce qui reste encore des anciens bâtiments hospitaliers civils et militaires de Paris. 2 vol. illustrés chacun d'une eau-forte et de 80 dessins de Pierre Desbois. Texte de l'artiste. Préface du Professeur Laignel-Lavastine. A Paris, chez l'artiste, 108, avenue Ledru-Rollin.

Chaque volume, 160 pages environ, format in-4° carré, imprimé en vieux romains par Ducros et Colas, sur vélin d'Archer, comprendra avec les 80 dessins, dont 60 à pleine page, reproduite par procédé Mariotte, *pour les souscripteurs seulement*, une eau forte originale. Prix : 150 francs.

Il sera tiré 60 exemplaires sur Japon impérial, comprenant en plus deux états de l'eau-forte et un dessin original pleine page (Prix : 500 francs).

Les souscriptions devront être accompagnées du montant de chaque volume par chèque sur Paris ou chèque postal au compte Desbois 612-87, Paris.

L'origine des noms patronymiques français (*donnant l'éthymologie de 10.000 noms de famille français*). Suivi d'une étude sur les noms de famille basques ; par Paul Chapuy. Un vol. gr. in-8 de 352 pages. Dorbon-Aîné, édit., 19, boulevard Haussmann, Paris. Prix : 60 francs.

Nous nous trouvons là devant un copieux dictionnaire où dix mille noms français sont analysés avec leur éthymologie. Il laisse donc loin derrière lui, par son abondance, les ouvrages similaires, déjà anciens et devenus introuvables.

Et quelle variété dans les étymologies de nos patronymes ; noms de métiers, tant modernes qu'usités dans le parler du Moyen-Age ou dans le bas-latin, évocations d'animaux, de végétaux, d'offices, d'armes, d'objets les plus divers, de qualités et de défauts physiques ou moraux, vieux sobriquets transmis sans raison aux descendants, noms rappelant les saints sous l'égide desquels on plaçait le nouveau-né — nombre de ces saints aujourd'hui disparus du calendrier — noms de propriétaires fonciers, ceux-là presque toujours fort anciens, latins ou germains, noms dérivant des « gentilices » ou « cognomens » portés à l'époque gallo-romaine (ce qui prouverait, contrairement à l'opinion généralement admise, que l'usage des noms de famille n'a jamais été complètement abandonné dans notre pays), patronymes se rattachant à des noms de lieux, d'habitations ou de voisinage, et cette dernière catégorie vaut pour presque tous les noms basques.

En résumé un ouvrage unique en son genre qui a nécessité d'énormes recherches à travers les martyrologues, les terriers de l'ancienne France, le Corpus des Inscriptions latines, les glossaires de la basse-latinité et de la langue du Moyen-Age et autres travaux savants, accessibles seulement à de peu nombreux spécialistes.

Annibal 247-183 av. J. C., par G.-P. Baker. Traduction du capitaine A. Lageix. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 5 cartes. 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

En retraçant la vie d'Annibal, G. Baker n'a pas voulu seulement évoquer les hauts faits du grand capitaine carthaginois ; la traversée des Alpes, la bataille de Trasimène, la victoire de Cannes, la marche sur Rome. Il a entrepris de peindre, en un raccourci puissant et saisissant de vérité, la lutte impitoyable que se sont livrée Rome et Carthage pour la possession des grands marchés mondiaux de l'époque de l'hégémonie de la Méditerranée occidentale. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les grands conflits économiques ont donné naissance à des guerres sans merci, dont l'issue a modifié l'orientation et la civilisation du monde.

L'attrait qui porte nos contemporains à étudier la vie des grands hommes de l'antiquité peut s'expliquer par l'état troublé dans lequel se débat le monde moderne, bouleversé plus profondément qu'on ne le croit généralement par la dernière guerre, qui n'a pas fini de manifester tous ses effets. Un certain équilibre a été détruit, qu'il est impossible de rétablir, et nul ne voit encore ce qui pourra le remplacer.

Il est normal, dans ces conditions, que l'on se tourne vers ceux qui ont joué un rôle prééminent dans les grandes tourmentes du temps passé et dont l'action a eu une influence marquée lors des changements d'orientation du monde civilisé. Les moyens mis en œuvre peuvent différer, mais les principes qui régissent l'art de la guerre, comme la diplomatie et la politique, ne varient point. Ils sont aussi immuables que la nature de l'homme.

La Troisieme République (1870-1935) par Jacques Bainville. 1 vol. 15 francs. A. Fayard, 18, rue du Saint-Gothard, Paris.

D'une plume vive et lumineuse, M. Bainville vient d'écrire l'histoire de la Troisième République. En si peu de pages, il ne pouvait s'appesantir sur les détails. Son livre est donc un rapide récit qui prend la valeur d'une synthèse.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 15 juillet. Le n° : 4 fr. 50. Ab. un an : France : 60 francs. Boivin, éditeur, 3, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mai 1935 : François Dutacq : Les paysans de la généralité de Lyon à la fin de l'ancien régime (I). — L. Villard : Le roman anglais du XX[e] siècle. — Charles Lalo : L'art et l'action (III) : Le complexe de l'économie de l'action. — Henri Hauvette : L'Antiquité dans l'œuvre de Dante (IV) : Stace, Ovide et Lucain dans la Divine Comédie

— R. Latouche : L'acte écrit en France au Moyen-Age (III) : Examen extérieur et interprétation des documents. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (IX) : Voltaire irremplaçable et indésirable. — A. Pocquet du Haut-Jussé : Deux féodaux : Bourgogne et Bretagne (VIII) : Ch. le Téméraire et François II (*suite*). — Max Fuchs : Félix Gaiffe : Le maître et l'artiste.

Histoire de la Civilisation indienne, par Paul Radin, ex-professeur d'anthropologie à l'Université de Californie. Traduit par Eva Métraux. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 16 planches hors texte, et 9 gravures dans le texte. 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Indien américain, tout le monde en a une image conventionnelle, souvenirs des romans de Fenimore Cooper et de Gustave Aimard. On connaît aussi les civilisations brillantes du Mexique et du Pérou, mais peu de gens savent que ce sont les parents de ces mêmes hommes rouges qui les ont créées. C'est ce que le livre de Paul Radin, nous démontre sous une forme précise et élégante.

Ces pages nous dressent un tableau en profondeur de l'essence des grandes cultures maya, aztèque et incasique et il nous montre l'influence qu'elles ont eue sur les peuples nomades, agriculteurs ou chasseurs qui, de l'Alaska à la Terre de Feu, couvraient le continent américain. Le professeur Radin prend, par exemple, un mythe, une cérémonie religieuse ; il en recherche les équivalents chez les autres tribus indiennes et, par ce moyen, il reconstitue leur histoire. On pense communément que les peuples dits « sauvages » n'ont pas d'histoire ; le livre de Radin apporte un démenti à cette opinion.

Les lecteurs des vieux livres de voyages retrouveront ici, mais cette fois authentiques, la poésie et l'éloquence des Peaux-Rouges, les coutumes étranges et cruelles des Jivaros aux têtes réduites, ou encore l'énergie créatrice des tribus nomades du Canada et des Etats-Unis dont les hymnes sont pleins d'une sève et d'une force qui nous émeut étrangement. Avec la sensibilité des rudes guerriers, on connaîtra aussi leur art souvent si subtil, si riche en symboles. L'historien trouvera dans ce livre une méthode qui peut valoir aussi pour les peuples de l'ancienne Europe. Et tous ceux qui, dans leur jeunesse, ont aimé les Indiens auront ici de nouveaux motifs pour s'intéresser à eux et pour justifier leur sympathie.

Paul Radin, l'un des meilleurs ethnologues des Etats-Unis, est un des représentants les plus éminents de l'Ecole anthropologique américaine, dont Franz Boas est le chef. Depuis de nombreuses années cette Ecole s'est consacrée à l'étude des Indiens de l'Amérique du Nord et l'a poussée à un point de précision tel qu'on peut dire qu'il n'existe pas de race humaine aussi parfaitement connue.

Dominique Boiziau. — **Annuaire des Poètes pour 1935**. Poètes de langue française (France, colonies, étranger) ; noms, adresses, œuvres des poètes ; — renseignements sur les Sociétés, Académies, etc., sur les concours et sur les prix ; — sur les groupements et critiques littéraires. Très bien présenté. Editions René Debresse, rue de l'Université 38, Paris (VIIe).

Colonel Godchot, Directeur de *Ma Revue*, 71, boulevard de Versailles, Saint-Cloud, (S.-et-O.) — **Elégie écrite dans un cimetière campagnard**, traduit de Thomas Gray. De beaux vers, très harmonieux, très sains, ce qui est rare quand il s'agit d'une traduction. Le texte anglais est reproduit en regard des vers français.

Du Colonel Godchot également : **La voyance de Rimbaud** (Edit. de la Guiterne) contenant une série de documents du plus haut intérêt concernant le grand et malheureux poète. Le colonel Godchot a fait preuve de beaucoup de sagacité dans le choix, la disposition et l'interprétation de ces textes. L'un des derniers numéros de *Ma Revue* publie sous le titre : *la dernière maladie de Rimbaud* une saisissante, une effroyable relation de la fin de l'écrivain.

C'est un document qui intéresse non seulement tous les poètes et tous les artistes, mais encore tous les écrivains et tous les médecins. E. de M.

De Raoul Raynaud : **Du sourire à Don Juan**. Edit. René Debresse, rue de l'Université, 38, Paris (VIIe.)

L'auteur des *gouttes de sang*, du *pâle enchantement* de la *viole d'ombre* et du fameux : promenade autour de *Georges le Tourmenté* nous donne de très beaux vers emplis d'envolée et d'inspiration philosophique. A signaler d'intéressants vers de neuf pieds (par exemple *Rêveries moroses*, p. 96). Une jolie fleur dans la collection des ouvrages de Raoul Raynaud.

De Philéas Lebesgue : **Le Jardin des Ombres**. Poèmes. Bandeaux et culs-de-lampe de la collection *Poésie*. La Caravelle, rue Bezout, 6, Paris (XIVe).

Il est superflu de faire l'éloge de Philéas Lebesgue. Il s'est depuis long temps imposé à tous les artistes. La forme qui est prestigieuse est souvent mise, cette fois, au service de l'inspiration philosophique. Trois parties: *La fin d'une ère* (de l'ère que l'on pourrait appeler virgilienne) ; *le secret des siècles* dans laquelle nous recommandons *Thomas Beckel* ; et *Contes de fées*, qui montre le chemin du renouveau vers les beautés antiques. Une noble et belle œuvre.

E. de M.

qu'ils interviennent à cette phase dite d'imprégnation tuberculeuse, pendant laquelle les lésions sont au minimum, l'état général est encore satisfaisant et la cuti-réaction présente l'aspect évolutif d'une papule urticarienne ou même phlycténulaire. Ils produisent alors une guérison presque immédiate.

Certes nous ne voulons pas dire que les traitements spécifiques soient incapables d'agir en présence de lésions manifestes. Leur efficacité est certaine contre le complexe primaire de l'enfance, qui disparaît de façon particulièrement rapide, et nous avons vu l'allerginothérapie effacer définitivement chez l'adulte des images radiologiques même cavitaires (1). Bien plus il nous a été donné d'obtenir la guérison aujourd'hui à peu près complète d'une broncho-pneumonie tuberculeuse post-chirurgicale, avec disparition presque totale d'anomalies radiologiques considérables. Le succès dépend avant tout de la précocité du traitement exerçant son action sur des lésions encore susceptibles de rétrocession. Les lésions anciennes sont des lésions fibreuses définitives, au milieu desquelles le bacille est protégé contre les offensives thérapeutiques désormais moins puissantes. Sans doute, avec un état général encore suffisamment résistant, l'allerginothérapie est capable de produire une amélioration parfois importante et son association avec les méthodes chirurgicales ou semi chirurgicales actuellement fort en honneur peut en parfaire les résultats. Mais la guérison vraiment complète, qui est la guérison anatomique, ne peut plus être espérée. La thérapeutique doit intervenir à une phase bien antérieure et l'on peut alors exiger d'elle qu'elle prévienne l'évolution de la maladie vers une sclérose définitive. C'est sous ce jour que nous concevons les traitements spécifiques comme des traitements prélésionnels.

Ainsi compris ces traitements ont une puissance insoupçonnée de ceux qui ne les ont pas essayés dans leurs indications les meilleures et représentent pour ceux qui les connaissent un grand, un immense progrès. Leur étude est d'ailleurs particulièrement intéressante, d'autant plus qu'elle déborde le cadre de la tuberculose et permet d'entrevoir des horizons véritablement passionnants dans le domaine de la pathologie générale et plus spécialement dans celui de l'immunité.

Conclusions

Les conclusions qui découlent de ce travail sont donc tout à fait encourageantes :

1° *La sérothérapie antibacillaire est le traitement de choix des primo-infections tuberculeuses d'allure bruyante et, dans tous les cas où elle est prescrite suffisamment tôt, elle amène une rapide guérison que la vaccinothérapie prolongée par l'allergine consolide définitivement.*

2° *L'infection première par le bacille de Koch est pratiquement la seule indication de la sérothérapie. Celle-ci peut céder le pas à l'allerginothérapie dans beaucoup de cas de primo-infection atténuée. L'allerginothérapie doit être immédiatement préférée toutes les fois qu'il s'agit d'une rechute ou d'une réinfection.*

Les indications des deux grandes thérapeutiques spécifiques de la tuberculose (sérothérapie et vaccinothérapie) tiennent donc uniquement au comportement de l'organisme malade vis-à-vis de l'invasion bacillaire et ne dépendent nullement de l'âge du sujet infecté. En pratique cependant, surtout dans les villes où la primo-infection a les plus fortes chances d'être précoce, la sérothérapie est un traitement réservé à l'enfance, tandis que l'allerginothérapie immédiate est la thérapeutique élective de la phase initiale des évolutions tuberculeuses survenant à l'âge adulte. Il y a évidemment des exceptions à ces règles ; l'allerginothérapie est indiquée d'emblée contre les évolutions secondes de la tuberculose infantile et la sérothérapie doit être appliquée à toutes les primo-infections aiguës de l'âge adulte. Mais ce sont là des cas d'espèce qu'une analyse minutieuse des signes cliniques dans chaque cas particulier permet de dépister et de combattre par le procédé de choix. *Le point capital, commun à tous les cas, c'est la nécessité de faire intervenir la thérapeutique spécifique à une période suffisamment précoce, avant l'installation de lésions irréductibles. Dans ces conditions les résultats obtenus sont identiques : c'est la guérison pour ainsi dire certaine.*

*
* *

L'exposé que nous venons de faire n'est pas autre chose que le résultat des recherches assidues et passion-

(1) Dans la *Revue de la Tuberculose*, de mars 1935, M. Alibert, analysant notre travail sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'allergine, nous a adressé des éloges, dont nous le remercions, et nous a reproché deux choses : le peu d'ancienneté des cas publiés et l'usage parcimonieux de la radiologie.

1° En ce qui concerne *le peu d'ancienneté des cas publiés*, c'est une objection que nous avions facilement prévue et à laquelle nous avons répondu par avance. Il suffit de relire la fin de ce travail pour y trouver notre réponse. Nous pouvons y ajouter un nouvel argument, permis par le temps écoulé depuis la composition de cet article : près de deux ans bientôt. Tous les malades dont nous avons rapporté l'observation sont en excellente santé : quatre sont complètement guéris, dont trois ne présentent plus aucune anomalie radiologique; et la quatrième, qui n'a pu être examinée à ce point de vue, doit être selon toute vraisemblance dans le même cas ; un cinquième est cliniquement guéri et conserve seulement des anomalies radiographiques d'ailleurs très atténuées. Le dernier malade est toujours apyrétique et présente un état général satisfaisant : il se comporte beaucoup plus comme un scléreux pulmonaire que comme un tuberculeux ; la lésion est devenue chez lui bien plus importante que son étiologie bacillaire. Il s'agit de ce sujet traité tardivement et ayant refusé la prolongation du traitement après un premier épisode pathologique qu'il voulait considérer comme guéri. Son observation ne fait donc que confirmer les conclusions sur lesquelles nous n'insisterons jamais assez et la nécessité d'un traitement précoce suffisamment prolongé.

Par conséquent les succès publiés se sont encore consolidés et la réalité de nos conclusions n'est pas seulement prouvée par ce petit nombre d'observations, mais aussi par celles beaucoup plus nombreuses que nous n'avons pas publiées et qui concernent des résultats beaucoup plus anciens.

2° L'autre objection n'est pas [illegible]ns aisée à réfuter. *Il est vrai qu'aucune image radiographique ne figure s[illegible] notre travail.* Cela ne veut pas dire que les radiographies n'aient p[illegible] été faites. Elles avaient même été préparées pour paraître avec no[illegible] article et ce sont uniquement [illegible] raisons matérielles qui ont empê[illegible] leur publication. Mais, à défaut de clichés, les comptes rendus radi[illegible]giques sont annexés à cinq de [illegible] observations et il sera facile de s'y reporter. Dans un seul des six [illegible] publiés, le premier, [illegible] de ce genre n'a été pratiqué et n[illegible] en avons donné la raison : [illegible]ssait d'une religieuse cloîtrée, [illegible] laquelle le diagnostic de tub[illegible] pulmonaire était absolument indiscutable, le traitement par l'all[illegible] a amené une guérison presque im[illegible]diate et a rendu inutile un exa[illegible]ue seul un cas de force majeure au[illegible] autorisé de la part des autorit[illegible]

[illegible]issons l[illegible] services rendus par la radiologie et nous y recourons plus que [illegible] nous avons l'habitude de suivre les rapides progrès thérapeuti[illegible]s par l'allergine en interrogeant des clichés successifs faits tous les deux ou trois mois. Notre usage des rayons X n'a donc rien de parcimonieux. [illegible] cependant a [illegible] nous avons publié cette observation particulièrement intéressante malgré l'absence de toute radiographie, peut-être même à cause de cette absence, et que nous lui avons donné la première place. L'explication de cette conduite se trouve implicitement contenue dans notre travail de ce jour. Nous considérons les traitements spécifiques comme des *traitements prélésionnels* et, dans un très grand nombre de cas, le diagnostic de tuberculose au début peut se passer de tout contrôle radiologique. Il n'est pas indispensable qu'un médecin isolé loin de tout centre important exige un tel contrôle avant d'instituer une thérapeutique active et attende une confirmation qui, en présence d'un malade intransportable aurait parfois le grave inconvénient d'être trop tardive. L'expérience donne à ce médecin les moyens faciles de faire dans la plupart des cas le diagnostic précoce d'une affection à laquelle il pourra et devra aussitôt opposer un traitement particulièrement efficace. N'est-ce pas là la meilleure réponse à toutes les objections qui pourraient être faites ? Ce que recherche avant tout le praticien, ce n'est pas de mettre au point des observations complètes, c'est de rendre à ses malades tous les services dont la médecine est capable. S'il sait faire très vite le diagnostic clinique aidé par le résultat franchement évolutif de la cuti-réaction, s'il adopte définitivement les traitements spécifiques appliqués de bonne heure, il [illegible] aimant son métier pour autre chose que des raisons matérielles ou de [illegible]

Ce qui nous demandons à nos lecteurs, ce ne sont pas des critiques théoriques, c'est une vérification loyale des conclusions dont nous affirmons la réalité. Nous avons la certitude qu'une telle tentative aboutira à une reconnaissance de cette réalité.

nées auxquelles M. Jousset a consacré sa vie. Nous avons eu le bonheur, à l'aurore de nos études médicales, de recevoir son enseignement qui nous a rapidement séduit. Nous avons conservé, en avançant dans notre carrière, l'empreinte de cet enseignement et nous avons continué à suivre une voie qui nous apparaissait pleine de promesses. Nous avons souffert avec notre maître du peu d'enthousiasme que suscitaient ses travaux et nous tenons à lui redire ici notre profonde admiration et notre respectueux attachement.

Les conclusions particulièrement intéressantes que nous venons d'exposer ne peuvent devenir véritablement fertiles qu'à la condition d'être un jour universellement reconnues. Or, il n'est pas d'exemple que la vérité ne soit pas parvenue à percer. Déjà la bienfaisante action des traitements spécifiques antituberculeux est une notion qui se répand de plus en plus parmi les praticiens ; l'école qu'a fondée notre maître, à laquelle nous sommes fier d'appartenir, s'enrichit chaque jour de nouveaux adeptes et tous ceux qui se décident à faire l'expérience de ces thérapeutiques, presque infaillibles quand elles sont appliquées assez tôt, ne tardent pas à s'incliner devant cette lumineuse vérité. Il faudra bien qu'elle finisse par connaître la consécration du succès officiel et nous nous réjouirons avec notre maître de cette tardive récompense de ses efforts, sans que nous puissions comprendre pourquoi elle s'est fait attendre si longtemps.

M. Jousset a répété depuis de longues années que c'est une faute grave de laisser s'installer une lésion évidente pour reconnaître l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch et se décider à lui opposer une thérapeutique véritablement spécifique. Il a défendu dans le domaine de la tuberculose un dogme vrai dans toutes les branches de la pathologie. Nous croyons avec lui que *l'avenir de la lutte antituberculeuse est dans la précocité d'un traitement spécifique*, subordonnée évidemment à la précision d'un diagnostic porté aussi tôt que possible par un médecin vigilant. Or, il est rare de voir les malades à l'hôpital dès la phase initiale d'une maladie et c'est bien plus dans la clientèle de ville que les occasions sont fréquentes de saisir très près de leur début les évolutions tuberculeuses. Le diagnostic en est facile pour qui sait les redouter et les thérapeutiques spécifiques sont capables, entre des mains expérimentées, d'arrêter net ces infections et d'amener une guérison durable. On comprend facilement tout l'intérêt qu'il y aurait à ce que ces notions soient adoptées par tous et nous voulons espérer qu'elles ne tarderont pas à triompher d'un fâcheux septicisme, à sortir du puits où la vérité est restée trop longtemps cachée.

Le praticien qui prescrira les traitements spécifiques de la tuberculose, en obéissant aux règles que nous avons indiquées, connaîtra des satisfactions professionnelles réconfortantes avec des résultats thérapeutiques insoupçonnés. Ce sont de telles satisfactions qui, seules, peuvent consoler de l'amertume laissée après eux par les échecs trop fréquents forcément essuyés dans l'application d'une science complexe encore en pleine évolution ; ce sont de tels résultats qui, seuls, peuvent donner de l'intérêt à la médecine et permettre d'avoir foi en son avenir.

« Des malades riches, ou simplement aisés, se présentent, encore, aux consultations des hôpitaux. Pas à toutes. Car il est de bonnes maisons, et d'autres qui sont moins accueillantes. Le resquilleur les connaît..........

« Tenez, c'était à Boucicaut. Dans le même moment, au service d'électroradiologie, le médecin avait à traiter, envoyé par les confrères avec une recommandation chaleureuse, un préfet en retraite, un général en retraite et un évêque. Ils n'avaient pas deux cents francs pour payer leur radio. »

(Claude MARTIAL. — La resquille à l'hôpital. *L'Œuvre*, 26 mai 1935.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des prolapsus du rectum

Par le Docteur H. MILHIET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

On a proposé, pour traiter les prolapsus du rectum, des procédés nombreux, souvent ingénieux et efficaces, mais dont les indications respectives sont délicates à définir. Elles doivent être basées, d'abord sur l'âge du sujet et la variété du prolapsus, ensuite sur les lésions associées qui en sont souvent la cause. Successivement, nous envisagerons les traitements des prolapsus du rectum, chez l'enfant et chez l'adulte, des prolapsus muqueux, total et compliqué.

Traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant

Le prolapsus de l'enfant est un prolapsus muqueux, c'est-à-dire une procidence hors de l'anus de la muqueuse exubérante qui a glissé sur la tunique fibro-musculaire. L'affection s'observe chez les nourrissons et les enfants chétifs porteurs de troubles intestinaux, mal surveillés par leurs parents au point de vue de l'hygiène intestinale. Le prolapsus de l'enfant n'est pas bien inquiétant car il s'améliore et guérit en appliquant les règles thérapeutiques suivantes :

a) Empêcher l'enfant de pousser : pas de séjours prolongés sur le vase, suppression des causes de l'effort (quintes de coqueluche, constipation, diarrhée, phymosis).

b) Réduire le prolapsus après chaque défécation et, s'il se reproduit entre les défécations, appliquer un pansement ou des bandelettes d'emplâtre adhésif.

c) Guérir les troubles intestinaux (constipation, diarrhée, rectite).

Améliorer l'état général.

Au cas de prolapsus particulièrement développé ou difficile à maintenir réduit, on aura recours :

Au cerclage de l'anus, ou procédé de Thiersch, qui donne des résultats excellents.

Aux cautérisations de la muqueuse par le thermocautère qui sont suivies d'une diminution du calibre du canal anal et d'une réaction tissulaire fixatrice.

Aux injections sclérosantes sous-muqueuses. Ce procédé est employé depuis assez peu de temps et a déjà donné d'excellents résultats.

Tout à fait exceptionnellement, le prolapsus de l'enfant est total. Un des trois procédés précédents sera employé ; mais, dans ce cas encore, le pronostic est bon, car, au fur et à mesure que l'enfant grandit, le coccyx s'incline et devient un facteur de soutien du rectum.

Traitement du prolapsus du rectum chez l'adulte

Contrairement au prolapsus de l'enfant, le prolapsus de l'adulte est total et n'a aucune tendance à s'améliorer spontanément. Avant d'en entreprendre la cure, il importe de rechercher :

a) LA VARIÉTÉ DU PROLAPSUS. — Le prolapsus est à deux cylindres lorsque le pli d'invagination se fait au niveau de l'orifice anal, et qu'il n'existe pas de sillon circulaire entre le prolapsus et la ligne cutanéo-muqueuse. Il est à trois cylindres lorsque l'ampoule rectale s'invagine à travers le canal anal et qu'il existe un sillon circulaire plus ou moins profond séparant ce canal anal du prolapsus.

b) L'EXISTENCE DE LÉSIONS ASSOCIÉES.

L'hédrocèle, qui résulte d'un allongement du cul-de-sac de Douglas qui vient occuper la partie antérieure du prolapsus et se comporter comme un véritable sac herniaire. Son existence se révèle par une forte projection de l'orifice du prolapsus, en arrière, par une impulsion au moment de l'effort, par du gargouillement au cours de la réduction. En outre, l'examen radioscopique peut montrer la présence d'anses d'intestin grêle.

L'allongement et la mobilité anormale du côlon sigmoïde qui peuvent se découvrir par un examen radioscopique.

— L'insuffisance des moyens de soutien du périnée.

L'existence de ces lésions associées — peu importe si elles sont la cause ou la conséquence du prolapsus — est importante à connaître, car il est indispensable de les supprimer si l'on veut obtenir un résultat durable.

Modes de traitement

1) Lorsque le prolapsus est peu développé ou que le sujet ne veut ou ne peut supporter une intervention importante, on emploiera un des procédés suivants :

a) *La sclérogénothérapie*, au moyen d'injections de chlorhydrate double de quinine et d'urée ou d'alcool. Ces injections peuvent être faites dans le tissu rectal ou dans les tissus rectaux et périrectaux (Lorin, Epstein, Findlay).

b) *Le cerclage de l'anus* par un fil d'argent ou de soie.

c) *Les cautérisations de la muqueuse.*

2) Dans la plupart des cas, l'on recourra à des interventions plus importantes, mais plus efficaces.

a) *La résection du prolapsus* (Procédé de Mikulicz). — Elle consiste à reséquer puis à suturer les deux demi-cylindres antérieur puis postérieur. Cette intervention qui ouvre le cul-de-sac de Douglas et qui s'effectue dans un milieu septique, n'est pas sans danger. En outre, les récidives sont assez fréquentes car le procédé de Mikulicz supprime l'effet, mais non la cause même de la maladie.

b) *L'amputation intra-sphinctérienne du rectum* (Procédé de Hartmann et Bergeret). — Elle consiste à décortiquer le cylindre enveloppé pour permettre de coiffer toutes les parties septiques, à libérer et à ouvrir le cul-de-sac de Douglas, à abaisser le côlon le plus possible, à le sectionner et à le fixer à la marge de l'anus. C'est une très bonne intervention car elle supprime l'hédrocèle et le côlon mobile et comporte deux temps distincts, septique et aseptique.

c) *La suspension du côlon par la voie abdominale* (Procédé de Quénu et Duval). Elle consiste à oblitérer le cul-de-sac de Douglas, et à fixer tout le côlon mobile au pourtour du pelvis. Il faut signaler l'intéressant procédé de Ach, qui utilise comme moyen de suspension une bandelette de fascia lata.

d) *Les périnéorraphies.* — Le procédé de Cunéo et Sénèque est le plus complet. Il comporte les périnéorraphies antérieure et postérieure qui resserrent les sphincters lisse et strié, rapprochent les releveurs de l'anus, résèquent un lambeau muqueux antérieur comme dans la périnéorraphie pour prolapsus génital.

Tels sont les procédés les plus employés, mais il existe, pour chacun d'eux, des variantes nombreuses. Plusieurs fois, ces différents procédés ont été combinés, en particulier la périnéorraphie et la colopexie.

Traitement du prolapsus compliqué

Le prolapsus est compliqué lorsqu'il est irréductible, étranglé ou ulcéré. Dans ces différents cas c'est à la résection au bistouri qu'il faut recourir, quitte à réintervenir ultérieurement pour pratiquer une colopexie, une périnéorraphie ou une amputation du rectum.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Le mouvement thérapeutique à l'étranger

La thérapeutique non spécifique a dépassé la période d'expérimentation et de tâtonnements pour prendre, dans la pratique, la place légitime que lui valent ses succès ; bien qu'elle présente encore de nombreuses obscurités, sur lesquelles la lumière est difficile à faire, elle commence à prendre corps et renferme déjà tous les éléments de base nécessaires à l'établissement d'une doctrine raisonnée et solide.

Parmi les nombreux savants, qui se sont consacrés à l'étude d'une question si vaste et si complexe, il faut citer en toute première ligne G. Bœri, professeur à l'Université de Naples, qui a cherché et a réussi à fixer les fondements rationnels et biologiques de cette thérapeutique relativement récente ; nous allons tout d'abord exposer, dans leurs grandes lignes, ces considérations, qui permettent d'envisager la question sous un aspect aussi logique qu'original et d'interpréter bien des faits dont la signification nous paraissait encore douteuse.

On ne peut naturellement pas séparer la thérapeutique non-spécifique de la spécifique et l'étude de l'une des deux constitue toujours et plus ou moins un parallèle.

On appelle remède spécifique celui qui agit directement, électivement, exclusivement sur une maladie déterminée, ordinairement de nature infectieuse et qui n'agit que peu ou pas dans une autre maladie ; le concept de spécificité est lié d'une part à la pharmacologie (quinine, mercure, salicylate, etc.), d'autre part à la sérothérapie et à la vaccinothérapie.

La thérapeutique spécifique des infections a soulevé jadis un grand enthousiasme et de non moins grands espoirs ; les désillusions ont été nombreuses ; on connaît l'histoire de la grandeur et de la décadence du serum antidiphtérique, pour citer celui qui a passé pour le meilleur de tous ; il en est résulté un certain discrédit pour la méthode spécifique.

Puisqu'on n'obtenait pas les résultats légitimement dus, il fallait bien chercher autre chose et on s'est adressé à la thérapeutique non-spécifique, qui a connu ainsi une fortune inverse. Peu considérée au début puisqu'elle était limitée aux serums, vaccins et protéines comme matériel et aux maladies infectieuses comme indication, elle s'est étendue et diffusée au point d'englober les produits et les procédés thérapeutiques les plus divers (chimiothérapie, climatothérapie, crénothérapie, etc.) et de s'adresser aux affections les plus différentes (neurologie, dermatologie, maladies allergiques, etc.) ; la thérapeutique non-spécifique en est arrivée au point de constituer toute la thérapeutique et d'englober toute la médecine interne.

Cette extension sans fin correspond-elle à une supériorité réelle ? Est-elle véritablement justifiée ? Oui et non, répondra-t-on suivant que l'on considère les faits à un point de vue superficiel ou profond.

En réalité, pour G. Bœri, la distinction entre les deux formes thérapeutiques, spécifique et non-spécifique, n'a pas une valeur absolue ; et il nous donne des raisons, dont la portée est réelle.

Les serums spécifiques ont une action évidente, même dans des maladies qui ne correspondent pas à leur spécificité.

Réciproquement la protéinothérapie a une action à la fois spécifique et non-spécifique, quand il s'agit d'autoséro ou d'autohémothérapie.

D'une part la thérapeutique non-spécifique agirait seulement quand l'infection a déjà provoqué un état d'hypersensibilité et alors seulement.

D'autre part la thérapeutique non-spécifique stimulerait la production des anticorps spécifiques et serait par suite spécifique dans une certaine mesure.

Cette intrication de la spécificité et de la non-spécificité a toujours handicapé lourdement le chercheur, qui a tenté d'élucider le problème de la nature et du mécanisme de cette thérapeutique ; le clair esprit latin de G. Bœri nous en donne une interprétation à la fois logique, cohérente, compréhensive et biologique, basée sur les quatre principes fondamentaux suivants :

1° Unicité du matériel thérapeutique : la protéine. Toute la thérapeutique non-spécifique se réduit toujours à une protéinothérapie.

2° Unicité du mécanisme d'action : la défense organique, la tendance de l'organisme à maintenir ou à rétablir l'état physiologique.

3° Unicité du siège d'action : la cellule. Elle possède une sensibilité ou excitabilité fondamentale, qui, stimulée opportunément et même non spécifiquement, tend instinctivement à s'orienter vers l'intégrité anatomique et fonctionnelle.

4° La propriété constante et fondamentale de l'organisme de transformer les stimulations ou influences non-spécifiques en effets curatifs, spécifiques.

Il est évident que le problème de la thérapeutique non-spécifique a été résolu par G. Bœri d'une façon extrêmement satisfaisante pour notre entendement ; nous avons l'impression de comprendre quelque chose et c'est déjà beaucoup ; cette base de départ nous permettra d'avoir une idée générale claire et l'interprétation du savant italien nous servira de fil d'Ariane dans le labyrinthe de l'expérimentation clinique.

(G. Bœri. I fondamenti razionali e biologici della terapia aspecifica. *Morgagni*, n° 1, 1934.)

Le traitement général de l'asthme est triple : éloignement des substances déchaînantes, désensibilisation spécifique, désensibilisation non spécifique.

Comme nous l'avons vu dans l'analyse précédente, la thérapeutique non spécifique est actuellement en progression constante. L'auteur recommande les injections de vaccin antityphoïdique, de tuberculine et d'auto-sang.

Chaque forme d'asthme recevra un traitement spécial. Dans la bronchite asthmatique les vaccins agissent bien à petites doses ; le stock vaccin de Parke et Davis est à recommander.

Chez les enfants la question du régime est de première importance ; l'élimination du lait, des œufs, de la farine alimentaire est à considérer.

(J.-L. Livingtone. The treatement of asthma. *Practitioner*, mai 1935.)

L'hématothérapie semble le procédé de choix dans la pneumonie aiguë de l'enfant.

Dans un cas on injecte, par voie intramusculaire, 20 c.c. de sang maternel ; la température tombe régulièrement, de 39°5 à 38° en deux jours ; on pratique deux autres injections semblables le troisième et le quatrième jours ; le cinquième jour la température est à 36°5.

Dans un autre cas on injecte également 20 c.c. le premier et le deuxième jour ; la température tombe de 40° à 36°7 le quatrième jour.

Le premier enfant avait cinq ans, le second onze ans ; ni l'un ni l'autre ne présenta de séquelles ; la guérison fut franche.

Le mécanisme d'action de cette thérapeutique est difficile à expliquer. S'agit-il d'immunisation passive ou d'une action immunisante non spécifique ? L'auteur se contente de poser la question tout en se réjouissant des heureux résultats obtenus. Ces deux cas nous semblent dignes d'attention.

(Fabian Tascon Alonso. Nueva aportacion al estudio de la hematoterapia en las neumopatias agudas de la infancia. *Siglo medico*, 2 mars 1935.)

La chimiothérapie antisyphilitique se heurte fréquemment à la résistance de certaines formes nerveuses.

La bismutothérapie intrarachidienne a été employée chez dix malades, comprenant deux paralytiques généraux, six tabétiques et deux tabétoparalytiques.

On a utilisé le *bisiacol* (carbonate de bismuth), contenant 3 ou 6 centigrammes de bismuth-métal par centimètre cube.

Les doses ont été faibles ; on débute par 15 milligrammes de bismuth et on atteint progressivement 20 à 30 milligrammes.

On pratique de sept à huit injections à des intervalles de huit à quinze jours.

L'injection est précédée de l'extraction de 10 à 15 c. c. de liquide céphalo-rachidien.

La tolérance du traitement a permis d'utiliser des doses plus fortes : on débute à 1 centigramme et on termine à 12 centigrammes de bismuth-métal.

On n'a pas observé le moindre incident imputable à la méthode.

Dans tous les cas on a constaté des améliorations, dont certaines très importantes.

Les modifications humorales constatées n'ont pas été suffisantes pour émettre une opinion générale et définitive. La tentative est cependant des plus intéressantes.

(Carlos Bonorino Udaondo, Jose Pereyra Kafer et Herberto Zunino. Bismutoterapia endorraquidea. *Prensa medica argentina*, 13 mars 1935.)

La bismuthothérapie est efficace dans les angines superficielles aiguës non diphtériques.

Dans les angines aiguës profondes les résultats sont négatifs ; les résultats heureux sont trop rares pour en tenir compte.

Le bismuth agit électivement sur les cocci, sauf sur le staphylocoque.

La douleur des angines superficielles diminue manifestement quelques heures après l'injection : la cessation de la douleur spontanée ou provoquée par la déglutition se fait dans les vingt-quatre, exceptionnellement dans les trente-six heures.

La tuméfaction disparaît dans les vingt-quatre heures, qu'il s'agisse de forme catarrhale, érythémateuse ou pultacée. Les adénopathies se résolvent parallèlement.

La fièvre et le malaise général ne persistent pas au delà de quarante-huit heures.

Quelques observations heureuses illustrent les considérations précédentes.

(Pedro L. Errecart. Anginas de bismuto. (Classification del Prof. Marinho). *Prensa médica argentina*, 6 mars 1935.)

Les coagulants se multiplient et l'excellent travail de Bereterride, Neyra et Fitte n'est pas inutile pour s'y reconnaître.

Parmi les coagulants utilisés par voie buccale, il faut citer :

1° Les sels de calcium (chlorure et lactate de calcium), à doses variables. Leur action est inconstante et irrégulière ;

2° La solution de pectine végétale (arhemapectol). Facilement tolérée et d'action constante ;

3° La fibrogène Merrel. Son action est constante à condition de prendre deux ampoules au minimum ;

4° Le sérum normal de cheval glycériné. Les effets rapides et constants s'observent en administrant des doses massives (100 c. c. par jour) ;

5° L'opothérapie hépatique. On a utilisé l'Extralin et l'Hépatrat avec des résultats favorables.

Les coagulants injectables sont nombreux :

1° Les sels de calcium. Chlorure de calcium à 10 % intraveineux ; gluconate de calcium à 10 % intramusculaire ; Selvadina. Action constante; mais à ne pas répéter une fois l'effet obtenu ;

2° La solution de gélatine à 10 %. A la dose de 40 c. c. par voie hypodermique. Coagulant puissant, d'action constante, rapide et soutenue, injustement abandonné par crainte du tétanos. Son unique inconvénient est la réaction locale douloureuse ;

3° Le sérum normal de cheval. Agit favorablement à la dose de 10 c. c. par voie intramusculaire. Inconvénients du choc sérique ;

4° Le sérum sérique Anthema. Puissant coagulant à la dose de 10 c. c. par voie intramusculaire. Son action se manifeste rapidement et se maintient deux ou trois jours. Particulièrement indiqué dans l'hémophilie. Les auteurs n'ont pas constaté de choc sérique ;

5° Fibrinogène Merrel. Son action est plus évidente et plus durable que par voie buccale (trois à quatre heures). Les auteurs conseillent deux ampoules par jour ou l'association d'une ampoule buvable et d'une ampoule injectable ;

6° Coagulène. Les auteurs sont partisans de la dose de 20 c. c. pour son action constante ; ils ont utilisé les voies sous-cutanée et intramusculaire ;

7° Thromboplastine. Action constante à la dose de 20 c. c. par voie sous-cutanée ou intramusculaire ;

8° Opothérapie hépatique. Les produits utilisés ont été l'Hé-

patrat, l'extrait hépatique Lilly, l'Hépracton, le Campolon, à la dose d'une ampoule par jour, pendant une durée de cinq à dix jours, chez les anémiques et les hépatiques ;

9° **Autohémothérapie.** Agit favorablement à la dose de 20 c. c. ;

10° **Solution de peptone Whitte à 5 %.** Une injection de 10 c. c. accélère la coagulation, mais détermine une réaction locale douloureuse ;

(Juan Jose Beretervide, Rafael A. Neyra et Oscar A. Fitte. Los coagulantes : el control de su accion aplicado a la clinica. *Prensa medica argentina*, 6 mars 1935.)

Le traitement radiothérapique des goitres exophtalmiques et des adénomes toxiques a donné, à l'Institut du cancer de Louvain, 69,7 % de guérisons chez 359 malades.

Les résultats obtenus par la curiethérapie sont bien supérieurs à ceux obtenus par la rœntgenthérapie.

On emploie des colliers, restant en place pendant soixante heures au cours du premier traitement et donnant une moyenne d'un demi-curie par centimètre carré de surface irradiée ; ces soixante heures sont réparties sur dix jours.

Deux mois après on recommence le même traitement.

Dans les cas moyens on applique deux ou trois traitements ; dans les cas graves, il faut quatre traitements ; l'intervalle est porté à trois mois à partir du deuxième traitement.

La guérison d'un Basedow demande environ six mois de traitement.

Il y a des chocs post-radiothérapiques comme il y a des chocs post-opératoires.

L'iode est indispensable dans un traitement aigu (chirurgical), mais il est dangereux dans un traitement chronique (radiothérapique).

Le repos — et surtout le repos absolu — est le meilleur médicament pour le Basedow.

La décalcification basedowienne est traitée au mieux par l'association du calcium et des vitamines A et D.

Il faut user également des calmants ; le luminal et le prominal assurent de bonnes nuits aux malades.

Les statistiques des chirurgiens et celles des radiologues forment un ensemble tel qu'on peut dire qu'ils se valent : aussi n'y a-t-il rien à perdre à tenter en premier le traitement par le radium.

(J. Maisin et Vassiliadis. Le traitement radiothérapique des goitres exophtalmiques et des adénomes toxiques. *Scalpel*, 4 mai 1935.)

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1935

Diagnostic radiologique de la présence de grains de plomb intra-appendiculaires. — *M R. Ledoux-Lebard.* — Les opérateurs qui ont ouvert de nombreux appendices ont signalé, la fréquence des poils de brosse à dents et des fragments divers de poils, cheveux ou crins, éclats de bois ou tiges de graminées, etc., s'y trouvant arrêtés et susceptibles peut être de jouer un rôle dans l'étiologie de l'appendicite. Dans un cas de Pasteau, il s'agissait même d'une épingle qui avait ensuite perforé l'appendice.

D'autre part, les observateurs ont noté aussi la fréquence avec laquelle des parasites, tels que surtout le trichocéphale se rencontraient à l'intérieur de l'appendice malade.

M. Ledoux-Lebard a constaté, lui, la présence de grains de plomb déglutis sans doute en mangeant du gibier.

« Il nous a paru intéressant, dit-il, de signaler cette présence occasionnelle de grains de plomb intra-appendiculaires et de noter que dans des appendices cependant perméables puisque la baryte des repas opaques ou du lavement y pénètre, ces grains de plomb paraissent stagner de façon presque indéfinie, puisque nous avons eu l'occasion de les retrouver à plusieurs semaines et même à plusieurs mois de distance chez les sujets qui en étaient porteurs. Il pourrait y avoir lieu de déduire de cette observation certaines conclusions relatives à la physiologie de l'appendice et au rôle que sont susceptibles de jouer à l'occasion ces corps étrangers dans la pathologie appendiculaire, mais ces considérations dépasseraient le cadre de notre lecture d'aujourd'hui.

Action bactéricide de l'acide carbonique sur les germes de l'eau — *MM. A. Guillerd P. Lieffrig.* — Il n'apparait pas, dans les conditions expérimentées, que l'acide carbonique soit doté d'un pouvoir bactéricide appréciable à l'égard des germes banaux ou suspects de l'eau.

Les charges du sang artériel en gaz thermaux pendant la balnéation carbo gazeuse. — *MM. A. Mougeot, V. Aubertot, R. Gros.* — Les auteurs se sont demandé s'il subsiste une surchage du sang artériel en gaz thermaux dans le sang artériel après que le sang s'est débarrassé d'une partie des gaz thermaux pendant son passage à travers le poumon.

Les auteurs ont résolu la question par l'affirmative en se fondant sur une étude systématique de la tension en CO^2 de l'air alvéolaire au cours du bain et sur la tension en CO^2 libre dans les urines émises après le bain. Ces deux tensions s'élèvent d'une façon constante, mais dans une proportion qui varie entre 45 et 83 % suivant la variété du bain expérimenté à Royat.

Election d'un membre titulaire dans la première section (Médecine). — *Classement des candidats.* En première ligne : M. VILLARET.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. CLERC, LAIGNEL-LAVASTINE, MILIAN, PAGNIEZ, RIBADEAU-DUMAS.

Adjoints par l'Académie : MM. BABONNEIX, N. FIESSINGER, C. FLANDIN, GOUGEROT.

M. VILLARET est élu par 66 voix.

Ont obtenu : M. LAIGNEL-LAVASTINE, 1 voix ; M. PAGNIEZ, 1 voix ; M. RIBADEAU-DUMAS, 2 ; M. FIESSINGER, 2 ; D. GOUGEROT, 1.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1935

Adénites mésentériques et B. C. G. — *M. Aigrot* (Lons-le-Saunier), (rapport de *M. Huet*), a observé trois cas d'adénite mésentérique au cours d'interventions diverses chez des nourrissons vaccinés au B. C. G. Aucun examen bactériologique ou anatomo-pathologique n'ayant été fait, la Société se refuse à voir un lien quelconque entre la vaccination que ces enfants ont subie, et l'adénite qu'ils présentent.

Appareil plâtré pour fracture de la clavicule. — *M. Huet* discute la technique que proposent *MM. Bertrand* et *Rieunau* (Toulouse) : Réduction de la fracture sous anesthésie locale, contention par appareil plâtré brachio-thoracique modelé étroitement au niveau de la clavicule.

Infarctus intestinal et étranglement herniaire. — L'observation de *M. Curtillet*, rapportée par *M. Ameline*, concerne un malade qui, porteur d'une hernie étranglée spontanément réduite, présenta ensuite des signes d'occlusion.

A l'intervention on dut réséquer 70 centimètres d'intestin présentant des lésions, non pas d'etranglement ni de gangrène, mais d'infarctus vrai.

Peu de temps après on put constater après décès du malade, l'existence d'une entérite ulcéro-phlegmoneuse à marche rapide. L'auteur pense que les deux processus d'infarctus et d'entérite furent associés chez ce malade, sans qu'il faille voir un lien de cause à effet entre eux.

Il insiste à nouveau sur la nécessité de surveiller attentivement les hernies étranglées réduites sans intervention, et de les vérifier opératoirement s'il y a un doute.

Pneumectomie totale pour cancer du poumon. — *M. Lambret* (Lille), apporte un cas de cancer pulmonaire gauche traitée par la pneumectomie totale, d'ailleurs sans succès.

M. Duval et *M. Monod* ont fait également cette opération dans un cas. Le cancer était adhérent à l'oreillette et la mort s'ensuivit.

A ce propos M. Duval rappelle les cas de pneumectomies totales publiés à l'étranger.

M. Maurer juge intéressante l'opération d'Alexander en deux temps : ligature du pédicule pour obtenir la nécrose aseptique du poumon laissé en place, puis ablation secondaire.

M. Monod étudie actuellement la pneumectomie chez l'animal. Il remarque la facilité avec laquelle la cavité thoracique vidée de son poumon, se comble par affaissement thoracique, hypertrophie du cœur et de l'autre poumon. On a utilisé dans un cas l'opération d'Alexander mais sans succès.

A son avis, on ne doit pas surestimer la pneumectomie. La lobectomie donne, à moindre prix, des résultats beaucoup plus constants à condition d'obéir à certains détails indispensables de technique : anesthésie par baronarcose, immobilisation du poumon par suroxygénation, isolement minutieux des éléments du pédicule en évitant les strictions trop serrées.

M. Duval insiste sur la fréquence de la localisation néoplasique au niveau des grosses bronches, ce qui rend l'ablation de la lésion plus pénible encore.

Invagination de la muqueuse gastrique dans une bouche de gastro-entérostomie. — ***M. Tierny*** (Arras) a constaté à l'autopsie d'un malade cette lésion à laquelle il attribue le syndrome clinique observé : mælenas, anémie aiguë chez un gastrectomisé.

M. Charrier insiste sur l'avantage qu'il y a à pratiquer lorsque la gastro-entérostomie se montre défectueuse, plutôt une jéjuno jéjunostomie à l'anesthésie locale, qu'une nouvelle bouche d'anastomose gastrique. Cette technique lui a donné deux succès.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mai 1935

Gomme syphilitique du thorax ayant simulé un abcès froid. Guérison radicale par le traitement spécifique. — ***MM. A. Tardieu*** et ***P. Gouin*** communiquent l'observation d'une malade de 32 ans soignée pendant huit mois sans succès pour une suppuration froide du thorax. Tardivement survint une ulcération nettement syphilitique. Le traitement arsénobenzolique entraîna la guérison rapide et définitive et des lésions cliniquement syphilitiques et des lésions anciennes dont les caractères cliniques étaient, à s'y méprendre, ceux d'une suppuration bacillaire.

La chirurgie du cholédoque en deux temps. Sa bénignité. — ***M. Pierre Le Gac*** montre que grâce à la cholédocographie, et à la cholangiographie par injection de ténébryl dans une sonde vésiculaire ou dans un drain de Kehr, on peut se rendre compte : 1° de la perméabilité de la voie bilaire principale ; 2° de la nécessité ou non d'une intervention chez un lithiasique ; 3° de la durée suffisante d'un drainage biliaire. Chez un ictérique fatigué, se borner à faire d'abord un anus biliaire, faire ensuite une exploration radiologique, qui décidera de la nécessité ou non d'une opération nouvelle, c'est augmenter les chances de guérison, tant sont graves chez ces malades les opérations en un temps.

Volumineuse tumeur du cordon spermatique. — ***M. Pierre Le Gac*** nous dit que les tumeurs bénignes du cordon spermatique sont rares. L'auteur rapporte l'observation d'une tumeur intéressante par son volume, son poids (1 kilog. 500), sa structure, il s'agissait d'un fibromyo-lipome. Le traitement doit être l'ablation de la tumeur, avec conservation du testicule qui fut impossible dans le cas particulier où la castration droite a été indispensable.

Problème de pathologie générale liés aux radiations nocives du sol. — ***Mlle A. Besson*** rapporte un certain nombre de cas pathologiques très variés (cancer, tuberculose, hypertension, goitre, phénomène nerveux, insomnies) ayant été observés dans des lieux où furent détectés par les procédés radio-esthésiques (baguette et pendule) l'existence de radiations nocives. Cette étude doit être poursuivie systématiquement pour que l'on puisse se faire une idée de plus en plus nette sur l'incidence des facteurs telluriques en matière de pathologie générale.

Propos rompus sur le mal de Pott. ***M. C. Rœderer*** est de plus en plus convaincu que le mal de Pott se présente exceptionnellement sous sa forme classique : déformation, symptôme nerveux et abcès. Le plus souvent on a affaire à des formes larvées, discrètes et uni-symptomatiques. *Chez l'enfant* dont les vertèbres réagissent peu, les formes multivertébrales sont fréquentes et la gibbosité est le seul signe conciliable, parfois, avec une certaine souplesse, d'où la difficulté du diagnostic surtout s'il y a scoliose. Quant *à l'adulte* la forme nerveuse d'emblée, à laquelle ont été consacrées des thèses récentes, est maintenant bien connue des services de neurologie. On voit aussi l'abcès comme symptôme de début et comme seul symptôme. D'une façon générale bien des erreurs de diagnostic seraient évitées si l'incidiosité et l'extrême lenteur d'évolution de Pott chez l'adulte étaient notions plus répandues.

A propos du traitement des chéloïdes. — ***M. P. Degrais*** en réponse à la communication de ***M. René Weill*** sur le traitement préventif et curatif des chéloïdes par le radium, croit devoir faire remarquer tout d'abord que l'association de la chirurgie et du radium, dont cet auteur se montre partisan en toutes circonstances, n'est nullement de date encore récente, puisqu'elle fut appliquée pour la première fois par lui-même en 1910. D'autre part, si certaines chéloïdes volumineuses ou brides fibreuses chéloïdiennes bénéficient utilement de cette association, nombreuses sont par contre les chéloïdes relevant uniquement de la curiethérapie, par simple raison d'esthétique ; les formes prurigineuses et douloureuses en sont également justiciables. Son pouvoir modificateur trouve également à s'employer sur l'acnée chéloïdienne de même que sur certaines lésions fibreuses cicatricielles cause d'impotences fonctionnelles diverses (libérations tendineuses ou nerveuses ; assouplissement d'ankyloses fibreuses).

G. Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les hémoptysies dans l'angiomatose hémorragique d'Osler

A la Société médicale des hôpitaux de Lyon (19 février), MM. Cordier, Lagèze et Mounier-Kuhn ont rapporté le cas suivant. Une jeune fille entre à l'hôpital pour une hémoptysie abondante. Trois ans auparavant elle avait été hospitalisée plusieurs mois pour des accidents semblables, puis envoyée pendant huit mois dans un sanatorium malgré l'absence de bacille de Koch dans les crachats à chaque examen, et l'aspect normal des radiographies pulmonaires.

Après l'hémoptysie actuelle et en raison de l'absence de tout signe clinique, radiologique ou de laboratoire de tuberculose, du fait de la constatation de nombreuses télangiectasies cutanées et des muqueuses s'étant accompagnées pendant plus de dix ans d'épistaxis abondantes et récidivantes, un examen bronchoscopique montra un angiome hémorragique de la bronche souche droite qui avait déterminé la dernière hémoptysie.

Cette malade a une sœur qui fut également soumise à la cure sanatoriale pour des hémoptysies dont la preuve tuberculeuse n'a pu être faite et qui sont peut-être de même origine.

Prurit sénile et azotémie

Chez seize malades atteints de prurit sénile, M. Touraine (*S. de Derm. et de Syph.*, 14 févr. 1935) a recherché le taux de l'azotémie.

Chez quatorze sujets l'azotémie était inférieure à 0 gr. 45.

Chez les deux autres, elle était de 0 gr. 70 et 0 gr. 77.

Ces résultats, en concordance avec ceux obtenus par d'autres auteurs, semblent indiquer que, dans la très grande majorité des cas, le prurit sénile n'est pas lié à une insuffisance rénale.

Deux cas de cécité par le traitement stovarsolique chez des paralytiques généraux

Sur un total de 120 paralytiques généraux impaludés et traités par le stovarsol sodique, M. Salgo (*S. d'opht. de Paris*, févr. 1935) a observé deux cas de cécité par névrite optique rétro-bulbaire bilatérale.

Le signe d'alarme de la névrite optique : recherche d'un rétrécissement du champ visuel ou d'un scotome central, étant impossible à pratiquer chez ces malades, il semble nécessaire de mesurer leur acuité visuelle avant chaque injection.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Quel est l'auteur du Homard à la Coppée. — *M. C.* BEMONT, *dans une lettre publiée par le Mercure de France (1er juin 1935), dit que l'attribution du* HOMARD *à Alexandre Philibert lui paraît invraisemblable.*

« Je lis dans le *Mercure*, p. 669 du n° 885, que le *Homard à la Coppée* a été attribué par Jules Lemaître à l'un « de ses amis de province », et que cet ami était Alexandre Philibert, « un des garçons les plus spirituels que nous ayons connu et qui excellait, non seulement dans la parodie, mais dans les genres littéraires les plus élevés et qui jouait de la rime avec une maîtrise égale à celle de Banville ». J'ai connu Philibert dans la plus cordiale amitié à la pension Massin et au lycée Charlemagne. Nous étions étroitement liés, et Philibert me tenait au courant de tout ce qu'il faisait. Or, je n'ai gardé aucun souvenir qu'il excellât « dans la parodie ». Il y avait bien dans notre petit cercle un poète, un vrai celui-là, et capable de tout en vers comme en prose (et sans parler du reste) ; c'était Jean Richepin. Mais je me garderai bien de me prononcer pour l'un ou pour l'autre des deux. Je me contenterai de dire que l'attribution du *Homard* à Philibert me paraît invraisemblable.

. . . .

M. Edouard Pichon, médecin des hôpitaux de Paris, dans une lettre adressée au *Mercure de France* à ce sujet, écrit :

« Je suppose que M. Babin doit avoir par devers lui de bonnes preuves que le sonnet intitulé le Homard à la Coppée n'est pas de Georges Camuset, mais d'Alexandre Philibert.

Toutefois, la confusion, puisqu'il paraît qu'il y a confusion, ne peut pas ne dater que de 1897, comme votre éminent correspondant en émet l'hypothèse. Ce sonnet figure en effet à la page 51 de la troisième édition des *Sonnets du Docteur* (Darantière, Dijon), qui date de 1893 et qu'a préfacée Armand Silvestre. »

Un oublié : Louis Vitet, député de la Convention et maire de Lyon. — *M. Jean Vermorel, dans le supplément du* LYON RÉPUBLICAIN, *vient de lui consacrer un article :*

Louis Vitet, né à Lyon en 1736, songeait, disent certains de ses biographes, à revêtir le froc de l'ordre de Saint-Bruno, épris de rêveries mystiques, aux premières années de sa jeunesse. Mais sa vocation n'était guère robuste et il tourna vers la médecine la curiosité de son esprit.

De Montpellier, où il fit ses études, et conquit ses grades, il vint à Lyon. C'est alors que, étant jeune médecin, sa réputation déjà grande, l'intendant de Flesselles lui confia la direction d'une école gratuite pour sages-femmes. Vitet s'acquitta avec un grand soin de cette tâche. Ses concitoyens lui manifestèrent une grande estime qui le mit en pleine lumière.

Au moment où éclata la Révolution, il fut un des hommes sur lesquels on fondait des espoirs. Il était modeste, mais cependant, il accepta les idées nouvelles, avec la pensée de les servir aux premiers rangs. Au départ de Palerne de Savy, il devient maire.

Le jour de son installation à l'Hôtel de Ville, lorsque le citoyen Maisonneuve lui eut remis l'écharpe tricolore, il prononça des paroles qui montrèrent à tous, non seulement son intention de servir les institutions que la Révolution donnait à la France, mais sa volonté d'être obéi, servi à son tour, suivi, comme un chef. Louis Vitet apporta à l'administration municipale ses qualités de savant et de médecin : esprit de décision, amour du travail et du progrès.

Sa personne, malgré la laideur de son visage, s'imposait aux foules. Il était de taille élevée, et si son regard était dur, sa parole était goûtée des auditoires. Pour beaucoup de Lyonnais, il représentait excellemment l'esprit du début de la Révolution. A la fois descendant de bourgeois et serviteur passionné du peuple comme médecin, il ne tarda pas à jouir d'une renommée qui, d'ailleurs le suivit lorsque, après la tourmente, il se retira de toute activité politique.

A l'Hôtel de Ville, pendant l'année où il fit fonctions de maire, il sut mener à bien les tâches les plus diverses, novateur en ce qui concerne l'hygiène et les institutions utiles.

Il eut le malheur de vivre sa courte existence administrative au moment des massacres de septembre qui, à Lyon, eurent leur répercussion à Pierre-Seize. On l'a accusé d'avoir pris part à cette sanglante journée, mais nombre d'historiens ont réduit à néant cette graves accusation. La vivacité de son esprit et l'ardeur de son action sont les causes des jugements sévères

portés sur lui. A l'entendre dans ses harangues, à Lyon, il était véhément et animait le zèle de ses fidèles. Lorsqu'il fut député à la Convention, en septembre 1792, sa modération se montrait évidente à la tribune.

Lorsque avec ses amis girondins, il fut proscrit, il se réfugia en Suisse et il y travailla à des livres qui devaient paraître plus tard et affirmer sa valeur de médecin. Il reprit plus tard et jusqu'au 18 Brumaire son poste de député. Mais contre le coup d'Etat de Bonaparte, Louis Vitet éleva une protestation énergique. Peu après il revint à ses livres, peu soucieux de ses nouvelles désignations politiques. Il se remit à la rédaction de son ouvrage : *Le Médecin du Peuple*, et à une édition nouvelle de sa *Pharmacopée de Lyon*. Il écrivit encore de nouveaux livres sur « l'action de certains médicaments », sur la « classification des maladies ».

La vie politique désormais ne l'attirait plus. Il habite alors constamment à Paris, ayant gardé à Lyon le souvenir d'amis sûrs et fidèles. Il travaille encore, peu de temps avant sa mort, — le 25 mai 1809, à Paris — à un travail auquel il donne ce titre : *Traité de la sangsue médicinale*, qui dénote son intérêt pour la thérapeutique ancienne et moderne.

Son nom fut recherché des Société savantes de tous les pays. Il fut, comme son prédécesseur à la mairie de Lyon, membre de l'Académie de Lyon, où il succéda au grand voyageur Pierre Poivre, et il fut consulté, à maintes reprises, par des savants de son époque.

En ce début du XIXe siècle, où se sont apaisées les ardeurs de la Révolution, où, dans ses souvenirs, lui semblent déjà lointaines et ses fougueuses initiatives de conventionnel et son amitié avec Joseph Chalier, Louis Vitet n'est plus qu'un savant donné tout entier à ses recherches, à son amour des malades et des pauvres. Qui sait exactement dans sa ville natale, en ce temps-là, qu'il fut maire à Lyon. Louis Vitet, cependant a été un des administrateurs de la cité dont on doit conserver la mémoire, pour son rôle, en des moments historiques moins oubliés que lui-même.

Maine de Biran, fondateur de la psychanalyse. — *Docteur Lemay*, LE COURRIER MÉDICAL, 26 mai 1935.

Marie-François-Pierre Gontier de Biran dit Maine de Biran, naquit le 29 novembre 1766, rue Sainte-Catherine, à Bergerac, de Jean Gontier de Biran, sieur du Maine et Docteur en médecine, et de Camille Deville de Vermond.

A quinze ans, il entre au collège des Doctrinaires de Périgueux; à dix-huit, il vient à Paris et s'engage dans la compagnie des gardes du corps.

En 1889, il manifeste quelque sympathie pour les idées révolutionnaires, mais se bat loyalement pour le roi aux journées des 5 et 6 octobre, pendant lesquelles il est légèrement blessé. La compagnie licenciée, il étudie durant deux ans les mathématiques et se réfugie finalement, sous la Terreur, au château maternel de Grateloup en Dordogne.

Après Thermidor, il devient administrateur de ce département et, en 1797, est élu au conseil des Cinq Cents. Maine de Biran revient à Paris, en compagnie de sa jeune épouse, une créole de Saint-Domingue, Marie-Louise Fournier du Fardeuil, épouse divorcée de Jean Lafon du Cluzeau disparu depuis 1792. Membre du Club royaliste de Clichy, Maine de Biran est bientôt destitué par le Directoire au coup d'Etat du 18 Fructidor. Il se console facilement, suit les cours du Collège de France, fréquente les salons et la société d'Auteuil, puis retourne à Grateloup se plonger dans les études philosophiques et son premier mémoire sur l'Habitude est couronné par l'Académie.

En 1803, Mme de Biran meurt de saisissement au retour de son premier mari qu'elle croyait mort et Maine de Biran s'adonne de nouveau à l'Administration ; conseiller de Préfecture, puis sous-préfet de Bergerac, c'est à ce moment, en 1806, qu'il fonde la Société médicale de Bergerac (voir *Bulletin de la Société d'histoire de la Médecine*).

En 1809, il est élu aux élections législatives, mais doit rester à son poste sur l'ordre de l'Empereur, qu'il déteste d'ailleurs ; il fait partie de la fameuse commission des cinq qui, la première ose faire des remontrances à Napoléon et il doit rejoindre Grateloup d'où il applaudit au retour des Bourbons.

Revenu à Paris en triomphateur et jouissant de la confiance du roi, il est nommé questeur de la Chambre. Sauf pendant les Cent jours, il reste définitivement dans la capitale, partageant son activité entre la politique, la société et la philosophie. Il s'était, entre temps, remarié, plus par raison que par amour, avec une voisine de province, Mlle Louise Anne Favareilhes de Lacoustete.

Maine de Biran mourut le 20 juillet 1824. Ses obsèques furent célébrées en l'église Saint-Thomas-d'Aquin en présence d'Ampère, Cuvier, Victor Cousin, Guizot, Stapefer, Royer-Collard, etc... Il laissait, de son premier mariage, deux filles Elisa et Adine, un fils Félix et un beau-fils Alexis du Cluzeau.

Au travers de ses actes et de ses écrits, en particulier de son journal intime, Maine de Biran nous apparaît comme le type du cyclothymique, avec ses alternatives d'euphorie et d'anxiété, d'activité et d'asthénie. Nature essentiellement affective, en laquelle tout retentit, démonstration magnifique de l'indépendance du physique et du moral. C'est ainsi qu'il écrit le 11 février 1818 : « Je n'ai plus aucune impression agréable dans la vie, rien ne me réussit », et le 18 : « Par le plus beau jour du monde ... j'ai senti se ranimer mon existence ». Du 20 avril au 1er mars : « Je suis souvent dans les dispositions extrêmes et opposées, il n'y a pas d'équilibre dans mon être ». Il note les 6 et 7 juin : « Etat habituel et alternatif d'abattement et d'excitation, de confiance et de découragement ». On pourrait trouver cinquante citations semblables au cours de son journal.

Quant à son œuvre, qui est très importante, tout n'est pas publié, même dans les douze volumes donnés récemment par Tisserand à la librairie Alcan, car il a été perdu de nombreux manuscrits, dont certains seraient, paraît-il, en Allemagne. D'autre part, Lavallette Monbrun a détruit une grande partie de son journal intime, et probablement une grande quantité de notes. Quelles que soient les raisons religieuses surtout, car Maine de Biran avait été franc-maçon, que puisse invoquer Monbrun, il n'en reste pas moins qu'il a commis un crime de lèse humanité. La vie et l'œuvre des grands hommes appartient à tous, et les détails même détestables de leur existence, comme leurs écrits non publiés ou désavoués, éclairent leur action mieux que leurs morceaux choisis. Pour les hommes de génie les erreurs sont peut-être des chances et les vices deviennent quelquefois des vertus, car ce sont eux, souvent, qui permettent à leur cerveau de donner toute sa mesure, et à nous de déchiffrer son énigme.


TONIQUE RECONSTITUANT


VIN BRAVAIS

Quoi qu'il en soit, dans son œuvre imprimée citons : De l'influence de l'habitude sur la faculté de penser; L'examen des leçons de philosophie de Lamoriguière ; Exposition de la doctrine de Leibnitz ; le Journal intime ; les Mémoires donnés à la Société médicale de Bergerac sur les perceptions obscures et divisions organiques du cerveau. Nous renvoyons d'ailleurs pour le détail au travail de Tisserand.

Quant à l'interprétation de sa philosophie, dont l'importance n'a fait que grandir, puisqu'on considère aujourd'hui Maine de Biran comme le psychologue le plus original et le plus profond de l'école française au XIXe siècle, il nous semble bien qu'on a fait fausse route.

On a voulu voir en lui le rénovateur et le chef du spiritualisme, on a épilogué longuement sur sa conversion, qui pour intéressante qu'elle soit, n'est qu'un épisode de la fin de sa vie et n'intéresse en rien la partie la plus importante de sa philosophie. Maine de Biran relève, au contraire, directement de l'école sensualiste de Condillac et de Cabanis et son sensualisme frise souvent le matérialisme. Voici quelques citations pour appuyer cette thèse.

« Les variations que chacun découvre en lui-même, dans différents temps, sont certainement proportionnelles à des changements dans l'état physique des organes intérieurs. »

« Ce qui élève l'homme au-dessus de la brute, ce sont les facultés intellectuelles, néanmoins cette portion de notre être si grande, quelquefois si sublime, à combien peu de chose tient-elle ? un rien va le détruire, qu'un certain vent souffle : que l'atmosphère soit un peu plus pesante, qu'une digestion soit laborieuse, ou bien qu'une cause quelconque retarde la filtration du fluide nerveux, l'homme de génie va n'être plus qu'un sot. »

« Toutes les passions et émotions ont leur siège dans la vie organique. »

« Les variations brusques par lesquelles passent successivement toutes mes facutés sont certainement bien spontanées et tout ce qui est spontané est organique ou machinal, quand ce seraient les élans du génie. »

« Je ne puis être autre que m'a fait à présent mon état organique. »

Nul plus que Maine de Biran n'a étudié son MOI auquel il rapportait toutes ses théories, suivant sa propre expression, il se regardait vivre. J'ai, disait-il, pour ce qui se fait au dedans de moi, ce tact rapide, qu'ont les autres hommes pour les objets extérieurs.

Mais ce qu'il faut dégager de ses écrits, et qui n'a pas été fait jusqu'ici, ce sont les débuts de la psychanalyse, mise depuis en pratique d'une façon magistrale par André Gide et aussi par Marcel Proust, et inventée à nouveau par Freud. Maine de Biran est le grand précurseur.

Dès 1793, il écrit dans son journal intime : « Tel ne sait peut-être jusqu'à quel point, il peut être vertueux et à quel degré il serait susceptible de porter la perversité. Sous l'écorce d'un homme poli et honnête, en apparence, est caché souvent un profond scélérat, qui s'ignore lui-même, mais qui se montrera tel lorsque les circonstances donneront lieu à son caractère de se développer ».

Et plus tard : « Il est des modes tout à fait passifs que nous sentons être indépendants de notre volonté, qui ne peut en aucune manière les interrompre ou les changer, tels sont toutes les affections de plaisir ou de peine ». « Il suit de ces expériences intérieures qu'on pourrait répéter à chaque instant, que les phénomènes de la sensibilité, ou, si on l'aime mieux, les modifications de l'âme passive se succèdent et varient de mille manières, et constituent la vie sensitive, sans que le moi y prenne part. Il y a donc hors du moi et de la conscience et indépendamment de la vie de relation, une suite de phénomènes sensitifs, qui deviennent les objets de l'aperception interne, mais qui subsisteraient sans elle. »

Citons encore dans son Rapport au physique et au moral : « Il y a des hommes ainsi constitués qu'ils se trouvent sans cesse ramenés au dedans d'eux mêmes par des impressions affectives d'un ordre particulier et qui ne peuvent agir sans entendre, en quelque sorte, crier les ressorts de la machine ».

On peut donc admettre que les premières notions de psychanalyse furent exprimées par Maine de Biran dès 1793.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 26 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 JUIN 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laennec

A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

M. CHIFOLIAU, Chirurgien hon. des Hôpitaux

A. CLERC, Professeur de Clinique médicale, Médecin de l'Hôpital de la Pitié

H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique

C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de Médecine

Ch. LENORMANT, Professeur de Clinique chirurgicale à Cochin, Membre de l'Acad. de Médecine

G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie

A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté

Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis

Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

Rédacteur en Chef

Maurice LOEPER

Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. 17 juin. — M. Bouvier. Etude expérimentale des glycosuries nerveuses. — Mlle Soulé. A propos de certaines modalités évolutives des sténoses mitrales. — M. Demerleau. La lobectomie pulmonaire.

18 juin. — M. Löbel. Un médecin de la période révolutionnaire : H.-D. Putord (1755-1793). — M. Lew Szmuel. Au dispensaire et maison sociale. — M. Naze-Naoum. Etude historique du bouton de Bagdad. — M. Petit. Recherche et numération du colibacille dans les eaux.

20 juin. — M. Gros. La pendaison accidentelle. — M. Hennet. La mort subite par les corps étrangers du larynx. — M. Brodaty. Irradiations générales et locales au moyen des lampes à arc. — M. Martin. De la curabilité des cirrhoses atrophiques de Laënnec. — M. Champault. Des conceptions sur le goitre et le crétinisme de 1850 à 1910. — M. Goldman. Etude du pronostic de la tuberculose du nourrisson. — M. Masias. Rôle des infections rhino-trachéo-bronchiques dans l'asthme. — M. Marcotin. Le traitement de l'asthme par les sels d'or. — M. Didier. Considérations étiologiques sur le mode d'apparition des méningites tuberculeuses chez les enfants vaccinés au B. C. G. — M. Cheminée. Etude de l'infiltration iléo-mésentérique spontanément curable.

22 juin. — M. Beniglas. L'érythème noueux est-il tuberculeux ? — M. Canizari Orlando. Le traitement du xanthelasma. — M. Leitner. Etude clinique du mycosis fongoïde à type interverti. — M. Adelstein. Hérédo-syphilis et maladie de Friedreich. — M. Josopvici. Etude des méningites aiguës lymphocytaires bénignes chez l'enfant.

25 juin. — M. Fricou. Lésions buccales dans les maladies professionnelles, étude clinique. Législation. — M. Hébert. Etude anatomo-radiologique de l'appareil circulatoire par opacification post mortem. — M. Picart. Etude expérimentale et clinique du principe actif cristallisé du guara Scolymus. — Mme Roy, *née* Dauban. Diabète et grossesse.

26 juin. — M. Jean Liot. Contre-indications et indications de la néphrectomie dans la maladie polykystique des reins. — M. Reboul. Etude critique de l'artériographie de membres et de l'aorte abdominale. — M. Tchatchachevili. Tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère. — M. Yectimovitch. Etude des fractures isolées fermées des apophyses transverses lombaires. — M. Naulleau. L'artériographie dans les artérites des membres inférieurs.

M. Claudet. Les causes d'erreur dans la radiographie de la voûte cranienne. — M. Campesco. Sur l'évolution de l'érythrémie vers l'anémie. — M. Dubois. La forme intra-thoracique de la maladie de Recklinghausen. — M. Costil. Le diagnostic bactériologique de la tuberculose par la culture du bacille de Koch.

27 juin. — M. Cuvillier. L'ostéotomie par perforation préalable sous-cutanée dans le redressement des courbures rachitiques des membres inférieurs. — M. Gorotèche. Etude des indications opératoires en chirurgie gastro-duodénale. — M. Maucostel. Etude de la sympathectomie présacrée. — M. Aronowicz. Résection chirurgicale du frein gingivo-labial supérieur et des brides gingivo-jugales. — M. Guttières. Sur une forme clinique particulière de l'alicolyse d'origine arthritique. — M. Limasset. Traitement chirurgical par résection colique segmentaire du mégacôlon et du dolichocôlon sigmoïde. — M. Parrain. Etude de la tuberculose primitive du col de l'utérus. — M. Benmussa. Forme gastrique de la tétanie spontanée de l'adulte. — M. Bondaly. Sur un cas de maladie de Hodgkin avec anémie grave. — M. Rissery. Des hypertensions artérielles permanentes de l'adulte jeune. — M. Kasatzker. Etude du traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale. — M. Trozat. Etude du traitement moderne de la paralysie générale.

28 juin. — M. Zrazabal. Luigi. Etude expérimentale du traitement de la lambliase. — M. Arreaza Guzman. Etude du traitement de la strongyloïdose. — M. Rossal. L'état actuel de l'onchocercose humaine. — M. Bromberg. Synergie hypophysofolliculaire dans les troubles menstruels. — M. Deyris. Traitement rapide des hémorragies de la délivrance par les injections intraveineuses de post-hypophyse combinées à la révision utérine. — M. Poirat. La dénatalité française. Ses causes. Ses remèdes. — M. Robinsohn. Etude de l'hydrocéphalie fœtale.

29 juin. — M. Brisset. Le syndrome d'hypertension artérielle permanente chez l'enfant. — M. Dupont. Etude sur quarante cas d'acrodynie, observés dans la région de Rennes de 1922 à 1935. — M. Douziech. De certaines indications thérapeutiques modernes du tubage duodénal. — M. Kula. Les moustiques dans les grandes villes. — M. Kunstlich. Valeur alimentaire et thérapeutique des fruits. — M. Storch. L'hormonothérapie ovarienne dans l'hémophilie familiale.

Fondation nationale de la Cité universitaire. — *Service médical.* — Un concours est ouvert pour la nomination de deux internes résident à la Cité universitaire.

Conditions du concours. — Les étudiants en médecine, de nationalité française, pourvus de 12 inscriptions au moins peuvent être inscrits pour le concours.

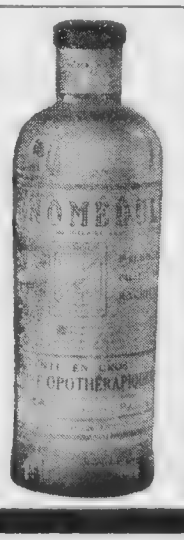
Le concours comprend une épreuve écrite anonyme d'admissibilité portant sur trois questions (anatomie, pathologie externe, pathologie interne), et une épreuve orale sur un sujet de pathologie. Cette épreuve orale est subie par les candidats admissibles désignés en nombre double de celui des places à pourvoir.

Le concours commencera le lundi 8 juillet 1935, à 9 h. 30, à la Sorbonne, salle V.

Règlement des fonctions d'interne à la Cité universitaire. — Les internes reçus au concours seront logés gratuitement au pavillon médical de la Cité universitaire.

Ils recevront, en outre, de la Fondation nationale une indemnité mensuelle de 300 francs.

1° Ils auront à assurer la garde à la Cité chacun un jour



sur trois. Toutefois, dans la matinée, des dispositions spéciales leur permettront d'assurer la permanence médicale de la Cité sans abandonner la fréquentation hospitalière.

2° Ils feront, à tour de rôle, à la Cité, une courte consultation, le matin à 8 h. 30 et le soir de 14 à 15 heures.

3° Ils devront, à tour de rôle, assister le médecin de la Cité pendant les consultations médicales avec examens radiologiques, c'est-à-dire deux fois par semaine (une fois à 8 h. 30, l'autre à 19 h. 30) et un dimanche sur deux à 10 h. 30.

Les internes affectés au service médical de la Cité universitaire seront tenus d'observer les règlements généraux de la Cité. Ils relèveront du médecin de la Cité universitaire à qui ils rendront compte régulièrement de leur activité. Ils devront prendre leurs fonctions le 1er octobre 1935.

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er juillet inclusivement au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (bureau 6), tous les jours, de 10 à 12 heures et de 14 à 16 heures.

Pièces à produire : demande d'inscription sur papier libre; certificat de douze inscriptions.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Le Directeur de la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, Paris (XIIe), fait connaître qu'un emploi de chef de laboratoire est vacant à la Clinique ophtalmologique.

Cet emploi est rétribué par une indemnité de 9.000 francs.

La date du concours sera fixée ultérieurement.

Le Directeur de la Clinique ophtalmologique et de l'hospice national des Quinze-Vingts prie les candidats de lui adresser leur demande avec l'énumération de leurs titres et références, 28, rue de Charenton, à Paris.

Congrès de la goutte et de l'acide urique. (Vittel, 14, 15 et 16 septembre 1935.) — Les médecins désireux de prendre part au Congrès de la goutte et de l'acide urique sont priés de s'adresser au secrétariat administratif du Congrès, à Vittel, en lui envoyant le montant de leur cotisation. Celle-ci est fixée uniformément à 50 francs pour les membres titulaires et pour les associés.

Les congressistes désireux de présenter des communications ou de prendre part à la discussion des rapports sont priés d'en informer le secrétaire général du Congrès de la goutte, à Vittel.

Les communications seront limitées au maximum à six pages dactylographiées, format commercial, de trente lignes.

Chaque auteur de communication disposera de huit minutes pour l'exposition de son sujet. Le texte intégral et définitif sera remis, en séance, dès communication faite, à l'un des secrétaires.

Il pourra être accompagné d'un résumé de la communication, en quinze lignes, dactylographiées, destiné à la Presse.

La Société générale des eaux minérales de Vittel hébergera gracieusement dans ses hôtels les Congressistes pendant la durée du Congrès. Chaque repas sera décompté au prix de 15 francs pour le déjeuner et pour le dîner, et au prix de 4 francs pour le petit déjeuner.

Une réduction de 50 % sur les billets de transport sera demandée aux grands réseaux français.

Les congressistes titulaires et associés sont gracieusement invités aux soirées du Casino, aux réceptions et au banquet offert par la Société des eaux minérales de Vittel.

Des excursions seront organisées dans les principaux sites célèbres de la région des Vosges.

Adresser toute demande de renseignements concernant les travaux du Congrès au Docteur Boigey, secrétaire général, à Vittel et toute demande de renseignements concernant l'organisation matérielle du Congrès à M. Chavane, secrétaire administratif à Vittel (Vosges).

Congrès international de la protection de l'enfance (18-21 juillet 1935). — Questions à l'ordre du jour : 1. La

NOUVELLE ADRESSE : 51, RUE NICOLO, PARIS (XVIe)

protection de l'enfant à la campagne, au point de vue médical, juridique, pédagogique, social. — 2. Les effets de la crise économique et du chômage sur les enfants et les adolescents. Méthodes d'enquêtes, au point de vue médical, juridique, pédagogique, social.

A l'occasion de ce Congrès, certaines questions qui intéressent particulièrement les membres des Sections nationales seront également étudiées.

L'Association internationale pour la protection de l'enfance se propose d'organiser pendant le Congrès, en dehors des séances officielles, des séminaires d'études où pourront être discutées les plus importants de ces problèmes.

Section médicale : Le statut actuel et les nécessités de la pédiatrie dans la formation professionnelle des médecins. — Examen pré-nuptial et traitement obligatoire. Quelles sont les maladies qui doivent être traitées ? Règles à adopter. — Les troubles de la motricité chez l'enfant normal ou anormal. Leurs traitements. — La mortalité infantile causée par la diarrhée. La prophylaxie immunitaire de la tuberculose de l'enfance. — L'éducation du nourrisson.

Section juridique : La recherche de la paternité des enfants naturels. — Le patronage des enfants étrangers. — Fonction sociale de la puissance paternelle et intervention éventuelle de l'Etat dans la délimitation des droits et obligations. — Les délinquants mineurs particulièrement difficiles à éduquer doivent-ils être soumis à un traitement spécial pendant l'exécution des peines ? Dans l'affirmative, quels sont les principes à suivre en établissant ce traitement ?

Section pédagogique : Education des adolescents et pré-adolescents en vue de l'exercice de leurs devoirs futurs comme chefs de famille. — La famille et l'école. Leur collaboration. Méthodes et procédés.

Section sociale : Responsabilité de l'Etat dans l'organisation et l'inspection des Ecoles maternelles ou jardins d'enfants et autres institutions destinées aux enfants d'âge pré-scolaire. — Programme d'études minimum d'une école de service social.

Prix de la participation au Congrès : pour les membres de l'A. I. P. E. : 30 francs ; pour les personnes non affiliées à l'A.I.P. E. : 60 francs.

La crémation en France. — La Société pour la Propagation de l'Incinération (Siège social : 10, rue Fanny, à Clichy (Seine), fondée en 1880 et présidée par le Prof. G. Barrier, membre et ancien président de l'Académie de médecine, vient de tenir son Assemblée annuelle. On a ainsi appris qu'au cours de la dernière année, parmi les six crématoires français : Paris, Lyon, Marseille, Reims, Rouen, Strasbourg, celui de Paris a eu le plus grand rendement : 905 personnes incinérées, sur la demande de la famille, 1.330 bières contenant des débris humains, provenant des amphithéâtres et 1.008 embryons incinérés.

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde méditerranéen antique, l'*Association Guillaume Budé* organise du 17 août au 9 septembre une huitième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce préhellénique et classique.

Le voyage qui aura lieu à bord du *Théophile-Gautier* des Messageries maritimes, comportera l'itinéraire suivant : Marseille, Messine, Taormina, Corfou, Preveza, Actium, Ithaque, Olympie, Sparte, Mistra, la Crète (Candie, Knossos, Phaestos, Haghia-Triada, Gortyne), Santorin, Délos, Mykonos, Syra, Nauplie, Tirynthe, Argos, Mycènes, Epidaure, Rhamnonte, Chalcis, Erétrie, Salamine, Egine, Athènes, Daphni, Eleusis, Corinthe, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'*Association* la croisière sera accompagnée, au titre de conférenciers, par M. Charles Picard, membre de l'Institut, professeur d'archéologie antique à la Faculté des lettres de Paris, directeur honoraire de l'Ecole française d'Athènes et par M. André Boulanger, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, ancien membre de l'Ecole française d'Athènes.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VI[e]). Téléphone : Littré 70-55.

Nécrologie. — Docteur W. Dubreuilh, professeur honoraire de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin honoraire des hôpitaux. — Docteur Auguste-Maurice Gras, médecin militaire en retraite, de Saint-Léonard, près Senlis (Oise), décédé à l'âge de 65 ans. — Docteur Germain Roque, professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 80 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

La sérothéropie rationnelle antidiphtérique

Par A.-I. JAROTZKY

Professeur à l'Institut clinique de Moscou
(Hôpital Baboukhine)

Chaque maladie infectieuse présente dans son cours une série de symptômes morbides, qui évoluent simultanément ou les uns après les autres. Dans la diphtérie nous avons le droit d'envisager l'ensemble des symptômes morbides comme le résultat de l'intoxication par la toxine diphtérique ; d'un autre côté, avec le sérum antitoxique nous avons le moyen à un moment donné de neutraliser la toxine diphtérique. Sous ce point de vue il est très tentant, en soumettant le malade diphtérique à une exploration clinique complète et en constatant les symptômes morbides de faire cesser l'existence de ces manifestations morbides par les injections de nouvelles doses de sérum antitoxique. Voilà ce but que nous nous sommes posé en élaborant une nouvelle méthode de traitement de la diphtérie par le sérum antitoxique.

Figurons-nous qu'il nous arrive un malade atteint de diphtérie, que nous lui faisons une injection de sérum antitoxique qui amène une amélioration considérable de l'état du malade. Cette amélioration peut évoluer vers la guérison complète, mais aussi dans d'autres cas, malgré les injections faites en une seule fois, ou répétées, cette amélioration passagère peut cesser, la maladie peut s'aggraver, relevant des accidents cardiaques, la paralysie, et le malade meurt. On peut admettre que la toxine bien que neutralisée par l'antitoxine injectée dans l'organisme, influencé avant sa neutralisation les cellules et leur ait porté des dégâts irréparables qui continuent à évoluer fatalement, quoique l'organisme ne contienne plus de toxine libre. A ce point de vue, l'injection d'une nouvelle dose de sérum est inutile, et en ce qui concerne la thérapeutique spécifique, il ne reste plus qu'à demeurer les bras croisés et laisser suivre au processus son cours fatal. Mais on peut envisager la question sous un autre aspect : vous avez obtenu par le moyen du sérum antitoxique, une amélioration considérable de l'état du malade, mais les microbes diphtériques restent encore dans l'organisme et ils continuent de sécréter la toxine, cependant que le sérum antitoxique injecté, est déjà plus ou moins épuisé. Ainsi, le tableau clinique mentionné plus haut peut être expliqué par l'insuffisance de la quantité de l'antitoxine dans l'organisme.

Ce point de vue est plus productif que le premier, parce qu'il nous indique les moyens pour lutter et permet de perfectionner la méthode d'application du sérum. En effet, les investigations pathologo-anatomiques démontrent que dans l'organisme des malades atteints de diphtérie les microbes diphtériques ont une large propagation. Ainsi, Hottinger écrit que pendant l'autopsie des malades diphtériques on peut trouver dans les amygdales des bouchons de matière qui contiennent des microbes diphtériques, quoique la gorge soit complètement nettoyée des fausses membranes. Il dit aussi que les microbes diphtériques peuvent être trouvés en grandes quantités dans les expectorations des malades diphtériques, atteints de la pneumonie. On les observe aussi en grande quantité dans les coupes du tissu pulmonaire (Hottinger, p. 32 et 46) ; on trouve aussi des bacilles diphtériques dans la rate. Le prosecteur de l'hôpital de Roussacoff à Moscou, Docteur Klitsch, m'a communiqué qu'il avait constaté plusieurs fois pendant l'autopsie des bacilles diphtériques dans les infarctus de la rate. Ces données nous permettent de supposer la présence des bacilles diphtériques sécrétant la toxine chez les malades dont la gorge est complètement débarrassée des fausses membranes.

Je citerai, avant tout, un cas de diphtérie qui me suggéra l'idée de modifier la méthode usuelle de la sérothérapie antidiphtérique. Un garçon de 3 ans entre à l'hôpital le quatrième jour de la maladie et c'est alors seulement que lui fut injecté le sérum, et à dose insuffisante (2.000 unités antitoxiques). Les amygdales du malade étaient couvertes de fausses membranes. Il présentait de l'hyperémie du pharynx ; les ganglions du cou étaient dilatés et douloureux, le pouls était à 130, les bruits du cœur sourds. Les jours suivants (le cinquième et le sixième jours) on lui injecta du sérum à doses de 20 et 10.000 unités antitoxiques. Le septième jour amena une amélioration considérable de l'état du malade, mais les fausses membranes couvraient encore les amygdales et les bruits du cœur étaient sourds (pouls 72). Alors, vu l'amélioration notable de l'état du malade, l'injection du sérum fut supprimée. Le jour suivant, la maladie s'aggrava brusquement et malgré l'injection de 10.000 unités antitoxiques, le malade mourut à 6 heures du soir. Ce cas est typique : c'est la méthode usuelle de traitement des malades diphtériques. Y avait-il une raison quelconque qui permettait de ne pas injecter le sérum le septième jour de la maladie, lorsque les injections précédentes de sérum amenèrent une amélioration notable de l'état du malade ? Aucun. Si vous obtenez par le moyen d'un remède une amélioration de l'état du malade, il n'y a nulle raison d'arrêter l'application de ce remède.

Citons encore, comme exemple, un cas, n° 78, pris de la monographie de Hottinger (page 50). Un enfant de 3 ans est amené à l'hôpital le sixième jour de la maladie, avec une diphtérie grave de forme toxique de la gorge et du nez. L'injection sérique (44.000 unités antitoxiques en 6 jours) amena une amélioration, mais l'état persiste à être grave. Le sérum n'est plus injecté et le malade meurt le quarante-sixième jour de la maladie. Dans ce cas aussi il n'y avait aucune raison d'arrêter les injections de sérum. L'auteur explique l'issue fatale dans ce cas par la trop tardive introduction du sérum, mais on peut donner une autre explication, c'est-à-dire que les injections furent interrompues trop tôt, pendant que l'état du malade restait encore grave. Cette mort tardive montre combien de forces conservait encore l'organisme du malade.

Prenons encore un cas de Hottinger : une petite fille de 10 ans entra à l'hôpital avec des symptômes de diphtérie de gravité moyenne, qui dégénéra en une forme toxique très grave, malgré l'injection de 6.000 unités antitoxiques faites le premier jour. Sous l'influence des injections (30.000 unités antitoxiques les trois jours suivants), l'état de la malade s'améliora considérablement. Quoique les fausses membranes se tenaient encore dans la gorge, on n'injecta plus de sérum. La malade a surmonté une crise de myocardite grave et quitta l'hôpital au soixantième jour, sans bacilles.

L'évolution grave de la maladie peut être attribuée aussi à l'interruption prématurée des injections sériques.

Comment expliquer cette crainte incompréhensible, on peut dire puérile, des médecins, d'introduire une fois de plus le sérum antitoxique, dont l'effet sur les symptômes d'intoxication diphtérique est si manifeste. L'explication se trouve dans l'histoire de la sérothérapie antidiphtérique. En appliquant le sérum antitoxique aux malades diphtériques, les médecins se heurtèrent pour

♦

la première fois au phénomène de l'anaphylaxie, phénomène alors tout à fait incompréhensible et mystérieux et, comme la diphtérie est capable de déterminer brusquement des accidents graves et menaçants du cœur et des autres organes, on les attribuaient à l'effet du sérum.

Cependant, si la maladie sérique présente quelque danger, ce danger ne peut pas aller de pair avec le danger terrible, la source duquel est la toxine diphtérique non neutralisée par l'antitoxine. Dans le traitement d'un malade diphtérique il n'y a aucune raison de calculer, comme cela se fait dans les traités les plus réputés, combien d'unités antitoxiques on doit injecter au malade de tel ou tel âge ou de tel ou tel poids. L'antitoxine n'a aucun rapport avec l'organisme humain, on peut l'injecter à doses illimitées. En ce qui concerne le sérum de cheval, il peut être injecté en grandes quantités sans aucun effet nuisible sur l'organisme. Aussi, n'ai je pas constaté des faits qui permettraient de supposer que la maladie sérique doit prendre une forme plus intense, ou être plus prolongée sous l'influence des injections réitérées du sérum antitoxique. Tout au contraire, nous eûmes l'impression qu'après les injections antitoxiques réitérées (les malades recevaient 110-140.000 unités antitoniques) les symptômes de la maladie sérique se manifestaient moins intenses qu'après l'injection de petites doses.

Ma méthode est la suivante : le sérum antitoxique doit être injecté plusieurs fois et à doses suffisantes, ne laissant en aucun cas passer un jour sans injecter le sérum, jusqu'à ce que tous les symptômes, qui pourraient signaler la présence de l'intoxication diphtérique, soient complètement disparus. Si dans la suite de la maladie on aperçoit de nouveau des signes qui peuvent être estimés comme effet de la toxine diphtérique, il faut injecter une nouvelle dose de sérum antitoxique. Cette méthode nécessite pendant tout le cours de la maladie un examen clinique journalier des malades, complet et général, parce que la question, faut-il ou non injecter une nouvelle dose de sérum, doit être résolue suivant le tableau clinique présenté par le malade.

Quand un malade entre à l'hôpital, je lui fais une injection intramusculaire, habituellement de 10.000 unités antitoxiques, même dans les cas légers, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'une personne adulte, parce que, surtout chez les adultes, rien ne m'inspire tant de crainte que les cas soi-disant légers. Dans les cas graves il faut réinjecter le soir même le sérum à dose égale. Dans les cas très graves j'injecte 20.000 unités et le même soir encore 20.000 unités. Dans les cas excessivement graves on peut augmenter encore la dose, mais je n'ai pas eu l'occasion d'injecter aux malades diphtériques plus de 50.000 unités en vingt-quatre heures, et je ne voyais pas la nécessité d'augmenter encore la dose pendant cette période de temps. Outre cela, dans le traitement de la diphtérie, il faut prendre en considération non seulement la quantité des unités antitoxiques du sérum, mais encore le titre du sérum. Il ne faut pas, en général, employer un sérum, contenant moins de 750 unités antitoxiques par centimètre cube ; dans les cas exceptionnellement graves, il faut employer un sérum à un titre le plus élevé possible, par exemple, 2.000 unités antitoxiques par centimètre cube. Ensuite, les jours suivants, on continue les injections journalières suivant le tableau clinique que présente le malade. Par exemple, si le jour qui suit la première injection, la gorge du malade est presque nettoyée des fausses membranes, la majorité des fausses membranes sont détachées et le processus évolue vers la guérison, il faut, néanmoins, malgré ces symptômes, d'apparence si favorables, absolument réinjecter une nouvelle dose suffisante de sérum, jusqu'à ce que les signes de l'intoxication diphtérique, les plus insignifiants disparaissent complètement. Il faut que la gorge soit totalement libérée des fausses membranes, même des petites membranes arrondies, de l'hyperémie du pharynx, de l'œdème. Une porosité prononcée des amygdales exige une nouvelle injection de sérum. La gorge doit être complètement intacte, sans traces d'œdème de la luette, de l'hyperémie, des excoriations de l'épitèle qui se trouvent à la place des fausses membranes décollées. Aussi, les symptômes généraux, qui signalent la présence de l'intoxication diphtérique, nécessitent-ils une réinjection nouvelle. Par exemple, dans le cas où la face de l'enfant est pâle, ou l'enfant est prostré, apathique, ou, à l'inverse, il est un peu excité, avec des yeux luisants, des joues légèrement coloriées, il faut injecter une nouvelle dose de sérum. Les injections sériques doivent être poursuivies jusqu'à la disparition complète de tous les symptômes locaux et jusqu'à ce que le malade prenne l'aspect d'un enfant tout à fait bien portant. Mais si dans le cours de la maladie, des symptômes locaux réapparaissent, par exemple, si on aperçoit de petites membranes arrondies dans la gorge, ou d'autres symptômes locaux, le malade doit recevoir une nouvelle dose de sérum. Sous ce rapport les accidents cardiaques occupent la première place. Il faut tâcher par le moyen de la percussion de déterminer les dimensions de la matité cardiaque, la position du sommet du cœur ; l'agrandissement de la surface de la matité cardiaque exige une nouvelle injection de sérum.

Il faut agir ainsi lorsque les bruits du cœur deviennent plus sourds, lorsqu'on constate les bruits du cœur, l'accent sur le second bruit de l'artère pulmonaire, aussi dans les cas de la tachycardie et de la bradycardie. L'apparition des modifications brusques que le pouls subit dans son rythme sous l'influence des mouvements respiratoires, l'apparition des extrasystoles, de l'arythmie par troubles de conductabilité sur le trajet du faisceau de His exigent une nouvelle injection. Une nouvelle injection est obligatoire dans les cas de paralysies, de parésies et de névrites. Dans les cas graves de la diphtérie, il arrive souvent, quelque temps après que l'infection diphtérique est déjà vaincue, que les phénomènes d'intoxication diphtérique réapparaissent de nouveau ; alors il est indispensable de réinjecter une nouvelle dose de sérum antitoxique. C'est pourquoi, dans les cas excessivement graves, quand le malade a subi déjà plusieurs injections de grandes quantités de sérum, je répète l'injection d'antitoxine quatre ou cinq jours après la dernière injection, même si les symptômes de l'intoxication ne se manifestent plus. Nous agissons ainsi dans les cas graves pour ne pas laisser longtemps le malade qui a supporté une forme grave, sans injection d'une nouvelle dose d'antitoxine. Nous faisons les injections réitérées habituellement à doses de 10.000 unités. Les cas de localisation du processus diphtérique dans le larynx exigent une application exclusivement persistante et méthodique de sérum. Dans ces cas, je ne prescris pas moins de 10.000 unités par jour, tant que la voix du malade est enrouée, quoique les phénomènes de l'asphyxie ne se manifestent plus.

Quels sont donc les résultats de l'application de cette méthode dans le traitement de la diphtérie ?

Dans la période de l'hiver de l'année 1930-31 et de l'année 1931-32 j'ai soigné dans mon service 377 malades, avec 9 décès, c'est-à-dire 2,4 %.

Si on ne compte pas les cas quand le malade n'est resté que quelques heures dans mon service (1 cas) et aussi les cas quand la mort survint comme suite des causes occasionnelles, comme par exemple, d'une opération de trachéotomie non réussie, de la fièvre typhoïde, d'une septicémie grave avec une méningite purulente, aussi bien les cas où ma méthode ne fut pas appliquée, il en résulte que sur les 377 malades traités suivant ma méthode il n'y eut que deux décès, c'est-à-dire 0,5 % de mortalité. Il faut signaler que le titre du sérum injecté dans un de ces derniers cas fut très bas et le sérum, probablement, n'était pas de bonne qualité ; dans le second cas, il fut impossible d'écarter l'infection secondaire, la scarla-



tie. Excepté ces deux cas, tous les 75 cas de diphtérie toxique grave, traités d'après ma méthode, malgré la présence d'un tableau clinique le plus grave, se rétablirent. Ainsi, la mortalité par les cas graves toxiques, traités suivant ma méthode de sérothérapie antitoxique fournit seulement 2,6 %, au lieu de 40-50 % notés communément dans des formes identiques.

Dans les cas de laryngite diphtérique cette méthode donne aussi des résultats très appréciables. Sur 34 cas de laryngite diphtérique nous n'avons eu que deux cas de décès : l'un de ces malades mourut par suite d'une opération non réussie, et l'autre était précisément le cas où ma méthode ne fut pas appliquée.

Arkavine, Bie, Banks conseillent d'injecter des doses excessives de sérum 100.000 à 200.000 unités. Cette méthode présente un progrès notable dans le traitement de la diphtérie, car ces auteurs réussirent ainsi à abaisser la mortalité par la diphtérie jusqu'à 2,07 %. Je vois les avantages de cette méthode en ce que les doses massives de sérum, injectées d'un seul coup fournissent à l'organisme une quantité suffisante d'antitoxine pour une plus longue durée de temps. Mais selon mon opinion cette méthode ne peut pas être reconnue comme une méthode rationnelle, parce que le même but peut être atteint par le moyen des injections réitérées de doses relativement restreintes, et les résultats de notre méthode, comme nous l'avons vue, sont beaucoup plus appréciables. Les auteurs français Lereboullet et Gorostidi pratiquent des injections réitérées. Leur méthode diffère de la mienne par la manière d'injection : ils injectent le sérum aux malades diphtériques d'après un schème déterminé, tandis que moi j'injecte autant de sérum que le tableau clinique l'indique. Gorostidi conseille dans les cas graves de pratiquer les injections intraveineuses à doses de 20 c. c. et les injections sous-cutanées et en partie intramusculaires à doses de 80-120 c. c., après quoi, de continuer les injections journellement en diminuant toujours les doses dans le cours de huit jours, et plus. Quoique les principes de la prescription de ces méthodes et de la mienne soit différents, néanmoins les résultats obtenus devraient être identiques, parce que, suivant la méthode de Lereboullet et de Gorostidi les injections sériques sont pratiquées journellement, sans interruption, sans même manquer un jour pendant une longue durée de temps. Cependant, la mortalité atteint chez Gorostidi un très haut chiffre (20 %). Ce résultat défavorable peut être expliqué, selon moi, par le bas titre du sérum que ces auteurs ont employé (probablement 250-300 unités antitoxiques par centimètre cube).

Le 19 février 1930, le Docteur Bécuve, interne de l'hôpital de Lille, décéda au neuvième jour de la diphtérie, quoiqu'il ait reçu à peu près un litre de sérum antitoxique. Après cet accident l'efficacité du sérum français fut mis en doute et il fut émise une opinion que le sérum français est beaucoup moins efficace que le sérum de Bruxelles. Ceci suggéra au Docteur G. Ruelle l'idée de comparer l'effet du sérum français et de celui de Bruxelles. En faisant ces expérimentations le Docteur Ruelle, réduisait ces deux sérums à un titre égal, en diluant, à l'aide du sérum d'un cheval normal, le sérum du titre plus élevé. Comme on pouvait s'y attendre, les deux sérums produisaient le même effet. Mais ce fait ne permet pas de faire la conclusion que le sérum d'un titre élevé (800 unités antitoxiques par centimètre cube) doit produire le même effet que le sérum d'un bas titre, qui ne contient que 200 unités antitoxiques par centimètre cube. On peut se figurer que les quantités excessives du sérum à bas titre (un litre et plus), injectées dans l'organisme, sont mal absorbées et ne fournissent pas à l'organisme une quantité suffisante d'antitoxine.

La méthode que j'ai appliquée dans la sérothérapie antidiphtérique fut complètement confirmée par le travail expérimental de mon camarade de travail au laboratoire de E. Metchnikoff à l'Institut Pasteur, le Professeur Fr. Meyer (de Berlin). Il poursuivait le but d'éprouver sur les cobayes l'influence des injections réitérées de sérum antitoxique et de préciser la question de la possibilité de sauver par le moyen des injections répétées les animaux, qui succombaient malgré la dose massive correspondante de sérum (500-1.000 unités antitoxiques par kilogramme) injectée en une seule fois. Le Professeur Meyer a constaté que si on injecte aux animaux deux doses mortelles de toxine et qu'après 12-16 heures, on commence le traitement, les animaux, qui ont reçu une seule injection de sérum succombent tous, tandis que ceux qui reçurent des injections répétées à plusieurs reprises restent vivants quoique la quantité d'unités antitoxiques injectées fut la même dans les deux cas. « L'explication théorique de cela, dit le Professeur Meyer, peut être la suivante, c'est que cette méthode d'injections sériques permet au contenu antitoxique dans le sang et les organes de se tenir à un niveau élevé pour une longue durée de temps. En tout cas, dit-il, ces expérimentations prouvèrent que les injections antitoxiques répétées étaient plus efficaces, que les injections de doses massives faites en une fois. Les recherches du Professeur Fr. Meyer eurent un autre résultat, très important, c'est qu'ils ont démontré que l'effet bienfaisant des injections sériques dépend non seulement de la quantité des unités antitoxiques qu'ils renferment, mais aussi du titre du sérum. A ce sujet, le Professeur Meyer écrit : « Nos expériences ont démontré que ce n'est pas la même chose d'injecter un sérum à titre élevé ou un sérum à titre bas. Nous avons, dit il, vu que les animaux, qui ont reçu la même quantité d'unités antitoxiques du sérum à titre élevé (2.000 unités antitoxiques par centimètre cube) survivaient, tandis que les animaux qui ont reçu une quantité correspondante du sérum, qui contenait 400 unités antitoxiques par centimètre cube succombaient. » Cela dépend, selon son avis, de l'absorbtion plus rapide des grandes doses d'antitoxine d'un sérum de titre élevé. Ces données procurent une base expérimentale à la règle que j'ai établie pendant mes observations au chevet du malade et que j'ai formulée dans mon premier travail sur la diphtérie (1931), c'est-à-dire, que les malades diphtériques ne doivent pas recevoir un sérum, qui contient moins de 750 unités antitoxiques par centimètre cube.

Ces expérimentations du Professeur Meyer corroborent encore plus mon point de vue, c'est-à-dire que la forte mortalité chez Gorostidi fut causée par le bas titre du sérum. Nous citerons encore des nouvelles données, reçues après la publication de mon second travail sur la sérothérapie antidiphtérique d'après ma méthode et d'après les méthodes proches à la mienne. A cet égard nous donnons la première place au travail du docent A. Hottinger, de la clinique du Professeur Schlossman, à Dusseldorf. Il appliqua à plusieurs séries de malades les différentes méthodes de la sérothérapie antidiphtérique : le traitement à doses restreintes (injections à 5.000-30.000 unités antitoxiques une ou deux fois) et aussi le traitement à doses massives, d'après Bie (injections de 140.000 unités antitoxiques). A une série de malades il fut injecté le si nommé « symbiose-sérum », c'est-à-dire le sérum des chevaux immunisés par la toxine obtenue des cultures de bacilles diphtériques cultivés en symbiose avec les streptocoques. Ce sérum se distinguait par le titre élevé du contenu antitoxique. Dans sept de ces séries de malades mentionnées plus haut, la mortalité atteint 33 jusque 65 %, en moyenne 41 %. Quinze malades de la huitième série furent traités d'après une méthode qui se rapproche de la mienne. Les malades recevaient le jour même de leur entrée à l'hôpital une injection intralumbale à 10.000 unités de symbiose-sérum concentré de Bering, une injection à 4.000 unités de symbiose-sérum intraveineuse et une injection à 4.000 unités du même sérum intramusculaire. Ensuite on continuait les injections de symbiose-sérum intramuscu-

laires et intraveineuses à doses relativement restreintes une, deux ou trois fois par jour dans le cours de trois à six jours, conformément aux symptômes locaux et à l'état général du malade. En tout, suivant cette méthode, on injecta au cours de six jours 50.000 jusqu'à 60.000 unités antitoxiques à chaque malade. Ces quinze malades ne donnèrent pas un seul cas de décès. Un effet si favorable décontenança le Docteur Hottinger et il supposa que dans cette série de malades l'issue favorable était due à quelques causes occasionnelles.

Guidé par ses recherches expérimentales citées plus haut, le Professeur Meyer commença à appliquer dans les cas de diphtérie grave une méthode de traitement antidiphtérique proche à la mienne avec de très bons résultats. Le Docteur Gavriloff du village Naryshkine de la Russie centrale a appliqué dans une épidémie diphtérique ma méthode. On amenait les malades habituellement le troisième ou le quatrième jour de la maladie, quelquefois même le cinquième jour. On faisait aux malades la première injection de 10.000-15.000 unités antitoxiques dans les cas de diphtérie de moyenne intensité, et dans les cas les plus graves, 25.000-30.000 unités ; dans les cas graves, on répétait l'injection douze heures après la première injection. Les injections dans le cours des vingt-quatre heures suivantes furent poursuivies selon le tableau clinique et l'état du malade : on introduisit de 20.000-25.000 unités antitoxiques chaque fois. La grande partie des malades ne recevait pas moins de quatre injections et tout au plus sept à huit injections. La plus haute quantité de sérum injecté à un malade fut 12.000 unités antitoxiques. Dans les cas les plus graves, le Docteur Gavriloff, malgré l'état du malade d'apparence satisfaisante, répétait les injections deux à trois fois, deux à trois jours aprés la dernière injection, dans le but de neutraliser définitivement la toxine. Le résultat de l'application de cette méthode dans cette épidémie fut tel que pas un malade ne mourut. Aussi il ne fut pas nécessaire de recourir à la trachéotomie dans les cas du croup diphtérique, tandis qu'avant l'application de cette méthode, la trachéotomie était pratiquée (sur six cas de trachéotomie, on avait trois cas mortels). Ainsi, le Docteur Gavriloff réussit-il à réaliser le principe formulé par moi dans mon premier travail ; c'est que, pas un malade ne doit mourir de la diphtérie, si l'application de la sérothérapie antidiphtérique est rationnelle. Ma méthode eut une large application dans la section des maladies infectieuses de l'hôpital de la ville de Kalinine (Twer), dirigée par le Docteur W.-A. Pantchoulidseff.

Citons ici les brèves données que le Docteur Pantchoulidzeff a eu la complaisance de nous remettre. L'application de la méthode commença au mois de décembre de l'année 1931. Dans la première série il y avait 85 malades avec le croup diphtérique, qui furent intubés ; chaque malade reçut, en moyenne, 40.000 unités antitoxiques en 3 à 9 injections en moyenne. Ces malades fournirent 15 cas de décès, c'est-à-dire 17,6 % de mortalité, tandis qu'avant l'application de la méthode du Professeur Jarotzky, le pourcentage de la mortalité par le croup intubé à l'hôpital de Kalinine était de 34 %. Au cours de cette période de temps, il arriva que la quantité du sérum fut insuffisante pour pouvoir faire aux malades des injections quotidiennes. 10 de ces malades fournirent 4 décès, c'est-à-dire 40 % de mortalité.

Dans cette série il y avait 21 malades avec le croup non intubé ; chaque malade de cette série reçut, en moyenne, 28.000 unités antitoxiques en 2-4 injections. Pas de mortalité parmi ces malades. Il y avait 53 cas avec la diphtérie septique qui furent traités par la méthode du Professeur Jarotzky ; chaque malade reçut en moyenne 33.000 unités antitoxiques en 2 à 8 injections. Ces malades fournirent 6 décès, c'est-à-dire 11,3 % de mortalité.

Dans la seconde série il y avait 43 cas de croup intubés, auquel il fut appliqué une quantité de sérum beaucoup plus grande et les injections furent faites plus fréquemment. On injecta à chaque malade 75.000 unités antitoxiques en moyenne, en 6-5 injections en moyenne, la mortalité, par conséquence, diminua notablement : 42 cas fournirent 3 décès, ce qui fait 7,1 %. Dans cette même série il y avait 77 malades avec le croup non intubé ; il fut utilisé en moyenne pour chaque malade 45.000 unités antitoxiques, en 2 à 4 injections en moyenne. Il n'y eut pas de décès dans cette série. Avec les injections répétées plus fréquemment les cas du tubage diminuèrent notablement.

Dans la seconde série il y avait 60 cas de diphtérie septique ; on appliqua à chaque malade 52.000 unités antitoxiques, en moyenne, et on fit 4 à 5 injections en moyenne. Il y eut 4 décès, le pourcentage de la mortalité fut de 6,5 %.

Les données du Docteur Pantchoulidzeff sont exceptionnellement instructives parce qu'elles démontrent d'une manière persuasive que la mortalité diminue notablement avec l'augmentation du nombre des injections. Parmi les malades de cette série il y avait 125 cas de diphtérie de forme toxique. Le Docteur Pantchoulidzeff donna le nom de diphtérie toxique à tous les cas avec des symptômes locaux, pas très prononcés, mais avec des phénomènes d'intoxication générale. Chaque malade reçut en moyenne 35.000 unités antitoxiques. La mortalité fut nulle.

Le chef de la section de chirurgie de l'hôpital de Kalinine le Docteur W.-W. Ouspensky m'a communiqué que, selon son impression, les appels des chirurgiens dans la section diphtérique pour les opérations de trachéotomie et des intubations diminuèrent brusquement dès l'application de cette méthode.

L'influence des injections de sérum répétées systématiquement sur la diminution des cas de tubage se fait voir clairement par les chiffres que donne le Docteur Pantchoulidzeff : pendant l'année 1931, on a pratiqué 719 intubations, dont 616 furent faites avant le mois de décembre ; au mois de novembre on commença l'application de la méthode du Professeur Jarotzky. En 1932 la quantité des tubages était de 222, et en 1933 de 139.

Au total, à l'hôpital Kalinine, ma méthode de traitement de la diphtérie fut appliquée par le Docteur Pantchoulidzeff dans 127 cas de croup intubé, dans 98 cas de croup non intubé, dans 113 cas de diphtérie septique et dans 125 cas de diphtérie à forme toxique, en tout dans 433 cas. Le Docteur Pantchoulidzeff certifie que les injections répétées de 10.000 unités antitoxiques furent très bien supportées par les malades et nul effet nuisible ne fut observé.

En résumé, ma méthode de traitement antidiphtérique ou des méthodes proches à la mienne furent appliquées dans les cas suivants : 374 malades de ma section, dont 75 atteints de diphtérie grave toxique et 32 cas de croup ; dans les cas du Docteur Hottinger, 15 cas graves toxiques ; dans les cas du Docteur Gavriloff, 63 cas (3 cas toxiques et 8 cas de croup) ; et dans les 433 cas de W.-A. Pantchoulidzeff. Au total, cette méthode fut appliquée avec des résultats très satisfaisants dans 915 cas de diphtérie. A part cela, cette méthode a reçu sa base expérimentale, grâce aux recherches du Professeur Fr. Meyer. Tout cela permet de conclure que les méthodes de la sérothérapie antidiphtérique pratiquées généralement doivent être radicalement modifiées et que la méthode que j'ai proposée mérite d'être vérifiée et appliquée.

Résumé

1) La source principale des décès par la diphtérie est le dosage insuffisant du sérum antitoxique et les injections non pratiquées d'une façon systématique. Les


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

BIBLIOGRAPHIE

Dossiers de police, par G. LENÔTRE. 1 vol. 15 francs. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Ce recueil est le sixième de *La petite histoire*. Comme les cinq volumes précédents, il se compose d'une réunion d'articles sur les sujets les plus divers et forme un recueil de curiosité historiques, depuis Ravaillac jusqu'au temps de l'occupation de Lille par les Allemands. Et on y retrouve le même talent de conteur, les mêmes scrupules d'historien que dans les ouvrages principaux de Lenôtre.

Lyon et le Lyonnais, par Emile BAUMANN. 1 vol. in-8° (16 × 21) de 192 pages, avec carte du Lyonnais et 102 photographies en hélios typo. Prix : 12 fr. J. de Gigord, édit., 15, rue Cassette, Paris (VI°).

Natif de Lyon qu'il a déjà glorifié dans son roman célèbre, l'*Immolé*, Emile Baumann était mieux désigné que tout autre pour exprimer les paysages de Lyon et de la région lyonnaise, le caractère de ses compatriotes, les aspects extérieurs ou religieux et moraux, d'une ville singulière et puissante qui, dans l'afflux des apports étrangers, demeure elle-même énergiquement. Il a dépeint ici le Lyon de ses souvenirs, mais en y ajoutant les constatations d'une enquête toute récente où il étudie ce qu'il y a de plus moderne dans le Lyon actuel, notamment l'extraordinaire cité hospitalière de Grange-Blanche. Il nous promène aussi en des milieux qui ont disparu, comme le vieil hôpital de la Charité, récemment abattu ou chez les derniers canuts de la Croix-Rouge. Enfin, il nous conduit à travers le pays environnant, si varié et riche en sites d'une belle ampleur. C'est là que se sont formés, au long des siècles, le caractère et le génie lyonnais.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 4 francs. Abonnement : un an : France : 60 francs. Boivin, éditeur, 3, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 juin 1935 : Ed.-K. Rand : Les esprits souverains dans la littérature romaine (I) : Térence et l'esprit comique. — P. Jourda : L'évolution de Moréas (III) : Les stances. — H. Hannette : L'antiquité dans l'œuvre de Dante (V) : Lucain, Tite-Live, Horace, Senèque, Juvénal. — Conclusion. — P. Lachière-Rey : Le Moi, le Monde et Dieu (VII) : Le problème de la destinée (*Suite*). Panthéisme et théisme. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (X): Comédiennes illusoires et militaires lettrés. — A. Pocquet du Haut-Jussé : Deux féodaux : Bourgogne et Bretagne (IX) : Maximilien et Anne de Bretagne (1474-1491).

Annales historiques de la Révolution française, paraissant six fois par an. Abonnement : France : un an : 40 francs. Mellotée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de mai-juin 1935 : A. Mathiez : Les nouveaux courants d'idées dans la littérature française à la fin du XVIII° siècle. — J. Barennes : Un homme de loi pendant la Révolution : le Girondin Barennes (1739-1800). — R. Jaquel : Euloge Schneider en Alsace.

DOCUMENTS. — Un collaborateur de Barbaroux, l'ingénieur de Cunedie. (A. Chabaud).

GLANES. — Lettres de Guffroy (L. Jacob). — La Grande Peur à Bron et dans le Var (G. Lefebvre).

Bibliographie. — Notices. — Assemblée générale. — Revue de la Presse. — Cuorrespondance.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Paraît 4 fois par an. Abonnement : France : un an : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro de janvier-mars 1935 :

I. Henri Busson : La Fontaine et l'âme des bêtes. — Pierre Grosclaude : Lyon et le mouvement romantique d'après la presse de la Restauration et de la Monarchie de juillet.

II. MÉLANGES. — Autour des « Lettres familières » du Président de Brosses (R. Michea). — L'activité maçonnique de Joseph de Maistre (F. Vermale). — Les corrections de la « Chartreuse de Parme » (P. Jourda). — A propos de « l'agonie de la Semillante » d'Alphonse Daudin (Georges Thouvenin). — Sur un manuscrit de « Ramuntcho ». (Pierre Flotter). — Bibliographie des pièces de théâtre parues en France de 1815 à 1848, avec indication des pièces ayant un caractère social ou une tendance sociale (*Suite*). (S. L. England).

III. COMPTES RENDUS. — A Coville : Gontier et Pierre Col et l'humanisme en France (P. Jourda). — A. Tillet : Tree French Dramatists, Racine, Marivaux, Musset (M. A. Ruff). — Z. Tournier : « Beauté poétique », histoire critique d'une pensée de Pascal et de ses annexes (J. Dedieu). — Cl. Favre de Vaugelas : Remarques sur la langue française (H. Yvon). — Pierre Séchaud : Victor de Laprade. Son œuvre poétique. Lettres inédites de Victor de Laprade à Charles Alexandre (D. Delafarge). — R. Harmand : La bibliothèque d'un bourgeois lorrain au XIX° siècle (R. H.). — H. Van der Tuin. L'évolution psychologique, esthétique et littéraire de Th. Gautier. Etude de caractérologie littéraire (René Jasinski). — Gabriel Pérouse : Causeries sur l'histoire littéraire de la Savoie (Henri Franchet). — Ernest Sevrin : Dom Guéranger et Lamennais (P. Alfaric).

IV. CHRONIQUE. — DÉPOUILLEMENT DE CATALOGUES D'AUTOGRAPHES.

médecins, s'agit-il de doses habituelles (généralement insuffisantes), ou de doses massives, recommandées par Bie, Banks, se contentent d'obtenir une amélioration notable de l'état du malade et des phénomènes locaux. Mais, généralement, cette amélioration dans les cas graves de diphtérie n'est que passagère et instable et elle est suivie d'une nouvelle aggravation ; alors les nouvelles injections de sérum ne sont plus capables de sauver le malade. L'injection de sérum doit être pratiquée quotidiennement, sans laisser passer même un jour, jusqu'à disparition complète des symptômes de l'intoxication diphtérique.

2) Le sérum antitoxique ne doit pas, en général, contenir moins de 750 unités d'antitoxine par centimètre cube. Dans les cas les plus graves de diphtérie on doit faire attention que le titre du sérum ne soit pas moindre de 2.000 unités antitoxiques par centimètre cube.

3) Si dans le cours de la maladie on constate les premiers symptômes de l'intoxication du myocarde par la toxine diphtérique, il faut, avant tout pour sauver le malade, introduire dans l'organisme de nouvelles doses d'antitoxine. L'infraction à cette règle est une cause d'un nombre de décès.

BIBLIOGRAPHIE

1. JAROTZKY. — Zur rationalen Begründung der Therapie von Diphtherie mit spezifischem Serum. (*Schweizer. Mediz. Wochenschrift*, 1931, n° 28, p. 657.)
2. JAROTZKY. — Ueber die Anwendung des antitoxischen Serums bei Diphtherie. (*Acta medica scandinavica*, vol. 80, fasc. 1-2, 1933, p. 51.)
3. M. GOROSTIDI. — Contribution à l'étude de la sérothérapie andiphtérique. Paris, L. Arnette, 1929.
4. A. HOTTINGER. — Ueber die maligne, so genannte toxische Diphtherie. Berlin, S. Karger, 1932.
5. G. RUELLE. — Etude expérimentale des sérums antidiphtériques parisien et bruxellois. (*La Presse Médicale*, 1933, n° 40, p. 88?.)
6. FR. MEYER. — Neue Wege der Diphtherieserumtherapie. (*Zentralblatt für innere Medizin*, 1933, n° 49, p. 88?.)
7. A. I. JAROTSKY. — A new method of treatment for diptheria with antitoxic serum. (*Medical Record*, february 6, 1935.)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

La curiethérapie des fistules (1)

Par le Docteur Gaston DANIEL

Les fistules sont fréquentes en gynécologie, lorsqu'une collection purulente incluse dans une trompe ou dans le Douglas s'évacue, soit dans le vagin, soit à l'extérieur à travers la paroi et forme un trajet qui ne se cicatrise pas spontanément; il peut aussi s'agir d'une fistule d'origine traumatique, opératoire, obstétricale, faisant communiquer l'intestin ou la vessie avec le vagin ou avec la paroi abdominale.

C'est le cas des fistules recto-vaginales, vésico-vaginales, entéro-pariétales, vésiculaires, salivaires, etc... Jusqu'ici ces fistules étaient guéries par l'intervention chirurgicale, le plus souvent d'ailleurs itérative, car les récidives sont fréquentes.

Le processus d'action est une action fibroplastique du radium qui produit une résorption des tissus morts par les phagocytes et les éléments fixes du tissu conjonctif, suivie d'une poussée irrésistible vers la cicatrisation. Ici, l'action phagocytaire, véritable réveil des réactions de défense, joue le rôle primordial et dans tous les cas initial. Elle est le prélude indispensable de la réaction conjonctivale de cicatrisation et de fermeture du trajet fistuleux.

Indications générales. — Les fistules gynécologiques sont une indication opératoire nette, mais en général, ces interventions sont d'autant plus shockantes, qu'elles sont délicates, de longue durée et sur des sujets plus cachectisés du fait de la maladie antérieure ; c'est pour ces multiples raisons que je crois devoir attacher de l'importance sur l'indication absolue dans ces cas de la curiethérapie des fistules en considérant l'innocuité, la facilité de la technique et la régularité des résultats, qui m'ont paru au début, vraiment curieux, de cette application nouvelle de radium, que je suis heureux d'avoir innovée, aucun auteur n'ayant encore, à ma connaissance, publié quoi que ce soit sur cette importante question, en 1930, lors de l'édition de mon ouvrage Physiothérapie en Gynécologie, où j'en posais pour la première fois les premières assises.

Technique. — Qu'il s'agisse de fistules recto-vaginales, vésico-vaginales, tubo-vaginales (en général douglassite fistulisée), entéro-pariétales, etc., la technique est la même :

Un tube de 6 milligrammes de radium-élément filtré à 1 millimètre 5 de platine, sans filtre secondaire d'aluminium, mais entouré d'un rouleau de gaze d'un centimètre d'épaisseur, est placé en regard de l'orifice cutané ou muqueux de la fistule pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant les dimensions de l'orifice fistuleux et la profondeur du trajet, le nombre de millicuries détruits devant être proportionnel à la distance de l'organe malade au plan muqueux ou cutané, sur lequel on applique le radium.

Dans un cas de fistule particulièrement grave recto-vaginale, où un orifice des dimensions d'une pièce de cinquante centimes faisait communiquer le rectum et la face postérieure du vagin, à hauteur du cul-de-sac postérieur, à la suite de la chute d'une escarre de la paroi recto-vaginale consécutive à une gangrène (très rare) du rectum, chez une malade diabétique, j'ai appliqué le radium pendant trois jours, détruisant ainsi quatorze millicuries en plein foyer de gangrène au milieu d'un écoulement fétide, qui du rectum suintait constamment dans le vagin. Néanmoins, et grâce surtout à l'injection simultanée de fortes doses sous-cutanées de sérum antigangréneux ainsi qu'à des pansements vaginaux, cette application put être continuée sans infection grave pendant deux jours consécutifs, dut être interrompue vingt-quatre heures et put être reprise un jour encore, amenant à ma grande surprise une guérison complète de la fistule.

Cette dose de 14 millicuries détruits est une dose maxima que je n'ai jamais atteinte depuis ; l'idéal devant consister dans ces cas à employer précisément la dose minima, susceptible de produire ce réveil leucocytaire et conjonctif. J'ai depuis traité par la même méthode quatre cas de fistules entéro-pariétales ; je me suis contenté d'appliquer un tube de 6 milligrammes de radium-élément (50 microcuries-heure) pendant deux jours, ce qui représente 2, 4 millicuries détruits ; cette dose fut suffisante pour voir, une quinzaine de jours après, la fistule se rétrécir et, un mois après, disparaître entièrement, sauf, dans un cas où trois mois après, j'ai dû faire une nouvelle application semblable qui, cette fois, entraîna une guérison définitive, maintenue depuis trois ans. Il s'agissait d'une malade très grave inopérable, présentant une très grosse fistule de la ligne de laparo-

(1) Voir : Docteur G. DANIEL. — Physiothérapie en gynécologie, un volume chez Maloine, 1930. Indications de physiothérapie en chirurgie, un volume, chez Maloine, 1935. Communication à la Société de radiologie du Littoral méditerranéen du 27 novembre 1932.

tomie après Mikuliz appliqué pour hystérectomie pour salpingite et péritonite tuberculeuses. La malade, revue trois ans après, est actuellement complètement guérie. Je peux à cette occasion également signaler un cas de guérison d'une fistule pariétale, après cholécystectomie.

Conclusions :

Du fait de ces indications, si étendues à toutes les fistules gynécologiques, indications évidentes et par la bénignité absolue et les heureux résultats de ce traitement je me permets de conseiller formellement cette technique, sauf peut-être, dans le cas où il persiste de grosses masses inflammatoires pelviennes, sur lesquelles une faible dose de radium appliquée en surface, n'aurait évidemment aucun pouvoir de cicatrisation de la lésion : aussi je propose dans ces cas d'appliquer la rœntgenthérapie des lésions inflammatoires pelviennes, dont l'action est en somme, absolument identique, ce qui me permit dans trois cas d'obtenir la guérison de lésions profondes inflammatoires et avec cicatrisation du trajet fistuleux.

Je profite ainsi de l'occasion pour renouveler ma conviction qu'il est temps de faire appel de l'anathème porté contre la radiothérapie des infections inflammatoires ; car cette méthode nous donne des résultats de plus en plus brillants dans ces cas, ce qui est d'ailleurs la raison majeure de son action dans les trajets fistuleux ; mais les doses de rayons X doivent être très faibles.

Quelques observations de Piffault, de Ménard et Foubert mentionnent des guérisons de fistules par l'application des rayons ultra-violets ; il ne semble pas s'agir de cas graves, comme ceux que nous avons traités, car les ultra-violets n'ont donné aucun résultat dans le cas déjà cité de récidive nécessitant ensuite une deuxième application de curiethérapie qui vint à bout définitivement de la fistule.

Nous croyons que les ultra-violets ne peuvent guérir que les trajets fistuleux de surface et d'origine tuberculeuse.

Je dois ajouter que pour les fistules anales pour des questions de commodité technique je préfère employer les rayons X que de recourir à ces applications locales de radium ; mais ceci n'enlève rien à mes yeux de l'importance du traitement des fistules de toutes les autres régions par le radium.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1935

Occlusion intestinale par calcul non biliaire. — *M. Moulonguet* rapporte une communication de *M. Ho-Dac Di* (Hanoi) opérant pour un tableau d'iléus biliaire, l'auteur découvrit comme agent d'occlusion un entérolithe.

Un cas de torsion traumatique des annexes saines. — *M. Picot* communique des observations de *MM. Charbonnier* et *Brandt* où la pathogénie traumatique de la lésion semble nette.

A ce propos, ils rappellent le tableau habituel des torsions d'annexes : douleurs par crises, péritonisme surtout pelvien, masse douloureuse dans le Douglas.

M. R. Ch. Monod pense qu'il est grave au point de vue médico-légal d'admettre sûrement cette pathogénie traumatique à laquelle se rallie cependant M. Picot.

Kyste de l'ovaire s'évacuant par la trompe. — *M. Gosset* apporte une observation de *MM. Ivan Bertrand, Funck Brentano* et *Ledoux-Lebard*, observation concernant une femme atteinte d'une hydrorrhée abondante, répétée, prise pour des pertes urinaires, et qui était due en réalité comme l'ont montré l'intervention, le lipiodol et l'examen histologique, à l'évacuation d'un kyste de l'ovaire dans la trompe.

Algies paludéennes simulant l'appendicite aiguë. — *M. Goinard (rapport de M. Huet)* apporte un certain nombre de cas de syndromes appendiculaires, qui correspondaient en réalité à des algies paludéennes. Il cherche les différences entre les deux affections et attribue une grande importance à l'examen de sang qui, dans le cas de paludisme révèle une leucopénie avec parfois présence de parasites.

M. Oudard (Marine) insiste sur la discordance entre l'élévation thermique à 40° et le syndrome appendiculaire relevé.

Fracture pertrochantérienne du fémur avec luxation de la hanche. — *M. Cadenat* présente une observation de *M. Patel*. Cette exceptionnelle lésion fut traitée par reposition sanglante de la tête et cerclage de la fracture pertrochantérienne.

Les suites ont un pronostic assombri par la naissance de nombreux ostéophytes au niveau des parties ligamenteuses déchirées.

Du rôle des diverticules du duodénum dans l'étiologie de certaines pancréatites chroniques. — *MM. Moure* et *Mialaret* apportent deux observations de diverticules duodénaux, discutent des interventions à pratiquer et de leurs résultats éloignés.

M. Cunéo rappelle que les véritables diverticules duodénaux sont des hernies de la muqueuse à travers une effraction de la musculeuse.

M. Baumgartner apporte un cas d'ictère chronique à variations chez un malade qui présentait un diverticule du duodénum situé en pleine tête du pancréas.

M. Soupault a opéré deux cas de diverticules duodénaux de D² intrapancréatiques, nettement muqueux, qu'il traita par invagination.

Greffes nerveuses au moyen de moelles animales. — *MM. Gosset* et *Ivan Bertrand* montrent par l'étude d'une série de coupes histologiques, la parfaite régénération nerveuse obtenue par les greffes de moelles animales.

M. Auvray a greffé un segment de sciatique humain pour une perte de substance du cubital. Il n'y eut pas de résultat, et ceci confirme les échecs habituels des anciennes techniques.

M. Moure a réalisé également une greffe humaine pour le médian, sans résultat (greffe vivante prise sur un membre amputé peu de temps avant, comme dans le cas précédent.

M. Cunéo insiste sur le fait qu'avec des lambeaux de nerfs humains, il a eu de bons résultats, mais toujours sur les mêmes nerfs, radial par exemple. Il estime que l'avantage de l'emploi de la moelle est l'existence de sa gaîne dure-mérienne qui conduit les cylindraxes et les maintient.

M. Gosset pense qu'on peut encore améliorer le résultat en gardant un peu plus de dure-mère que de greffe, pour pouvoir en gaîner les fragments nerveux supérieur et inférieur.

CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juin 1935

Un cas de maladie de Besnier-Boeck à forme ostéoganglionnaire. Recherches concernant son étiologie. — *MM. R.-J. Weissenbach* et *M. Kaplan* présentent une jeune malade de 13 ans, atteinte de maladie de Besnier-Boeck. Cliniquement l'affection se traduit par une déformation en fuseau de quelques segments phalangiens des mains et par une polyadénopathie généralisée, frappant plus spécialement les ganglions épitrochléens.

Les radiographies décèlent au niveau du squelette des mains et des pieds les altérations habituelles caractéristiques de l'affection.

Les auteurs ont fait chez leur malade toute une série de recherches concernant l'étiologie et tout particulièrement les rapports de l'affection avec la tuberculose : cuti-réaction à la tuberculine humaine et aviaire, intradermo-réactions à la tuberculine humaine et à l'ultra-virus tuberculeux chauffé, épreuve à l'injection sous-cutanée d'allergine, réactions de


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex - PARIS-4


PRIMUM NON NOCERE

fixation aux antigènes tuberculeux par les méthodes de Besredka, Goldenberg, Bocquet et Nègre, vitesse de sédimentation globulaire, réaction de floculation de Vernes à la résorcine. Les résultats de ces recherches, tout en ne permettant pas de conclusion définitive, ne sont pas dans leur ensemble en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection chez ce malade.

Angine de poitrine opérée et guérie depuis trois ans. — ***MM. Godard*** et ***Moussoir*** relatent un cas d'angine de poitrine hyperalgique opéré par la méthode de Danielopolu mais sans résection du sympathique. Le résultat, acquis depuis trois ans, est excellent.

Sur un cas de maladie de Cushing. — *MM. M. Garnier, J. Chabrun* et *R. Fasquelle Saint Yves Ménard* ont observé une malade qui présentait presque tous les signes par Cushing au cours de l'hyperplasie basophile de l'hypophyse. Cette femme était obèse, diabétique, hypertendue, aménorrhéique. Ses téguments étaient couverts de vergetures rougeâtres extrêmement nombreuses. Son métabolisme basal était légèrement augmenté ainsi que le taux de la cholestérolémie. Par contre, la malade n'avait aucune hypertrichose, aucune érythrémie, aucune anomalie osseuse. La recherche des hormones sexuelles d'origine hypophysaire a été négative dans les urines. Les auteurs admettent, chez leur malade, la possibilité d'un adénome basophile de l'hypophyse.

M. Haguenau se demande si les symptômes présentés par cette malade permettent bien d'affirmer un syndrome de Cushing. En effet, la rougeur congestive si particulière à cet état, l'obésité, l'hypertrichose et les lésions osseuses font défaut.

Particularités d'un certain nombre de cas d'érythème noueux. — *MM. R. Debré, Julien Marie, R. Broca* et *Jean Bernard* ont eu l'occasion d'observer en peu de temps dix-huit cas d'érythème noueux chez des enfants qui leur ont permis de dégager quelques faits cliniques et biologiques intéressants :

1° Du point de vue clinique, ils attirent l'attention sur la rapidité d'apparition et surtout de disparition de certains érythèmes noueux (formes éphémères de l'érythème noueux) ; sur la fréquence de l'association aux éléments noueux d'éléments maculo-papuleux érythémateux qui ont la même signification que les nouures elles-mêmes et qui représentent une sorte de roséole tuberculeuse ; sur la précession ou la concomitance assez fréquente d'une maladie infectieuse aiguë, telle que rhino-pharyngite, angine pultacée, diphtérie, alors que l'érythème noueux est cependant d'origine tuberculeuse, comme le démontrent la sensibilité à la tuberculine, l'aspect radiologique du poumon, les ensemencements du sang, des nouures ou du suc gastrique.

2° Du point de vue histologique, les biopsies ont confirmé les notions classiques et il est impossible, d'après le seul examen microscopique, d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse.

3° Du point de vue biologique, la constatation de cuti-réactions négatives n'autorise jamais à nier l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux. Le plus souvent, lorsque la cuti-réaction est encore négative, l'intradermo-réaction est déjà positive au dixième de milligramme. Parfois, il faut pousser la dose jusqu'au centigramme. Si les intradermo-réactions, même à ces doses, demeurent négatives, on ne peut pas encore infirmer la nature tuberculeuse de l'érythème noueux ; il faut réexaminer les malades pendant les mois qui suivent, répéter les réactions tuberculiniques, réitérer les examens radiographiques. Plus ou moins rapidement, on assiste à l'installation de l'allergie et même à l'apparition du foyer pulmonaire initial. Ainsi un certain nombre d'érythèmes noueux d'origine tuberculeuse ont pour caractéristique de devancer de plusieurs semaines l'apparition de la sensibilité à la tuberculine.

4° La preuve de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux peut être fournie bactériologiquement, soit par la culture des crachats ou du liquide gastrique, soit par la culture du sang, soit par l'inoculation des nouures. Le fait que plusieurs de ces examens sont simultanément positifs chez le même sujet prouve la dissémination des bacilles de Koch dans l'organisme, en particulier leur présence simultanée dans le sang et les nouures.

M. Rist a pu voir également un cas d'érythème noueux fugace dans lequel l'éruption ne dura que trois jours. Il rappelle que l'érythème noueux n'est pas pathognomonique d'une primo-infection et qu'il peut se voir chez des tuberculeux avérés.

M. Comby estime que les réactions négatives rapportées permettent de jeter un doute sur la nature tuberculeuse de l'érythème noueux ; il pense qu'il n'est pas de nature tuberculeuse bien qu'il se rencontre avec une extrême fréquence chez les tuberculeux.

M. Brûlé relate un cas venant à l'appui des constatations de M. Debré

Un enfant robuste présente successivement des éléments d'érythème noueux fugaces, un foyer à la base gauche du poumon avec complexe pulmonaire primaire typique ; la cuti-réaction négative est suivie huit jours après d'une intra-dermo-réaction positive ; quinze jours après, une deuxième cuti-réaction est encore négative. Actuellement, le foyer pulmonaire a disparu et l'enfant est fort bien portant.

M. Lesné a remarqué que l'érythème noueux est plus fréquent dans la classe pauvre que dans la classe aisée. Quand la cuti-réaction est positive, il ne faut pas pratiquer d'intra-dermo-réaction qui pourrait faire escarre. Les cas frustes et fugaces d'érythème noueux, la présence de macules à côté des nodosités s'observent assez souvent.

MM. Marcel Lelong et *Gavois* insistent sur les formes maculeuses de l'affection, sur l'intérêt d'un groupement nosologique constitué par l'érythème noueux, la fièvre à type de typho-bacillose, la conjonctivite phlycténulaire, les arthralgies, l'image radiologique du complexe primaire caractérisant la phase précoce de l'invasion tuberculeuse est retrouvé chez un de leurs malades. Dans trois cas, le bacille de Koch a pu être mis en évidence.

Erythème noueux à forme rhumatismale avec forte présomption de tuberculose. — *M. O. Railliet* (Reims).

Syndrome de sclérose en plaques post-sérothérapique avec accidents sériques cataméniaux à répétition. — *MM. Monier-Vinard, de Font-Réaulx, Soulignac* et *Tsocanakis*.

La fièvre typhoïde chez l'homme splénectomisé. — *MM. Mironesco* et *Trifu* (Bucarest).

Tumeur paravertébrale située à la base du poumon, se propageant à la moelle correspondante. — *MM. Urechia* et *Dragonier* (Cluj).

Spondylite cervicale infectieuse après un furoncle de la face et un érysipèle de la jambe. — *MM. Urechia* et *Dragonier* (Cluj).

Séance du 14 juin 1935

Hémiplégie gauche accompagnée, chez un droitier, de signes cliniques d'aphasie avec grosse prédominance d'agraphie. Ramollissement du corps calleux. — *MM. M. Duvoir, J. Périsson* et *Ivan Bertrand* rapportent l'observation d'un ancien instituteur, âgé de 68 ans, incontestablement droitier, qui fut atteint d'hémiplégie gauche accompagnée de signes cliniques d'aphasie avec grosse prédominance d'agraphie. L'autopsie montra un ramollissement très étendu du corps calleux par thrombose de la cérébrale antérieure droite.

L'existence du ramollissement à l'hémisphère droit explique facilement l'hémiplégie gauche et seuls les signes cliniques d'aphasie peuvent prêter à discussion.

Après avoir indiqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait s'agir d'apraxie, les auteurs concluent qu'en présence d'une hémiplégie gauche s'accompagnant d'aphasie, on ne saurait sur la seule clinique conclure à une transposition du centre du langage et que, surtout s'il y a une prédominance d'agraphie, on doit envisager la possibilité d'une lésion du corps calleux.

L'abestose pulmonaire. — *Sir Thomas Oliver* (Newcastle) fait l'étude anatomo-pathologique de l'asbestose pulmonaire qui s'observe chez les ouvriers inhalant des poussières d'amiante. Il discute les rapports de l'affection avec la tuberculose.

Pullulation streptococcique dans la moelle osseuse dans deux cas d'agranulocytose avec anémie. — *MM. A. Lemierre, A. Laporte, H. Brocard* et *P. Frumusan* rapportent l'observation de deux malades atteints d'agranulocytose avec anémie aplastique chez lesquels l'examen histologique de la moelle osseuse post-mortem a permis de découvrir de

nombreux amas de streptocoques visibles à l'examen direct. Les auteurs ont pu chez les sujets n'ayant pas présenté d'état septicémique avant la mort, la moelle osseuse prelevée à l'autopsie demeure stérile. Chez sept sujets ayant succombé à des septicémies à streptocoque, à staphylocoque, à pneumocoque, ils ont vu qu'on peut déceler post-mortem l'agent de la septicémie dans la moelle osseuse par la culture mais jamais à l'examen direct. La présence d'amas microbiens directement constatables dans la moelle osseuse des deux sujets atteints d'agranulocytose est donc un fait digne de retenir l'attention. On peut se demander si la pullulation des germes dans la moelle osseuse, en raison de l'action nocive qu'elle a exercée sur ce tissu n'a pas été la cause initiale de l'agranulocytose et de l'anémie.

Septicémie polymicrobienne post-partum avec abcès du poumon. — *MM. A. Lemierre, A. Laporte* et *P. Trumasan* rapportent l'observation d une femme de 27 ans qui, à la suite d'un accouchement provoqué dans des conditions septiques, présenta un état infectieux grave avec anémie intense. Au cours de cet état infectieux, les hemocultures pratiquées à des époques différentes donnèrent successivement les germes suivants : 1° un *staphylocoque doré*, retrouvé ultérieurement dans le pus d'un abcès sous-cutané développé spontanément : 2° un *streptocoque hémolytique* ; 3° un *streptocoque non hémolytique* associé à un *bacille anaérobie* gram-négatif indéterminé ; 4° à deux reprises, un *streptocoque hémolytique* associé au même *bacille anaérobie* ; 5° un *bacille paratyphique B.*

Le quarantième jour de la maladie apparut un foyer pulmonaire droit bientôt compliqué d'un épanchement pleural séro-fibrineux d'où l'on isola un *bacille pyocyanique*. Cet épanchement disparut rapidement ; puis un abcès pulmonaire, à pus fétide, mais non putride, polymicrobien, s'évacua par vomique. Enfin, au voisinage de cet abcès se développa un épanchement pleural hydroaérique.

Malgré la gravité de l'état septicémique et des complications la guérison est survenue spontanément après une évolution de trois mois. L'examen radiographique a montré la disparition complète des lésions pulmonaires.

Ce fait de septicémie puerpérale polymicrobienne est probablement unique dans la littérature médicale.

Images ganglionnaires sus-bronchiques exceptionnelles avant et après traitement par le séro-médicament L. T. — *M. H. Dufour.*

MM. A. Ravina, J. Haguenau et *Faulong* rapportent l'observation d'une malade presentant une hémianesthésie alterne avec atteinte du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique et du spinal. Il s'agit, en somme, d'un cas de syndrome de Wallenberg, un peu particulier cependant puisqu'il n'y a pas, chez cette malade, de symptômes cérébelleux. La particularité sur laquelle les auteurs insistent, c'est l'intensité des douleurs, tant homo-latérales du côté de la face, qu'hétéro-latérales du côté du corps.

Le caractère un peu particulier de la névralgie faciale — bien qu'il se soit agi d'une névralgie faciale secondaire — a incité les auteurs à pratiquer une alcoolisation des branches périphériques du trijumeau, laquelle a été suivie de guérison de la nevralgie faciale. A ce sujet, les auteurs tirent quelques déductions concernant la pathogénie de la névralgie faciale et la possibilité d'agir par voie périphérique sur les douleurs d'origine centrale.

Fragilité osseuse congénitale à type dysplasie périostale ou ostéogénèse imparfaite. — *M. Robert Clément* et *Mlle M. Barnaud* et *S. Lyon* presentent un enfant chez qui l'on a constaté à la naissance le syndrome décrit sous ces trois appellations, caractérisé par le nanisme avec micromélie, l'état membraneux du crâne, les fractures multiples, l'aspect grêle et transparent de tout le squelette, les sclérotiques bleu ardoisé. Comme il est de règle, les fractures se sont réparées rapidement, mais récidivent au moindre traumatisme. Au lieu de succomber en quelques mois, comme cela se produit généralement, l'enfant a survécu, mais il reste un nain micromèle : à 17 mois, il mesure 55 centimètres et pèse 6 kgr. 900.

Il faut noter la coexistence de signes de spasmophilie, le taux plutôt élevé du calcium et du phosphore sanguins, celui très augmenté des phosphatases du sérum, la déficience hypophysaire indiquée par l'interférométrie.

Fragilité osseuse congénitale à type maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose. — *M. Robert Clément* montre qu'à l'observation précédente, on peut opposer celle d'une fillette ayant présenté des fractures multiples, constatées dès la naissance, de nombreuses luxations, un squelette grêle et transparent et des sclérotiques bleues, mais dont la croissance est normale (à 3 ans, 95 centimetres) et les membres longs.

Si ces différences dans la symptomatologie et le pronostic sont suffisantes pour justifier en clinique la distinction entre les deux syndromes de fragilité osseuse congénitale, ceux-ci sont cependant assez voisins.

L'aspect clinique différent peut s'expliquer soit par l'époque de l'atteinte fœtale, soit par l'intensité ou l'extension d'un même processus pathologique, que nous ignorons d'ailleurs, soit par l'association ou la combinaison de plusieurs troubles fonctionnels ou humoraux.

Deux kala azar de l'adulte à évolution chronique. — *M. Jean Pieri* (Marseille) relate ces deux cas par le détail. Il s'agissait de formes hépato spléniques en présence desquelles pendant plusieurs années divers médecins avaient porté le diagnostic de cirrhose ou de syphilis hépato-splénique. La ponction de la rate permit d'affirmer le diagnostic. L'uréastibamine s'est montrée la plus active de toutes les médications amtinoniales. La prophylaxie doit viser la lutte contre les phlébotomes.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un cas de delirium tremens provoqué chez un alcoolique chronique par une injection de novarsénobenzol

Un sujet d'une trentaine d'années, éthylique, est traité au novar pour une syphilis datant de 4 ans. Un accès de delirium tremens typique apparaît à la troisième injection d'une dernière série de piqûres de novar.

L'accès fut jugulé en deux jours. M. Tinel qui a rapporté ce cas à la Société médico-psychologique (11 avril 1935) incrimine comme facteur pathogénique essentiel le choc nitritoïde, qui, en libérant les produits toxiques alcooliques accumulés, amena la confusion mentale suraiguë.

Grande poussée d'urticaire généralisée au cours d'une injection de novarsénobenzol

Chez un syphilitique de 21 ans, M. R. Glaser (*R. derm. de Strasbourg*, 10 mars 1935) a observé lors d'une première injection de novar de 0 gr. 45, une urticaire généralisée, survenant au cours de l'injection et durant une demie heure.

Démence consécutive à une vaccination antivariolique

MM. Heuyer et Mme Roudinesco ont rapporté à la Société médico-psychologique (11 avril 1935), le cas d'une femme âgée de 35 ans qui, à la suite d'une vaccination antivariolique, pratiquée alors qu'elle avait 28 ans, présenta un affaiblissement intellectuel lentement progressif et aujourd'hui global portant surtout sur la mémoire et le jugement, moins sur l'affectivité. Le syndrome qui n'est ni de la paralysie générale, ni de la démence précoce, a évolué à bas bruit sans les signes aigus de l'encéphalite vaccinale ordinaire.

Syndrome de Landry post-vaccinothérapique

Un sujet atteint de broncho-pneumonie, à la suite de trois injections de broncho-pneumo-vaccin, a présenté une réaction vaccinale compliquée de paralysie flasque des membres inférieurs. En trois semaines, l'atteinte névritique devint ascendante et après une régression transitoire, emporta le malade par localisation bulbaire. (J. OLMER et J. PAILLAS. — *S. de méd. de Marseille*, 20 février 1935.)

Spécificité du sulfarsénol dans diverses streptococcies

Une angine streptococcique pure a cédé, en moins de 48 heures, à une seule injection sous-cutanée de 12 centigrammes de sulfarsénol, pratiquée au deuxième jour de l'angine. M. Ch. Borde (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, février-mars 1935) estime que le sulfarsénol, qu'il considère comme spécifique de l'érysipèle, agit sur toutes les races de streptocoques.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Le Docteur Albert Terson. — De M. Rochon-Duvigneau (*Journal des Praticiens*, 22 juin 1935), cette notice émue, où il signale la disparition brutale d'un homme qui a honoré l'ophtalmologie française :

« Le Docteur Albert Terson, ophtalmologiste éminent, collaborateur de ce journal, a été tué par un taxi, sur l'Avenue des Champs-Elysées, dans l'après-midi du dimanche de la Pentecôte. Happé par son vêtement, il a été traîné quinze mètres avant que la voiture s'arrêtât. Le crâne fracturé, il est mort trois heures plus tard. Le chauffeur était un Russe. Il paraît que les étrangers coûtent moins cher que les Français aux compagnies de transport. Economique d'abord, n'est-ce pas !

« Ophtalmologiste éminent, ai-je dit, clinicien et thérapeute de premier ordre, chirurgien ingénieux et novateur, mais avant tout écrivain de race, historien de l'ophtalmologie, érudit et linguiste, esprit vigoureux, homme de bon sens et de caractère et de sévère honnêteté, Terson, au taux actuel des honneurs et des places eût dû être commandeur de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, etc... Mais, d'une indépendance farouche, il avait, après l'internat des hôpitaux et le clinicat de la Faculté, méprisé tous les concours, lui dont la parole élégante, la plume alerte, la verve et l'érudition précoce eussent fait un concurrent redoutable.

« Il ne rechercha jamais les honneurs. En France, il faut un peu faire le trottoir, s'offrir... et Terson ne s'offrant pas on ne lui a jamais rien offert. Il est mort sans ce bout de ruban rouge, banalisé par sa fréquence, mais qu'il eût, lui honoré en le portant.

« S'il y avait, dans l'au delà, révision, « jugement dernier », reclassement des valeurs, Terson reparaîtrait dans la haute situation que notre temps n'a pas su lui faire. »

Médecine hitlerienne. — *Voici d'après* LE COURRIER DES CONFÉRENCES *du 24 mai. (Le numéro, 2 francs, 60, avenue de la Bourdonnais), un extrait de la conférence de M. Paul Langevin sur* LA SCIENCE ET LE FASCISME :

« Pour la médecine, généralement, on introduit de plus en plus la *technique* scientifique, l'*attitude* scientifique dans cette science, et nul n'ignore les résultats magnifiques de la méthode expérimentale de Claude Bernard. Mais en Allemagne hitlérienne, il y a une modification complète de cette conception. Il existe là-bas, comme ici, des « guérisseurs », des « rebouteux » qui, jusqu'ici n'avaient pas le droit d'exercer la médecine. Or, l'attitude prise en Allemagne de faire confiance plutôt à l'Instinct qu'à la Raison a conduit à donner aux rebouteux (*Heilpraktiker*), une situation médicale régulière. Dans l'acte qui a décidé de la constitution d'une organisation du *Heilpraktiker* (praticiens de la santé) il est déclaré que les médecins ne doivent pas écouter « la logique juive marxiste », c'est-à-dire Wassermann Ehrlich, etc., mais la *voix du sang* qui guide les rebouteux. Au Congrès de ces derniers, une délégation de médecins nazis est venue leur apporter la bénédiction des médecins scientifiques en même temps que leurs excuses : « Le Corps médical, ont-ils dit, s'est libéré du parti pris du passé, et ce sont les médecins national-socialistes qui tendent la main aux camarades *Heilpraktiker*... Les plus grands ennemis du rebouteux étaient les médecins juifs. En 1925, on interdit aux rebouteux, le traitement des maladies sexuelles et des maladies des femmes. Maintenant dans le III[e] Reich, la situation des *Heilpraktiker* est à nouveau réglée ».

Là encore, on retrouve la ligne générale du fascisme : retour à l'instinct, volonté d'arrêter le développement de la raison ».

La folie de Maupassant. — Henri Cazalis — le poète Jean Lahor — fut le médecin de Maupassant et, dans ses papiers, qui passent en vente à la fin de ce mois-ci, M. Pierre Cornuau a retrouvé toute une correspondance qui forme le plus poignant des documents sur cette maladie qui devait conduire l'ancien filleul de Flaubert à la folie...

Voici une carte datée de 1888 : « *Je vous assure que je perds la tête. Je deviens fou. J'ai passé la soirée, hier, chez la princesse Mathilde, cherchant mes mots, ne pouvant plus parler, perdant la mémoire de tout. Je suis rentré me coucher, et la sensation de dé-*

resse de ma pensée me tient debout... Je marche de long en large... Il faut trouver la cause de cela...».

Un peu plus tard, la crise est revenue : « *Je suis tout à fait malade. Je n'y vois plus du tout. Je ne puis pas écrire parce que je ne suis plus maître de mes mots. Ma plume en écrit d'autres...* ».

Voici une lettre de 1891 : « *Mon état de détresse mentale, cette impossibilité de me servir de mes yeux, et un malaise physique de cause inconnue, mais intolérable, font de moi un martyr...* »

Et une autre :

« *Je suis absolument perdu. Je suis même à l'agonie, j'ai un ramollissement du cerveau, venu des lavages que j'ai faits avec de l'eau salée dans mes fosses nasales. Il s'est produit dans le cerveau, une fermentation de sel, et toutes les nuits mon cerveau me coule par le nez et la bouche en une pâte gluante... C'est la mort imminente, et je suis fou. Ma tête bat la campagne. Adieu, ami, vous ne me reverrez pas.* »

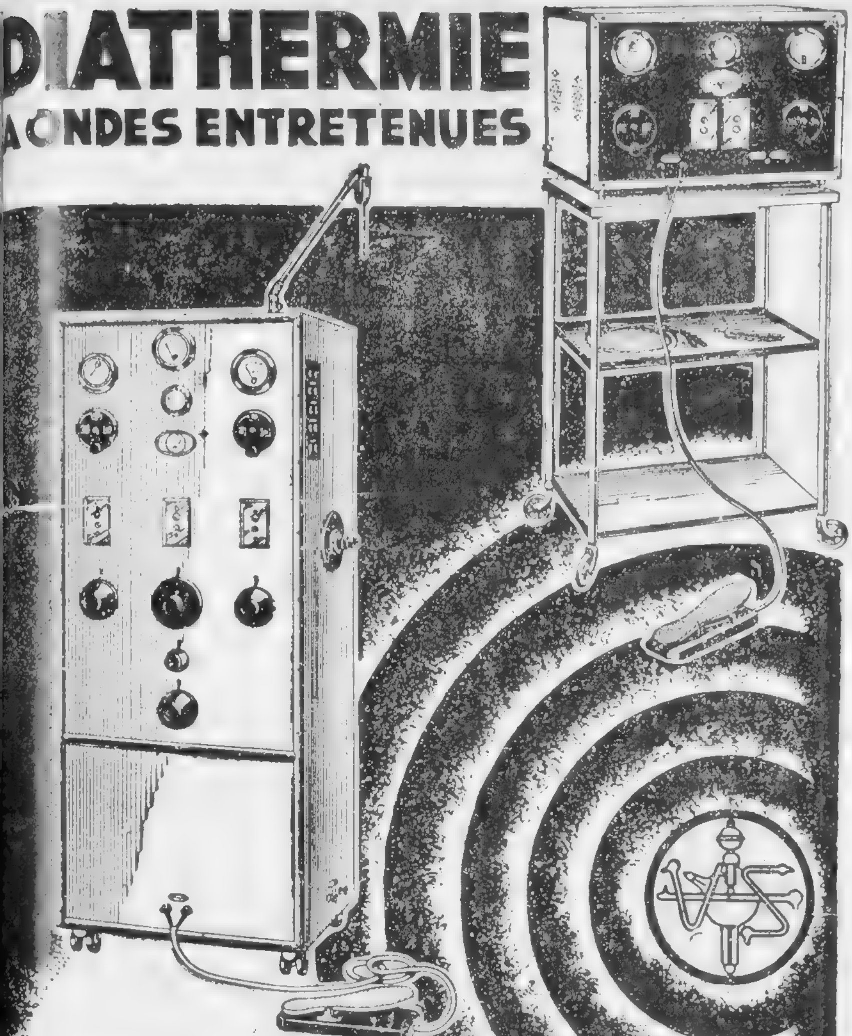
Les rapports du professeur et de l'étudiant. — *Détaché d'un article de M. Louis Arnould dans la* Revue des Deux-Mondes (1er juin 1935), *intitulé* : Le Professeur de Faculté :

Un des devoirs du Professeur de Faculté, c'est de s'intéresser à la vie de l'étudiant, à toute sa vie, non seulement à sa vie intellectuelle, mais à sa vie matérielle et morale, et nous nous estimons aux antipodes de quelques jeunes collègues qui s'interdisent, soi-disant « par discrétion » de demander de ses nouvelles à un étudiant qu'ils savent sortir d'une grave maladie. Ceux-là se réduisent à être de simples phonographes intellectuels, répétant tel ou tel exposé d'idées selon la succession des disques. Nous avouons posséder du métier une conception autrement humaine.

Il faut d'abord ne pas pratiquer par dilettantisme ce mal qui peut se dénommer la phobie du jugement moral. Nous devons reconnaître que l'Université de France a une admirable maîtrise, — sous la réserve que nous avons faite, — pour l'enseignement intellectuel, mais qu'elle fait en général médiocre figure pour ce qui est de la formation morale. Trop souvent, un professeur tremble d'indiquer la moindre préférence morale, ce qui est faire inconsciemment le plus grand tort à cette jeunesse incertaine, frémissante de se créer ses idées personnelles et, avant tout occupée, à cet âge, à prendre le contrepied des traditions familiales et du bon sens des ancêtres. Le Professeur d'Université faillira nettement à son devoir s'il n'établit des plans entre les diverses idées, s'il expose de la même façon les idées de Rabelais, de Montaigne, de Bossuet, de Pascal, de Montesquieu, de Voltaire, de Rousseau, de Joseph de Maistre, d'Anatole France et de Paul Bourget, sans indiquer en une brève conclusion, la valeur morale et sociale, très différente, des unes et des autres, et il lui faudra, sans faire la moindre prédication, raconter différemment la vie morale d'un Villon ou d'un Verlaine et celle d'un Taine ou d'un Corneille.

Plongée dans une parfaite anarchie intellectuelle et morale, la jeunesse est, avant tout, avide de se former un idéal, sachant très bien qu'une existence qui en est dépourvue est bien pauvre, et elle vient à l'Université, sans s'en rendre compte toujours, en grande partie pour cela. Il faut avouer qu'elle est très souvent déçue ; aussi, lorsque tel ou tel de nos étudiants, poussé par une sympathie et une confiance touchantes, vient nous demander en particulier de l'aider dans ce travail si foncier et si délicat, notre premier devoir est de le secourir largement, en lui donnant, cette fois notre temps sans compter. Il vaudra mieux pour chacun de nous à la fin de notre vie, avoir publié quelques « notes » ou quelques articles, voire même un ou deux livres de moins et avoir aidé un certain nombre d'âmes de jeunes à se trouver définitivement et à cheminer d'un pas assuré pour toute leur vie. Par là, nous communiquons en plein avec la vie spirituelle de l'humanité. C'est là notre plus beau titre : qu'il le veuille ou non, et le tout est de ne pas déserter sur ce point, le professeur de Faculté est impérieusement appelé dans bien des cas à devenir un guide des âmes et des consciences.

Pour cela, toutes les occasions sont à saisir d'un rapprochement entre maîtres et élèves, et il semble bien que ce rappro-





chement s'accuse en ce moment, la liaison continuant à se faire entre professeurs et étudiants, surtout dans les facultés de province.

Les excursions littéraires, historiques, géographiques et archéologiques se multiplient à l'exemple des promenades botaniques et géologiques qui se pratiquaient depuis longtemps dans les Facultés des sciences. Nous connaissons un maître qui, au lendemain de sa titularisation, eut l'idée très simple d'inviter ses étudiants à venir chez lui, un jour par semaine, pour participer pendant deux heures à une simple et gaie soirée de famille. L'idée répondait si bien aux besoins des étudiants, dont le grand mal est, on ne le dira jamais trop, *l'isolement*, que l'institution dura trente-six ans, jusqu'au jour de la retraite, et que chaque semaine dix, vingt ou trente étudiants se rendirent chez leur professeur; celui-ci, dans la liberté familière de ces réunions, connut en quelques semaines ses étudiants beaucoup mieux qu'il ne le faisait auparavant, en toute une année de Faculté, et il put appliquer à chacun d'eux une direction individuelle. Tout le monde y gagna parce que l'enseignement, toujours et nécessairement un peu empreint de pédantisme, tendait à se muer ainsi dans le plus pur des sentiments de la vie humaine, l'amitié.

La démolition de la Charité à Lyon. — *Dans le* LYON RÉPUBLICAIN (12 juin 1935), *M. Anthelme Thibault demande que le portail au pélican soit conservé* :

On pouvait encore voir ces jours derniers, rue de la Charité, un des derniers vestiges de ce qui fut la chapelle de l'Aumône Générale ou N.-D. de la Charité : le Portail au pélican.

Le joli motif allégorique dont s'orne son tympan est l'œuvre du maître sculpteur Nicolas Lefebvre. Il date de 1666.

D'après la légende, le pélican se déchire la poitrine pour nourrir ses petits. Il était, dans l'antiquité et au moyen-âge, le symbole même de la charité et de l'amour de ses semblables.

Si vraiment le beffroi, toujours debout, doit subsister, ce qui serait souhaitable pour l'harmonie de ce joli coin de la place Bellecour, pourquoi ne conserverait-on pas ce portail en le reportant contre la face ouest de la base du clocher, une fois dégagée ?

. . . .

Et j'ai lu aussi, avec émotion parfois, la belle œuvre consacrée à l' « Histoire de l'Hôpital de la Charité de Lyon » sous la direction et avec la collaboration de M. le Docteur Carle, administrateur-directeur : de MM. Delore, président : Aug. Croze, Docteur P. Trillat, Em. Déléage, Marcel Colly.

« De toutes nos institutions, écrit le Docteur Carle, celle de « l'Aumône générale, continuée par N.-D. de la Charité, fut la « plus lyonnaise, dans son origine, dans son fonctionnement.

« L'histoire de cet hospice devenu hôpital est intimement « liée à celle de notre ville, où il apparaît chaque fois, à l'heure « des famines, des pestes et des calamités publiques.

« ...Aucun monument ne semblait, il y a trois ans, plus in- « dissolublement attaché à ce coin de Bellecour où sa place pa- « raissait marquée pour l'éternité... De tout ce passé, il ne res- « tera rien... Alors que nos petits-neveux pourront encore « fouiller les ruines romaines de Fourvière ou imaginer les splen- « deurs de l'Hôtel de Gadagne, la Charité successivement effacée « de nos quais, de nos places, de notre sol, n'évoquera dans leur « mémoire qu'une obscure et lointaine image. »

La première pierre de l'Hospice de la Charité fut posée en 1617. Nous souhaitons sincèrement que l'an 1935 ne voie par l'enlèvement de sa dernière pierre et que les archéologues de France qui vont se réunir en congrès ce mois-ci à Lyon puissent voir autre chose que des démolitions de ses vieux monuments ! La ville de Lyon voudra certainement montrer en cette circonstance qu'elle aussi a le culte des choses du passé et je souhaite pour ma part voir conservé définitivement le clocher de la Charité ainsi que le portail sur pélican, dernier vestige de sa chapelle.

Je signalais, à cette place même, il y a quelque temps, l'heure fatidique 2 h. 52 que marquait l'horloge de son beffroi comme pour protester contre la disparition de sa chapelle. Des initiatives pieuses auxquelles je rends hommage ont voulu me faire mentir. Et grâce à elles, les heures ont recommencé à tinter joyeusement dans le joli campanile. Exprimons ici le vœu qu'elles tintent encore longtemps et que ce ne sont pas comme un glas annonciateur de sa mort.

CHEMIN DE FER DU NORD

Visitez les forêts de Compiègne et de Villers-Cotterêts
Billets d'excursion du dimanche à destination facultative.

En vue de favoriser les excursions dans les forêts de Compiègne et de Villers Cotterêts, la Compagnie du Chemin de fer du Nord délivre jusqu'au dernier dimanche d'octobre des billets du dimanche à « destination facultative ».

Ces billets à prix réduits permettent aux touristes partant de Paris-Nord ou de certaines gares de la banlieue nord de descendre à la station de leur choix parmi celles indiquées.

Au retour les voyageurs peuvent reprendre le train à l'une quelconque de ces stations pour revenir à leur point de départ.

Les billets de l'espèce peuvent être utilisés indifféremment par l'itinéraire de Creil ou celui d'Ormoy-Villers, avec faculté de passer par Paris à l'aller et au retour.

Leur prix est uniformément de 25 francs en 3e classe, 40 francs en 2e classe et 50 francs en 1re classe (demi-tarif pour les enfants de 3 à 7 ans).

Pour la liste des gares de départ de destination, consulter les affiches spéciales ou téléphoner à Trudaine 70.00.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 27 LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 JUILLET 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— 1er juillet. — M. ELMAN. La néphrite hypertensive passagère. — M. WOLF-GLEJZOR. Néphrite mercurielle à évolution prolongée. — M. GULMAN. Les purgatifs par déséquilibre alimentaire. — M. Lavergne. Les anesthésies prolongées en médecine interne. — ROTHÉA. L'Alphadinitrophénol 1-2-4 accélérateur des combustions cellulaires. — M. KANTOR. Etude chimique des lymphomatoses aleucémiques et subleucémiques. — M. MAUGENEST. Hyperleucocytose au cours des syndromes agranulocytaires. — M. ANGELINI. Etude des troubles vaso-moteurs du membre supérieur en rapport avec une côte cervicale. — M. GUERRA. Rôle des levures en dermatologie. — M. BOURGUIGNON. Indications de la paralysie diaphragmatique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. COMAR. De la toxicité du Beryllium Glucinium. — M. DEBROISE. Etude des points iso-électriques des protides du sérum.

2 juillet. — M. VILLECHAIZE. La conduite à tenir dans les tumeurs vésicales intéressant la région urétérale. — M. BONNEFOUS. L'urétéro-pyélographie rétrograde (méthode du Professeur Chevassu). — M. FLÉACA. Le propidon en urologie. — M. PETIT. Persistance de l'infection gonococcique de l'urètre due à des cavernes de la prostate. — M. COSTET. De l'extraction de la tête dernière. — M. GILBERT. Extension des indications de la césarienne abdominale. — M. LACOMBE. Données récentes du problème pathogénique des intoxications gravidiques. — M. MOUTHON. Appendicite et grossesse, indications opératoires.— M. SYNAJKO. Etude des flexions avec rotation de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse. — M. DROUET. Etude des rétinites, dans l'éclampsie puerpérale. — M. GALAN. Etude du traitement prophylaxctique des présentations du siège, la version par manœuvres externes. — M. RICHARD. L'anesthésie épidurale hause par voie sacrée dans la césarienne suprasymphysaire. M. CORMÉLIE. Les hémolymphangiomes tubéreux du cuir chevelu. — M. DULGUÉROFF. Accidents buccaux de la chrysothérapie. — M. GABES. Etude de l'étiologie de la stomatite bismuthique. — M. LAFONT. L'intradermoréaction de Frée chez l'enfant. — M. MIRANDA. Traitement de la lèpre par le vaccin de Vaudremer. — M. NÉECH. Etude du traitement du lichen plan par les sels d'or. M. ROUTENSTERN. Descendance des femmes syphilitiques traitées et non traitées. — M. TURPIN-ROTIVAL. Traitement de l'acné par la méthode bi-kinétique. — M. ROCA-TAULER. Etude des zonas bilatéraux. — Mlle VAN BIEMA. — Traitement des angiomes tubéreux par les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée associés à la cryothérapie. — M. CHEVRON. Syndrome pleuro-péritonéal colibacillaire. — M. MOREL. Les sténoses médiogastrique et pylorique par injection de liquides caustiques. — M. OPIN. Etude de la ptose gastrique et sa pathogénie. — M. CHAZAL. Valeur comparée des moyens d'exploration du système nerveux sympathique. — M. CUBIER. Quelques considérations sur la dernière épidémie de grippe à la garnison de Bitche. — M. LESBNE. Etude de l'instabilité thermique en dehors des infections. — SCHARF. Les aliénés migrateurs. — M. PARFUS. Le pneumothorax spontané idiopathique bénin récidivant.

3 juillet. — M. COLLETAS. Réflexions sur la clinique et la radiologie de 117 ulcères duodénaux. — Mlle BERMI. Développement de follicule ovarien humain provoqué par action de complexes hormones dit antéhypophysaire d'origine urinaire. — M. JUDET. Technique, indications et résultats éloignés de la greffe ankylosante du rachis dans le traitement des scolioses. — M. LAVIÉ. Etude des hernies de l'appendice dans le canal inguinal gauche. — M. KORNER. Etude des ostéites tuberculeuses juxta-articulaires du coude chez l'adolescent et l'adulte. — Mme MARCHAND. Etude comparative de l'acide picrique et de l'acide paraintrasalicylique en thérapeutique gynécologique. — M. AUSLENDER. La revision utérine. Pronostic, indications. — M. CATALANPEREZ. Etude des hématomes des capsules surrénales chez le nouveau-né. — M. GRIMBAUM. La maternité consciente. — Mlle LENZ Rosa. Etude de la tension artérielle chez la femme enceinte. — M. PEYRET. Essai statistique et clinique basé sur les observations de 1930 de la maternité de Boucicaut. — M. ROTH. Fonctionnement de la maternité de Saint-Antoine 1934. — M. BERNARD. Etude chronologique de certaines épidémies du début de notre ère à 1900. — M. BREIMAN. — Prévention de la cécité. Risques professionnels. — M. DINGWALL. — Le problème de la nutrition normale par la margarine. — M. El HADDAH. Histoire de la peste en Tunisie (de l'antiquité jusqu'à nos jours. — M. GRINIMS. Etat actuel des vitamines et leurs applications en hygiène. — M. GUÉRIN. Etude sur les tests d'intelligence, de caractère et d'aptitude professionnelle. — M. LANGLOIS. L'école, centre d'hygiène d'une banlieue nouvelle.

4 juillet. — M. MAITRE. Les ulcères de jambe et leur traitement par les opérations sympathiques combinées aux greffes cutanées. — M. HERBERT. Etude sur le cancer du corps thyroïde. — M. KAPANDJI. Le traitement des fistules à l'anus par l'excision suivie de suture complète immédiate. — M. LEGROUX. Essai sur Robert-Louis Stevenson. — M. THIBOUMERY. Fracture de l'apophyse odontoïde et luxation atloïdo-axoïdienne. — M. VARIN. Traitement sur les suppurations par les injections intraveineuses de charbon. — M. CAYE. Etude des tumeurs fibreuses hyperplasiques du massif maxillaire supérieur. — M. CHEDLY. Les sténoses bronchiques dans la lymphogranulomatose du médiastin. — M. DELABOS. Les manifestations infundibulo-tubériennes de la tuberculose. — M. DESMARQUES. Des encéphalites au cours de la pneumonie chez l'enfant. — M. PERVAL. Etude de l'histoire du paludisme dans la région parisienne. — M. REGAUD. Les abcès du poumon au cours du cancer de l'œsophage. — M. ARTARIT. Traitement des septicémies staphylococciques par les injections intraveineuses de bactériophages d'Hérelle. — M. CARNIOL. Etude des anévrismes artériels multiples syphilitiques. — M. DAVID. Etude des spirochétoses anictériques. — M. PAY. Névrite radiculaire du plexus brachial consécutive à l'arrêt du pneumo chez deux malades porteurs de côtes cervicales. — M. GENESTOUX. L'angiomatose digestive. — M. HUBERT. Le rôle de la tuberculose dans l'œuvre artiste. — M. JOLY. Epanchements pleu-

raux des cardiaques. — M. CHARBONNEL. Étude du syndrome vestibulaire dysharmonique. — Mlle CAILLET. Un visionnaire au XVIII[e] siècle : P. Desmarest de Saint-Sorlin. — M. CHASSAING. Action physiologique et thérapeutique du venin de cobra dans les affections vasculaires de l'œil. — M. LADJIMI. Étude de la réflexothérapie nasale. — M. LEGRAND. Étude de l'ostéoporose. — M. R. LE QUANG. Glaucome héréditaire. — Mlle VERRIER. Recherches sur l'histophysiologie de la rétine des vertébrés et les problèmes qu'elle soulève.

5 juillet. — M. MOZIS. Étude des rapports du foie et du diabète — M. PENEZ. Les septicémies à pneumocoques. — M. VELAQUEZ. Étude du traitement par l'insuline des états de maigreur avec troubles nerveux. — M. VIDAL. Ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde. — M. WEISSBERG. Le syndrome de Lawrence-Bardet. — M. BONNEFOI. Recherches sur l'activité antigénique des protéides des bacilles tuberculeux. — M. HAU. Étude de la primo-infection tuberculeuse bénigne chez l'adulte avec érythème noueux. — Mlle MONTROZIER. Le chancre cutané d'inoculation tuberculeuse.

6 juillet. — M. HÉRY. Étude de certaines lésions du fond de l'œil d'origine capillaire. — Mlle GINGER. Les variations de la tension oculaire. — Mlle VALBOFF. L'hétérochromie de l'iris. — M. CHANEL. Diagnostic des corps étrangers méconnus du larynx et de la trachée. — M. FRAK. Étude des soins de la bouche dans le milieu hospitalier. — M. PIERRE-FRANÇOIS. La bronchographie lipiodolée par la méthode périnasale simplifiée. — M. PUISTIENNE. Papillome du sinus maxillaire. — M. VOISIN. Étude de la lithiase parotidienne. — Mlle BAQUÉ. La bourse pharyngée. M. FLORI. Les myélites de la rougeole. — M. BAUSSAN. Essai d'immuniso-transfusion sous-cutanée par le plasma humain. — M. BOSQUET. La stase iléale. — Mlle MOUSKHÉLICHVILI. La cholestérolémie dans les états hypothyroïdiens de l'enfant. — M. CHASTAGNOL. Le rôle de la sécrétion gastrique dans les anémies. — M. LÉON. Étude du substratum anatomo-pathologique de la crise de l'asthme. — Mme HERZAN. Cas d'abcès aigus guéris par broncho-crysothérapie. — M. MARGUERITTE. Étude des formes associées de l'angine à monocytes. — M. NETTI. La vaccinothérapie dans l'asthme bronchique. M. SIENRA. Étude des cypho-ankyloses traumatiques. — M. TZANOS. Étude de l'infiltrat précoce. — M. SOUBIRAN. Avicenne, prince des médecins. M. LE BRUN. Étude du Sodoku en France. — Mme LE ROY DES BARRES. Les rhumatismes de la chimiothérapie. — M. LIJDAKI. La fièvre boutonneuse en Grèce. Mme RUAIS-SAVEL. Étude d'un arséno-benzol. — M. STRULOVICI. Hygiène de la bouche dans la pyorrhée alvéolo-dentaire. M. VERDIER. Hygiène professionnelle de la boulangerie. M. WOLFIN. Étude des maladies professionnelles dans les industries du bois.

2 juillet (Thèse vétérinaire.) — M. BRIÈRE. Intoxication des moutons par la betterave.

3 juillet (Thèse vétérinaire.) — M. SALLERIN. Essai de traitement des infestations internes par injections externes. M. YAZDIZADEH. Les piroplasmoses.

Guerre. — Les médecins capitaines ci-après désignés sont nommés « assistants des hôpitaux militaires » et reçoivent les affectations suivantes :

Section de médecine. — MM. Mauvais, du 24[e] d'infanterie, Versailles ; Simonin, du 20[e] escadron du train, Nancy ; Moutier, du 5[e] cuirassiers, Pontoise, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

MM. Duroux, de la 11[e] compagnie de l'air, Romilly-sur-Seine ; Rouvier, du 2[e] d'artillerie, Grenoble, sont affectées à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon.

Section de chirurgie. — MM. Parlange, du 13[e] dragons, Melun ; Touzard, du 46[e] d'infanterie, Fontainebleau, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon.

MM. Tupin, des troupes du Maroc ; Pasquié, des sapeurs-pompiers, Paris, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

Section d'électro-radiologie. — MM. Aubert, du 1[er] génie, Besançon ; Montagard, du 121[e] escadron du train, Lure, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon.

MM. Soleil, de l'École militaire d'artillerie, Poitiers ; Cantagril, du 8[e] zouaves, camp de Mourmelon, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

L'Art à la Faculté de Médecine. — Devant le succès rencontré par l'exposition l'Art à la Faculté de médecine qui devait fermer ses portes le 30 juin, le Comité a décidé de prolonger celle-ci jusqu'au 13 juillet inclus (à la Faculté de médecine, 85, boulvard Saint-Germain, de 10 heures à 18 heures, y compris dimanches et fêtes. Entrée 5 francs pour les étudiants 2 francs).

XXII[e] Congrès d'hygiène. (Paris, institut Pasteur les 21, 22 et 23 octobre 1935.) — Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre de la Santé publique ; il tiendra séances les lundi 21, mardi 22 et mercredi 23 octobre 1935, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Professeur P. Lereboullet.

RAPPORTS. — L'activité du Congrès sera, cette année, concentrée sur la question de l'hygiène et de la protection de la première enfance :

1. *Alimentation* : Les conditions d'une alimentation adaptée.

— L'hygiène du lait destiné à l'enfance. — Les règles de l'alimentation.

II. *Hygiène des collectivités de nourrissons* : La protection contre la contagion.

III. *Organisation sociale de la protection de la première enfance* : *a*) Rôle des fonctionnaires d'Hygiène et d'Assistance dans la protection de la première enfance ; *b*) coordination des Institutions publiques et privées s'occupant de la première enfance : *c*) Rôle des Assurances sociales dans la protection de l'enfance.

Le mercredi 23 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météorologie médicale, filiale de notre Société tiendra séance sous la présidence de M. le Professeur Esclangon, membre de l'Institut, directeur de l'Observatoire de Paris, président de la Société pour 1935.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1935 à l'adresse du secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages (pages de 39 lignes, lignes de 52 lettres), format du *Mouvement Sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être préalablement soumis à l'approbation du Conseil d'administration de la Société de médecine publique ;

3° Le texte devra être dactylographié *ne variatur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression ; il n'est pas en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement Sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris ;

5° Envoyer, en même temps que la demande de communication, un résumé (dix à quinze lignes) en dix exemplaires, destiné à la presse.

La patente des professions libérales. — Un groupe de Conseillers municipaux de Paris vient de déposer un projet de vœu ayant pour objet une réglementation de la patente des professions libérales, plus favorable aux locataires de petit appartements.

Ce droit fixe serait ramené à 50 francs pour les locaux évalués de 1.200 à 2.000 francs ; à 75 francs pour ceux de 2.000 à 3.000 francs, et à 100 francs pour ceux de 3.000 à 5.000 francs.

Le Violon d'Ingres. — Le Violon d'Ingres, nouvelle société médicale groupant les médecins amis des lettres et des arts et qui, pour charmer les loisirs de leur profession, s'adonnent à la pratique d'un violon artistique ou littéraire quelconque, a donné récemment sa première réunion au restaurant Langer, aux Champs-Elysées.

La prochaine manifestation du Violon d'Ingres aura lieu, en principe, fin octobre. Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Groc, 14, rue des Minimes, Paris.

Les grands réseaux vont délivrer des billets de faveur pour les malades faisant usage des eaux minerales. — Grâce aux efforts persévérants du Docteur Folly, d'Auxerre, qui s'est adressé successivement aux professeurs d'hydrologie des Facultés de médecine, aux Compagnies de chemins de fer, et à l'Office du tourisme au ministère des Travaux publics, les malades faisant usage des eaux minérales pourront bénéficier désormais comme ceux qui se rendent aux stations balnéaires, de tarifs de faveur de la part des Compagnies de chemins de fer.

Après de nombreuses démarches, les compagnies leur ont accordé des billets d'aller et retour de 33 jours, avec réduction de 20 à 25 % suivant les classes et ultérieurement des billets d'aller et retour pour familles nombreuses avec avantages supérieurs, seront mis en circulation.

Pour obtenir ce billet d'aller et retour, il suffit de le demander trois jours à l'avance, à la gare de départ.

Cette mesure gracieuse fait disparaître une singulière anomalie. Auparavant, en effet, des billets d'aller et retour d'avant saison et d'arrière saison, valables 33 jours, étaient concédés par les Compagnies de chemins de fer, alors qu'il n'y avait aucun billet de faveur pendant le cours de la saison elle-même, ce qui a paru contraire à la saine logique.

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le lundi 1er juillet à 21 heures à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIe).

Pour tous renseignements s'adresser à la Secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (13e).

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde méditerranéen antique, l'*Association Guillaume Budé* organise du 17 août au 9 septembre une huitième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce préhellénique et classique.

Le voyage qui aura lieu à bord du *Théophile-Gautier* des Messageries maritimes, comportera l'itinéraire suivant : Marseille, Messine, Taormina, Corfou, Preveza, Actium, Ithaque, Olympie, Sparte, Mistra, la Crète (Candie, Knossos, Phaestos Haghia-Triada, Gortyne), Santorin, Délos, Mykonos, Syra, Nauplie, Tirynthe, Argos, Mycènes, Epidaure, Rhamnonte, Chalcis, Erétrie, Salamine, Egine, Athènes, Daphni, Eleusis, Corinthe, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'*Association*, la croisière sera accompagnée, au titre de conférenciers, par M. Charles Picard, membre de l'Institut, professeur d'archéologie antique à la Faculté des lettres de Paris, directeur honoraire de l'Ecole française d'Athènes et par M. André Boulanger, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, ancien membre de l'Ecole française d'Athènes.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe). Téléphone : Littré 70-55.

Nécrologie. — Docteur Aimé Bastin, décédé à Paris. — Docteur Bertiaux, de Saint-Denis. — Docteur Boursot, de Dijon. — Docteur Hamon, de Paris. — Docteur Leduc, d'Avallon (Yonne). — Docteur David Metzger, de Saint-Mandé — Docteur Meyrignac, de Mondoubleau (Loir-et-Cher). — Docteur Gustave Moreau, de Chaource (Aube). —Docteur Charles Petit, d'Hirson (Aisne). — Docteur Pierre Reynaut, de Toulouse. — Docteur Sarrante, de Carbonne (Haute-Garonne). — Docteur Jean Troulon, de Boulogne-sur-Seine. — Docteur Ferdinand Tribout, de Paris. — Docteur Léon Taufflieb, de Giromagny (Territoire de Belfort). — Docteur Treillet, médecin colonel en retraite. — Professeur Giovanni Truffi, d'Udine (Italie). — Docteur Fernando Coca y Gonzalez, de Saavedra (Espagne), directeur de la *Medicina Ibera*, décédé à l'âge de 52 ans.

CLINIQUE MÉDICALE

Les images triangulaires de la base pleuro-pulmonaire droite dans leurs rapports avec l'existence possible d'un lobe cardiaque pathologique

Par **A. CLERC** et **Robert ANDRÉ**

Les progrès de la radiologie clinique ont permis d'ajouter, à ce qu'on pourrait appeler l'étude pathologique globale du poumon, celle des inflammations régionales de ce dernier, avec un maximum de précision que ne pouvaient permettre les méthodes anciennes d'exploration ; aussi comprend-on la fortune méritée du terme de « *lobite* », créé en 1923 par Léon Bernard et Bethoux, parce qu'il permettait précisément de traduire, du vivant du malade, l'envahissement de territoires dont seule l'autopsie avait pu, jusqu'alors, affirmer l'exacte limitation. Mais la dénomination considérée ne devait pas s'appliquer seulement aux grandes divisions pulmonaires dessinées par les scissures principales, au nombre d'une à gauche et de deux à droite. Car, à côté de ces lobes, en quelque sorte normaux, il en existe d'autres, inconstants, mais assez fréquemment isolables pour mériter l'attention des anatomistes, et justifier les nombreuses études qu'ils avaient provoquées. Là encore, d'ailleurs, la radiographie permettrait de prévoir la possibilité d'un repérage clinique.

De ces lobes accessoires, deux revêtent une individualité marquante. Le premier, apexien, est représenté par ce *lobe azygos*, taillé pour ainsi dire dans l'apex par la grande veine du même nom. L'autre se trouve à la région inféro-interne du poumon, en rapport, par sa base, avec la coupole diaphragmatique, et, par sa face interne, avec le bord droit du cœur, sur lequel il se moule : d'où son nom de *lobe cardiaque*. Cette région, ainsi limitée, peut connaître son inflammation propre, dont le siège, par définition, sera postérieur, presque juxta-vertébral, inflammation donnant lieu d'une part, à des signes physiques bien localisés, et, d'autre part, sous l'écran, à une ombre de forme, elle aussi triangulaire.

Mais, en clinique, la lobite cardiaque n'est pas la seule à évoquer une semblable localisation. Bien d'autres affections du médiastin postérieur, et, en particulier, certaines pleurésies enkystées pourront donner un aspect radiologique analogue, mais dont l'interprétation sera bien différente. Aussi, dans ces dernières années, les travaux se sont-ils tellement multipliés qu'à l'heure actuelle il n'est, pourrait-on dire, en pathologie pleuro-pulmonaire, guère de questions plus « à la mode » que celle des ombres triangulaires de cette région postérieure juxta-vertébrale. Cependant, pour aborder un diagnostic différentiel raisonné, il est indispensable de donner, tout au moins, une esquisse anatomique du dit lobe cardiaque, que les beaux travaux de Dévé (1900) et de Lucien ont, après Schaffner, particulièrement contribué à faire connaître (1).

(1) Ce lobe est appelé aussi lobe de Rektorzik, du nom de l'anatomiste qui le décrivit chez l'homme en 1861 (Schaffner, *loc. cit.*) ; cette formation s'observe normalement chez les quadrupèdes, et représenterait, chez l'homme, une anomalie dite réversive (Pozzi).

I. On sait que les deux grosses bronches, après la bifurcation trachéale, présentent une ramification, sensiblement symétrique, et formant de chaque côté trois groupes principaux : bronches apicales, bronches ventrales, et bronches dorsales ; un quatrième groupe, est représenté par la bronche antéro-interne ou infra-cardiaque. Qu'il s'agisse d'un rameau primaire ou secondaire, cette dernière bronche servira, pour ainsi dire, d'axe au lobe théorique. Dans les cas où il est nettement délimité, ce dernier est séparé du reste du parenchyme par une scissure, à convexité externe, profonde d'un demi à deux centimètres, laquelle n'est habitée par aucun vaisseau, et qui, naissant plus ou moins loin sur la coupole diaphragmatique, se dirige en haut vers le hile qu'elle atteint sans le dépasser ; ainsi se détache, en projection, une sorte de triangle rectangle, la branche verticale de l'angle droit étant parallèle à la colonne vertébrale, la petite branche inférieure correspondant au diaphragme, et l'hypoténuse, externe, se montrant comme une ligne droite, plus ou moins arrondie, et, comme on l'a vu, convexe. La petite pyramide triangulaire, ainsi formée, est susceptible, sur les pièces anatomiques, de former une légère saillie à la base du poumon, au niveau de laquelle le diaphragme peut présenter une zone légèrement concave, ou bien porte une sorte de dentelure (Ledoux-Lebard), comparable, d'ailleurs, au point d'attache de la scissure du lobe Azygos (Pigorini).

Coiffé par le lobe inférieur, le lobe cardiaque s'enfonce dans le lobe moyen, dont une mince lame le sépare de la paroi thoracique postérieure.

La formation considérée est normalement repérable à l'examen radiologique Toutefois, à *gauche*, l'ombre du cœur rend l'examen plus difficile, et parfois illusoire.

Il n'en est plus de même, à *droite*, surtout si l'on fait varier les incidences, et si l'on utilise les différentes positions, obliques ou latérales. Aussi Ottonello a-t-il figuré une série de lignes très fines, joignant le hile au diaphragme, lignes plus ou moins convexes en dehors, et qui correspondraient à l'hypoténuse du triangle rectangle ci-dessus mentionné ; nous verrons si une telle interprétation doit être admise en règle générale.

Le lobe cardiaque siège tantôt à droite, tantôt à gauche, et cela, avec une fréquence presque égale ; beaucoup plus rarement, il est bilatéral. Mais il n'est pas constant ; encore les statistiques sont-elles variables à ce sujet. On le rencontrerait par exemple, dans 45,7 % des cas selon Schaffner ; Dévé, sur 180 sujets, l'a trouvé 55 fois ébauché et 19 fois autonome, soit dans 30 p. cent des cas, proportion que, de leur côté, Ledoux-Lebard et Garcia Calderon estiment à 20 % ; tandis que Le Bourdellès et Amigues, examinant 170 fœtus, n ont constaté qu'une fois la présence d'un seul lobe complet, et 10 fois une scissure nette, le côté gauche n'étant jamais intéressé (1).

II. Avant d'envisager le problème qui justifie le titre adopté par le présent article, nous croyons devoir rapporter une *observation personnelle,* que nous discuterons ensuite à la lueur des notions d'ensemble, actuellement acquises.

Il s'agissait d'une femme de 57 ans, vraisemblablement éthylique, mais sans antécédents particuliers, spécialement au point de vue pulmonaire. Un peu fatiguée depuis quelques temps, le 2 octobre 1934, elle ressentit, assez subitement, une violente douleur dans l'hypochondre droit, avec léger subictère et température qui, montée d'abord à 39°6, se maintint les jours suivants, d'une manière assez irrégulière, justifiant l'hypothèse d'une infection hépatique et, comme traitement, l'application de glace sur le ventre, et des injections de septicémine. Cet état, subinfectieux, persista jusque vers le 20 octobre ; à ce moment le point de côté se montra plus nettement postérieur et juxta-vertébral. Contre le rachis, à la base du poumon droit fut alors délimitée une bande de matité, dirigée en bas et en

(1) Selon les dissections de Rigler et Ericksen sur 210 poumons, le lobe complet se trouvait 15 fois à droite et 13 fois à gauche et 3 fois des deux côtés ; il était partiellement formé 31 fois à droite, 37 fois à gauche, et 15 fois des deux côtés.

dehors, au niveau de laquelle on nota d'abord, une abolition du murmure vésiculaire, puis un souffle inspiratoire assez doux, qui fit place bientôt à des râles humides ; en même temps, se manifestait une expectoration peu abondante, muco-purulente, sans aucun caractère de vomique, et où l'examen microscopique ne révélait que la présence de divers microbes banaux, avec absence de bacilles tuberculeux. Quatre ponctions exploratrices ne ramenèrent aucun liquide. Les jours suivants, la température baissa graduellement, pour remonter à 38° avec quelques oscillations, du 10 au 28 novembre, mais, cependant, avec disparition graduelle des signes localisés à la base droite. Par prudence, on fit alors quelques injections de chlorhydrate d'émétine, et l'on donna, par la bouche, de l'extrait hépatique, dans l'hypothèse d'une inflammation sus-diaphragmatique associée car le foie restait un peu gros et douloureux. Pourtant, dans la suite, les phénomènes locaux et généraux s'amendèrent ; aussi l'apyrexie était-elle complète le 28 novembre, et la malade fut en état de quitter l'hôpital le 13 décembre, apparemment guérie.

Mais, elle rentrait le 26 mars 1935 pour la réapparition de douleurs peu accentuées à la pointe de l'omoplate droite, sans toux ni expectoration, ni fièvre, tandis que la température oscillait entre 36°4 et 37°. A la base droite pulmonaire on ne percevait rien d'anormal ; toutefois il persistait un léger subictère, marqué seulement aux conjonctives, et le foie, un peu douloureux à la palpation, débordait d'environ trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Mais ces troubles se dissipèrent vite et la malade quitta définitivement le service au début d'avril.

1) Cinq *radiographies* pratiquées à des époques différentes, avaient donné les renseignements suivants :

a) 7 *novembre* 1934, on distingue une image d'opacité triangulaire au niveau de la base droite, limitée en dedans, par l'ombre cardio-vertébrale, atteignant en bas le diaphragme ; en dehors elle s'étend jusqu'à une ligne réunissant la région hilaire au sinus costo-diaphragmatique. Deux remarques sont à faire au sujet de cette limite externe : elle décrit dans son ensemble une courbe à *concavité* supero externe ; 2° elle est irrégulière et nullement rectiligne. Quant à la zone d'ombre, elle est homogène, mais moins dense dans sa partie externe, qui s'effile dans la coupole diaphragmatique, au voisinage du sinus. On note encore un léger dénivellement de la face supérieure de la dite coupole diaphragmatique, dans son tiers interne (*Fig.* 1).

(1) Ces radiographies ont été dues à l'obligeance du Service de M. Delherm, électro-radiologiste de l'hôpital de la Pitié.

b) 19 *novembre* 1934, l'ombre triangulaire a considérablement diminué ; il persiste dans toute la zone précédemment opacifiée, une grisaille peu homogène, devenant plus dense dans la partie interne juxta-cardiaque (*Fig.* 2).

On ne distingue pas de ligne scissurale ; par contre, le dénivellement de la coupole diaphragmatique apparaît avec plus de netteté.

c) 28 *nov.* 1934. Aspect analogue, avec persistance d'une petite zone d'opacité, descendant du hile, vers la moitié interne du diaphragme, et dont la limite externe, plus régulière, décrit une courbe à concavité franchement externe.

d) 11 *déc.* 1934. Persistance d'une légère grisaille de la base droite, plus accentuée dans la partie inférieure et interne du poumon.

e) 27 *mars* 1935. On note la même grisaille (*Fig.* 3).

f) 3 *avril*. Après injection intra-trachéale de lipiodol, la radiographie ne décèle *aucune dilatation bronchique*.

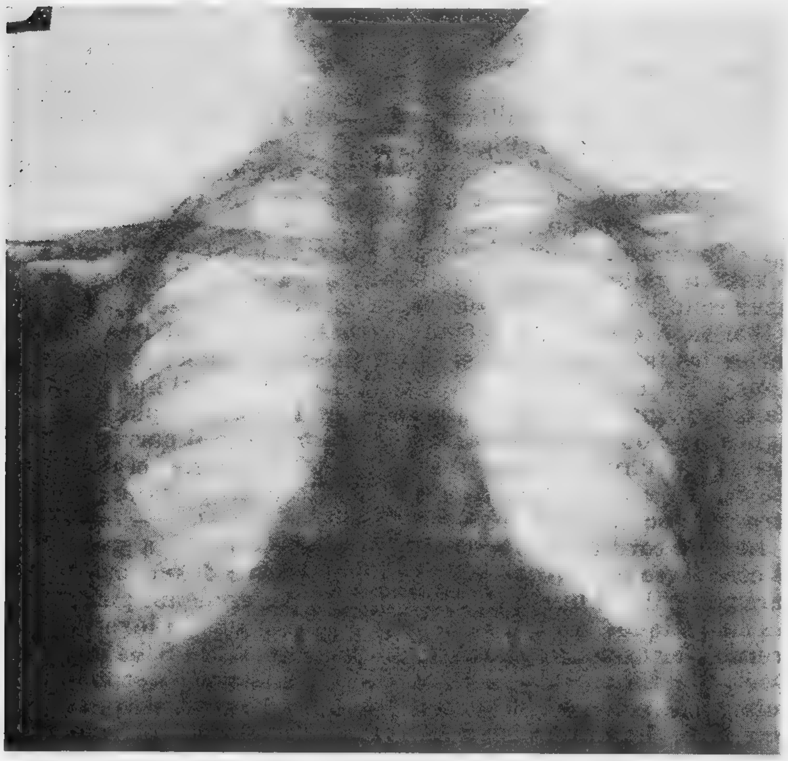


Fig. 1

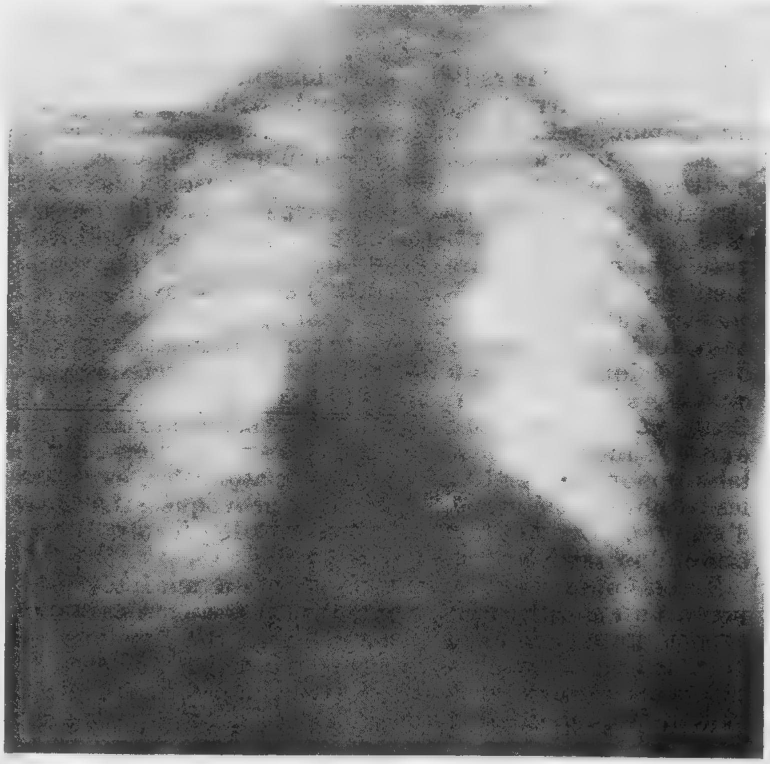


Fig. 2

II. L'observation précédente pose, par définition, le problème général du diagnostic différentiel des ombres triangulaires, limitées à la base droite ; mais, avant toute discussion, nous croyons préférable de rappeler, comment, en principe, peut être acceptée ou bien éliminée, l'hypothèse d'une lésion strictement localisée au lobe cardiaque. Si l'on observe la distinction établie par MM. Le Bourdellès et Jalet, deux cas sont à envisager, selon que la *scissurite* ou la *lobite véritable* sera évoquée.

1° *Scissurite.* — L'examen à l'écran et la radiographie montreront alors l'existence d'une ligne sombre, partant du diaphragme pour monter vers le hile, et limitant un triangle pulmonaire, ayant conservé sa clarté. Il ne peut s'agir ici de ces *kystes* gazeux arrondis et transparents, situés en plein parenchyme, et ne présentant nullement la localisation paravertébrale. Ce sont également leur siège et leur direction, qui feront éliminer les ombres correspondantes au *ligament phréno-péricardique*, ou bien à certaines *adhérences*, ou bien encore certaines *formations falciformes*, dessinées dans la même région et sur le bord droit du péricarde, sans parler de certaines *traînées bron-*

cho-vasculaires autour du hile, c'est-à-dire supérieures. Plus difficiles à séparer seront les *pleurésies sèches*, ou bien les *reliquats d'épanchement fibrineux* apparaissant sous forme de brides multiples, capables, en s'insérant sur le diaphragme, de provoquer la formation de dentelures, en même temps que les sinus costaux tendent à se combler. Parfois, d'ailleurs, on peut constater la présence d'une sorte d'épaississement occupant non seulement la scissure inférieure (1) normale, mais encore celle qui correspondrait à un lobe cardiaque supposé, d'où production de deux images rubanées qui chevauchent l'une sur l'autre, selon l'expression d'Amigues. Dans la thèse de ce dernier les huit premières observations, sans parler des figures de Jalet, donnent des radiographies typiques, sur lesquelles une ligne courbe, fine, régulière, quoique à bords un peu flous, représente l'hypoténuse du triangle rectangle vertical caractéristique ; ou bien encore, dessine la loge déshabitée d'un épanchement pleural séro-fibrineux, après ponction,



Fig. 3

comme chez le deuxième malade de Laquerrière. Mais peut-on, avec certitude, adopter la classification schématique de Busi (Stries elargies = sclérose interlobaire ; stries subcapillaires = interlobites ; stries capillaires proprement dites = scissurus normales) ? Les stries diverses, même fines et bien tirées, figurées par Otonello, correspondent-elles réellement à l'état normal et ne reflètent-elles aucun processus pathologique ? Les réserves seraient, ici, d'autant plus légitimes qu'il s'agit de faits certainement rares, et dont la mise en évidence réclame des clichés en série, stéréographiques si possible, et cela dans les positions les plus variées (frontale, dorsale, obliques, dorso-ventrale même) : à plus forte raison quand un pneumothorax vient éclaircir l'aire considérée ; encore certaines images sont-elles remarquables par le fait que, triangulaires sous certaines incidences, elles deviennent linéaires sous certaines autres. Plus affirmatives cependant sont les conclusions récentes, admises par Rigles et Ericksen et par Pigorini, qui, les uns et l'autre, insistent sur la fréquence et l'importance des dites lignes scissurales : les deux premiers placent, à côté de leurs clichés, la photographie démonstrative de poumon même qui l'avait fournie sur le vivant : selon eux, d'ailleurs, le fait s'observait 33 fois (à droite) sur 500 examens radiologiques.

2° Toutefois, l'histoire de notre malade souligne un aspect correspondant à la seconde catégorie, c'est-à-dire aux cas où l'on observe la présence d'une *ombre dense plus ou moins opaque*, dont le contour triangulaire, le bord vertical juxta-vertébral et la base diaphragmatique font supposer un siège parenchymateux pulmonaire, et, par conséquent, l'éventualité d'une *lobite cardiaque*.

a) α) Il convient, tout d'abord, d'éliminer ici les causes exceptionnelles d'erreurs, rappelées d'ailleurs par Graberger, et, plus récemment par Pierret et Huriez, ainsi que dans la thèse récente de leur élève Leleu ; tels sont le méga-œsophage, une hernie diaphragmatique, la dilatation extrême d'une oreillette, gauche ou droite, ou bien celle de la veine cave inférieure, et jusqu'à certains abcès ossifluents vertébraux ; même la simple scoliose peut intervenir.

Quant aux *tumeurs* postérieures du médiastin, elles présentent des contours arrondis, animés de battements s'il s'agit d'une ectasie aortique ; les mêmes contours caractériseront les kystes hydatiques ou autres, ainsi que certains abcès pulmonaires. Il s'agit, par définition, de formations juxta-vertébrales (1) et non hilaires ; car, en ce dernier cas, leur siège est bien plus élevé,

β) Encore plus importantes et délicates à caractériser sont les diverses pleurésies juxta-vertébrales (2) ou médiastinales postérieures, telles que nous les ont fait connaître Chauffard, puis Devic et Savy (2). Aux unes, dites « en équerre », se rapporte l'ombre classique à deux branches formant angle droit. Les autres, par contre, donnent sous l'écran une ombre nettement triangulaire, mais dont le bord externe, n'atteignant pas nécessairement le hile, loin de se montrer rectiligne, ou, à la rigueur, un peu convexe, tend à être *concave*, et même à se relever vers sa terminaison extérieure, selon une courbe parabolique ; en même temps le sinus costo-diaphragmatique sera plus ou moins effacé. D'autre part, on observe, dans la même région, tous les signes physiques d'un épanchement liquide (matité, égophonie, souffle), souvent un point de côté ; éventuellement des troubles de compression médiastinale ; parfois le déplacement du cœur vers la gauche : enfin la ponction exploratrice montre la présence du liquide, et sa qualité, fibrino-séreuse ou purulente ; mais la zone broncho-pulmonaire sous-jacente est loin d'être toujours indemne, et dans un travail fondamental, Rist, Jacob et Trocmé ont bien montré comment une dilatation bronchique avérée pouvait donner lieu à des poussées inflammatoires aiguës intéressant le tissu pulmonaire voisin, dont la condensation réalise précisément l'onde triangulaire ; en principe, la ponction exploratrice reste blanche, mais en certains cas, elle permet de retirer un pus épais provenant de la cavité d'une bronche dilatée : d'où la nécessité, en pareille circonstance, d'injecter par les voies respiratoires supérieures le lipiodol, qui dessinera sous l'écran, d'une manière irréfutable, les dilatations ampullaires, plus ou moins abondantes ou accentuées.

L'ombre triangulaire, si bien individualisée par Rist et ses collaborateurs (4), a été retrouvée, dans la suite, par de nombreux auteurs, tels que Sergent et Bordet ; Bezançon, Azoulay, Weissmann-Netter, Oumansky ; Apert ; Tapie et Sorel ; Gendron et Lévesque ; Langeron et d'Houn, etc. ; et, bien que ce soit l'état du tissu péribronchique qui provoque l'opacité, son interprétation a soulevé cer-

(1) Celle-ci pourrait être pathologiquement déviée, et faire admettre à tort, l'idée d'une scissure supplémentaire (Jalet).

(1) Voir la toute récente communication de E. Sergent et R. Kourilsky. Sur les images radiologiques triangulaires de la base droite. (*Soc. méd. Hôp.* 1935, p. 890. Voir la discussion de Debré).

(2) Les épanchements péricardiques ne semblent pas constituer une cause importante d'erreurs.

(3) Voir aussi le travail récent de Sagel et Rigler.

(4) Voir la toute récente communication de Jacob, parue depuis la rédaction du présent Mémoire. (*Soc. Hôp.*, 1935, p. 751, ainsi que la discussion Lereboullet, Hallé.)

taines discussions. La majorité des auteurs penche pour une atteinte, soit pleuro-pulmonaire, soit spléno-pneumonique, aiguë ou progressivement développée ; d'autres fois, comme l'ont signalé Bezançon et ses collaborateurs, l'ombre est susceptible de disparaître complètement dans la suite ; ainsi la dite poussée de voisinage, représenterait tantôt une véritable complication, tantôt un épisode passager et curable (1).

Là ne se borne pas cependant le rôle de la posologie bronchique. C'est ainsi que Le Boudellès insiste sur ce que la situation déclive du système, appartenant à la bronche cardiaque, favorise la stagnation des sécrétions et la réaction pulmonaire ; à l'appui de cette opinion, l'auteur cite l'observation d'un enfant de dix ans, présentant des signes persistants de congestion au niveau de la base droite ; par contre l'image triangulaire s'estompe en été pour redevenir plus nette au moment de la poussée hivernale.

D'autre part, avec d'autres auteurs, Debré et Lamy, Sergent et Kourilsky, insistent sur le syndrome radiologique caractéristique lié à l'atélectasie d'un territoire pulmonaire étendu (2), telle que la réalise, par exemple, la sténose d'une bronche du gros calibre, mais l'opacité diffuse qui en résulte, devient différente si les lésions se limitent à un tube secondaire ; il en résulte la formation d'un petit triangle juxta-vertébral, assez comparable à l'image de Rist, mais en pareil cas, ce n'est pas la dilatation mais la sténose qu'extériorise l'injection lipiodolée.

γ) Un aspect analogue aux précédents a, rarement d'ailleurs, été observé à la suite de certaines *condensations pulmonaires aiguës*, ou tout au moins subaiguës, sans que leur nature anatomique ait été clairement définie, témoin le cas de Courcoux et Laquerrière, dont l'évolution ultérieure n'est d'ailleurs pas mentionnée ; de même, Debré et Lamy dans un tout récent travail, rapportent l'histoire de deux enfants, âgés respectivement de trois et de six ans, atteints antérieurement de coqueluche (3), puis souffrant d'une toux persistante, sans que rien justifiât le diagnostic de bacillose, et chez lesquels l'ombre, correspondant au type considéré, disparut progressivement. Assmann (cité par Graberger), avait rapporté un fait tout à fait comparable.

b) Mais il s'agit, ici, somme toute, d'images, relativement diffuses ; dans d'autres circonstances, les contours sont suffisamment nets et frappants, pour que le mot de *lobite cardiaque* puisse être prononcé.

α) La tuberculose est en jeu chez certains sujets : comme dans l'observation de Graberger, chez les malades 9 et 10 d'Amigues, et celui de Bernou ; dans ce dernier cas, la formation devint visible après un pneumothorax. Encore plus démonstrative est la constatation, faite par Graberger, d'une infiltration triangulaire de la base droite, qui se résorba, en laissant une ligne oblique vers le diaphragme, délimitant exactement le contour de l'aire précédemment opacifiée.

β) Moins fréquemment encore, l'affection considérée est franchement aiguë. Ledoux-Lebard et Garcia Calderon, après avoir rappelé un travail de Fleischner, disent avoir eux-mêmes, recueilli une image, prise pour une pleurésie, et s'étant effacée sans laisser de traces, ce qui leur permet de conclure : « il paraît à peu près certain qu'il s'agit d'un processus aigu localisé au lobe cardiaque ». Rigler et Ericksen publient une radiographie démonstrative, correspondant, selon eux, à un processus pneumonique strictement localisé, et qui disparut complètement ; enfin, la récente étude publiée par Robert Debré, Marcel Mignon et Mme J.-Bernard Pichon, mérite une mention particulière. Elle concerne une petite fille d'un an, présentant les signes généraux et fonctionnels d'une pneumonie de la base droite, au niveau de laquelle il existait de la matité, avec souffle tubaire et râles sous crépitants. Au deuxième jour, la radiographie montrait une image opaque, homogène, triangulaire, à base hilaire, qui, quatre jours après, atteignait le diaphragme, en dedans de l'image du cœur : en dehors, sa limite très nette, rectiligne, s'étendait du hile au sinus costo-diaphragmatique ; aussi, le diagnostic de pneumonie du lobe cardiaque fut-il posé ; dans la suite, l'ombre disparut graduellement, et n'était plus décelable six semaines après ; seule persistait une très fine ligne, se détachant du milieu de la coupole diaphragmatique, pour monter vers le hile.

c) Ainsi, le diagnostic des lobites cardiaques paraîtrait possible du vivant même du malade, et chacun des radiologistes, qui se sont occupés de la question, n'a pas manqué de signaler les caractères distinctifs, que, selon lui, révèle l'examen sous l'écran. Ledoux-Lebard et Garcia Calderon insistent, avons-nous vu, sur une légère dentelure du diaphragme, sorte d'encoche, correspondant à la faible saillie que fait le lobe cardiaque supposé à la base pulmonaire, spécialement lorsque sur la dite saillie s'attache une ligne d'ombre de scissure supplémentaire ; en outre, peut se voir une sorte d'aplatissement de la coupole, comme si le lobe en question marquait une empreinte qui, parfois, rendrait concave, en haut, le segment musculaire correspondant.

Bernou admet l'importance de l'exploration en position latérale, qui révèle une ombre visible, séparée de la paroi supérieure du thorax, par une lame pulmonaire, dépendant du lobe inférieur ; de même, selon d'Hour, la scissure ne donne une projection radiologique linéaire, qu'en position oblique antérieure droite, ou postérieure gauche, ombre qui, selon Ottonello, serait assez fréquente pour se rencontrer dans 2 % des cas.

De toutes manières, le triangle lobaire cardiaque, se distinguera, en outre, non seulement par sa situation juxta-vertébrale, mais encore par le caractère rectiligne, parfois même un peu convexe, de la ligne externe qui lui sert d'hypoténuse. Enfin, la position latérale permet de distinguer une zone claire, correspondant au lobe inférieur, et qui sépare l'ombre triangulaire de la partie postérieure du thorax.

d) Il s'en faut, cependant, que les conclusions soient univoques ; ainsi Bernou, de recherches supplémentaires, conclut que le lobe cardiaque hypothétique, n'est pas, en réalité, postérieur, mais plutôt situé à la partie moyenne du poumon, et de toutes manières, situé bien plus en avant que l'image de Rist. Mais ce ne sont pas là les seules difficultés d'interprétation, et de nouveaux travaux en ont ajouté d'autres, encore plus graves ; car elles tiennent au principe même de la conception anatomique du lobe cardiaque.

Sans doute, il n'est pas question de nier l'existence éventuelle de celui-ci, encore que la fréquence avec laquelle on le rencontre varie notablement, nous le répétons, suivant les auteurs. C'est la disposition même la scissure limitante, qui a été mise en cause ; car, de l'étude très soigneuse à laquelle se sont livrés dans le laboratoire du Professeur Lucien, à Nancy, MM. Gérard et Weber, et aussi des travaux de d'Hour, il résulte, tout d'abord, que, sous l'écran, l'aire de projections du lobe cardiaque, en position frontale, reste très exiguë, et seules lui correspondraient les ombres ne dépassant pas de plus de 4 centim. la limite externe du médiastin. D'autre part, à côté de la scissure circonscrivant le territoire, considéré, il y en a d'autres, elles aussi supplémentaires très voisines de la première, mais, par contre, divisant le lobe *inférieur* proprement dit. Les lignes radiologiques, ainsi réalisées, si nettes qu'elles soient, segmentent donc, une toute autre zône, centrée par une bronche secondaire ou tertiaire. D'ailleurs, selon la remarque de M. Le Bourdellès, c'est la bronche cardiaque qui représente l'axe véritable de la formation, et même, en l'absence de toute scissure spéciale limitante, le lobe cardiaque, n'en existerait pas moins à l'*état virtuel*, et son role, en pathologie, n'en resterait pas moins digne d'attention, puisque, vu sa situation

(1) Selon Bernou, l'image de Rist résulterait, le plus souvent, de la plicature de la plèvre déterminée par la rétraction scléreuse ou l'atélectasie des tissus péri-bronchiques, avec attraction, en dehors, de la partie inféro-postérieure du médiastin.

(2) Tel est aussi le cas de Gullbring, cité par Graberger : voir également dans le Mémoire de ce dernier la figure 20.

(3) Une observation analogue de Schonfeld concerne une ombre triangulaire gauche.

déclive. il constituerait une sorte de cavum. dans lequel éventuellement. les sécrétions bronchiques tendraient à s'accumuler ; d'où les aspects particuliers sur lesquels nous avons insisté plus haut.

Une dernière réserve. et non la moins importante, est motivée par l'extrême rareté des constatations anatomo-pathologiques, venant confirmer un diagnostic de lobite cardiaque droite, porté sur le vivant. Car les cas d'Ettig (pneumonique chronique) et celui de Schönfeld, (broncho-pneumonie). cités par Graberger et vérifiés à l'autopsie. concernaient des lobes *gauches* ; bien plus. l'observation typique, déjà citée, de Debré et de ses collaborateurs, devait se terminer par une trouvaille décevante ; car, leur petite malade étant revenue mourir quelque temps après. dans leur service hospitalier, de méningite tuberculeuse, l'examen post-mortem montra un épaississement de la partie inférieure, sus-diaphragmatique de la scissure du lobe *inférieur*, lié à la présence de membranes pleurales, seule trace du processus pleuro-pulmonaire aigu antérieur. et qui expliquait l'image scissurale obtenue alors.

Conclusions

III. *a*) Les difficultés de principe, que nous venons d'exposer, nous commandent, en ce qui concerne la discussion du cas de notre propre malade. une circonspection d'autant plus grande, que. déjà. l'aspect trop concave et sinueux du bord externe de l'ombre triangulaire droite observée, rendaient discutable *a priori* l'existence d'une lobite cardiaque. D'autre part. nous n'avons pu mettre en évidence d'épanchement pleural, et l'exploration au lipiodol montrait l'absence de toute dilatation bronchique. Il semble bien, tout au moins, qu'il s'agissait d'une inflammation aiguë de la partie juxta vertébrale. inflammation corticale qui disparut. sans que nous ayons pu préciser. ni la cause, ni la délimitation anatomique exacte. de la condensation parenchymateuse. Celle-ci ne devait pas être seule en cause. car la grisaille persistante donne à penser que, malgré l'absence très probable d'épanchement. la plèvre avait été intéressée.

b) Si l'on se place à un point de vue plus général, le lobe cardiaque, représente, nous le répétons. une entité anatomique parfaitement démontrée. bien quelle soit accessoire et inconstante, et que d'autres segmentations voisines puissent éventuellement exister. Mais, si la dissection, *sur le cadavre*, permet des précisions indiscutables, il n'en est plus de même. de l'exploration *in vivo*, que seule, la radiologie permet de réaliser, et cela. soit que les lignes scissurales accessoires viennent dérouter l'observateur. soit que la délimitation du territoire du lobe cardiaque proprement dit, même dans les positions les plus variées, reste pleine d'embûches. On ne saurait nier, sans doute, l'importance des progrès que la méthode considérée a fait accomplir au diagnostic des lésions régionales du poumon. prises dans leur ensemble, ni l'intérêt que présente la recrudescence, en ces derniers mois. des publications concernant l'anatomie normale et pathologique des lobes accessoires. Mais, au point de vue purement clinique, même en ce qui concerne les images scissurales, les plus grandes réserves doivent, croyons-nous, continuer à s'imposer, et nous ne pouvons que partager, par exemple, les réticences de Debré, Lamy, et de leurs collaborateurs.

Ce que l'on peut dire. c'est qu'il existe, des condensations du tissu pulmonaire (tuberculeuses, pneumoniques ou autres) donnant des images triangulaires de la base droite. à type spécial, et qu'il faut savoir différencier des autres. Mais le diagnostic de *lobite cardiaque* ne devrait représenter, actuellement, non une affirmation, mais une simple supposition, plus ou moins bien fondée suivant les cas. Tout au plus devrait-on, avec D'Hour. prendre une telle expression dans « le sens le plus large », et englober l'ensemble des anomalies de la base droite, qu'elles soient dessinées par une scissure véritablement lobaire. ou par d'autres, de voisinage.

Dans tous les cas, la pathologie de la bronche cardiaque, et des tissus environnants. garde toute son importance, et tout son intérêt d'actualité, et. si la question semble rester quelque peu troublée, pour le praticien. il serait à souhaiter que les efforts conjugués des cliniciens et des radiologues pussent parvenir à la clarifier.

BIBLIOGRAPHIE

P. AMIGUES. — Tuberculose des lobes surnuméraires du poumon. (Th. Paris, 1932.)

BELOT. — Discussion de la communication de Ledoux-Lebard.

BERNOU. — Image postérieure triangulaire pseudo-pleurétique, des bases pulmonaires. (*Rev. de la Tuberc.*, 1933, p. 470.)

F. BEZANÇON, AZOULAY. WEISSMANN, NETTER. OUMANSKY et BRODIER. — Essai d'interprétation des images radiologiques triangulaires, dites de pleurésie médiastine, se superposant à la dilatation bronchique. (Soc. Méd. Hôp., 1929, p. 1447).

A. CHAUFFARD. — Pleurésies médiastinales. (*Presse méd.*, 1902, n° 31, p. 363.)

BUSI. — Cité par Amigues.

COURCOUX et LAQUERRIÈRE. — *Revue de la Tuberculose*, 1935, p. 203.

R. DEBRÉ, M. MIGNON et Mme J. BERNARD-PICHON. — La pneumonie du lobe cardiaque chez l'enfant. (*Gaz. Méd. de France*, 1934, n° 19. p. 919.)

DEBRÉ et G. MARIE. — Note rectificative et complémentaire. *Ibid.*, 1934.

R. DEBRÉ et M. LAMY. — Les images triangulaires des bases thoraciques chez l'enfant. (*Arch. des maladies des enfants*, 1935 (1), (sous presse).

DÉVÉ. — Lobes surnuméraires du poumon. Lobe cardiaque. (*Bull. Soc. Anat.*, 1900.) — Note complémentaire au sujet des lobes postérieures et cardiaque. (*Ibid.*, 1903.)

DEVIC et SAVY. — Pleurésie médiastine. (*Rev. de Méd.*, 1910, p. 365.)

ETTIG. — *Monats für Kinderheilk*, 1924, t. 28, p. 207.

FLEISCHNER. — *Acta Rad.*, 1924, p. 307.

GENDRON et LEVESQUE. — Quatre cas de pleurésie postérieure, symptomatique de bronchectasie. (Soc. méd. des Hôp., 1927, p. 1059.)

C. GRABERGER. — Beitrag. Zur Kentniss der Basalen Paramediastinalen Dreiek Schatten. (*Acta Radiol.*, 1931, t. 12, p. 240.)

R. GRANDGÉRARD et P. WEBER. — Les plans scissuraux du poumon, et leurs rapports médiastinaux diaphragmatiques. (*Journ. de Radiol.*, 1933, n° 12, p. 649). — Les vrais et les faux interlobes intracardiaques. (*Arch. appareil respirat.*, 1934, n° 3.) — IVe Congrès intern. de radiologie. juillet 1935.

D'HOUR. — Discussion communication Ledoux-Lebard. — Radiologie des scissures pulmonaires, Paris, Doin 1934. — Lobe infracardiaque ou lobe inférieur accessoire. (*Rev. de la Tuberc.*, 1935, p. 206.)

JALET. — Étude radiologique du lobe cardiaque. (*Journ. Radiol.*, 1933, p. 656.)

M. LAQUERRIÈRE. — Image triangulaire du lobe inférieur droit. (Th. Paris, 1935.)

LEBOURDELLES, JALET et AMIGUES. — Sur les réactions de la scissure cardiaque. (Soc. méd. milit., juill., 1932.)

LEBOURDELLES. — Discussion communication D'Hour.

LELEU. — Images triangulaires de la base droite. (Th. Lille, 1934).

LEDOUX-LEBARD et J. GARCIA-CALDERON. — Diagnostic radiologique des lobes accessoires de la base. *Rev. de Tuberc.*, 1933. p. 898). — Les lobes accessoires de la base pulmonaire. (*Bullet. Soc Radiol.*, 1933, p. 718).

OTTONELLO. — Cité par Leleu (*Radiol. Medica*, 1932.)

POZZI. — Cité par Amigues.

R. PIERRET et M.-A. BRETON. — Essai d'interprétation des images triangulaire de la base droite. (*Gaz. des Hôp.* 1935. n° 13, p. 209.)

L. PIGORINI. — Sopra il lobo inferiore accessoris del polmone. (Analysé *in Amer J. of Rœntgen*, 1934, t. 32, p. 573.)

L. RIGLER et L. G. ERICKSEN. — The inferior accessory lobe of the lung. (*Am. j. of Rœntgenology*, 1933, t. 29, p. 384.)

E. RIST, P. JACOB et P. TROCMÉ. — Pleurésie médiastine et bronchectasie. (*Ann. de Méd.*, 1927, t. 21, p. 144.)

E. RIST, P. JACOB et SOULAS. — Nouveau cas de bronchectasie simulant la pleurésie médiastine. (Soc. Hôp., 1928, p. 724.)

(1) Manuscrit aimablement communiqué par les auteurs.

J. Sagel et L.-G. Rigler. — Mediastinal pleural effusion. (*Am. J. Rœntgenology*, 1930, t. 26.)

G. Schaffner. — *Virchow Archiv*, 1898, t. 152, p. 225.

E. Sergent et F. Bordet. — Dilatation des bronches simulant la pleurésie médiastine. (Soc. Hôp., 1927, p. 742, *Arch. Med. chir, de l'appareil circulat.*, 1927.)

C. Schall et Hofmann. — Zur anatomie der Interlobar spalten (analysé In *Amer. J. of Rœntg.*, 1931, t. 26, p. 915.)

Schönfeld. — Beitrage zur Roentgen diagnostik pleuritischen Progresse in Saüglings und kindesalter. (*Monatschr für kinder heilkunde*, 1928, t. 39, p. 385.)

Tapie et Sorrel. — Bronchectasie et pleurésie médiastinale. (Soc. Hop. 1927, p. 1079.)

PHARMACOLOGIE

Contribution à l'étude de l'action vaso-dilatatrice de la quinine ; effets cardio-vasculaires du phényléthylbarbiturate de quinine

Par **H. BUSQUET** et **Ch. VISCHNIAC**

L'action vasomotrice de la quinine a donné lieu à de très nombreux travaux contradictoires. Toutefois, la plupart des auteurs considèrent cet alcaloïde comme vasodilatateur, Chirone (1) a constaté la dilatation des vaisseaux de l'oreille, chez le lapin, après administration de quinine. Kobert (2) et Thomson (3) concluent à l'action vasodilatatrice à la suite d'expériences de perfusion sur des organes isolés. Nelson (4) a également admis la possibilité de la vaso-dilatation d'après des résultats obtenus par la pléthysmographie. Tout récemment, Raymond-Hamet (5), en utilisant le principe de la méthode de Schilf (6), a constaté une accélération du débit sanguin dans la veine fémorale après injection d'éthane-sulfonate de quinine dans l'artère fémorale profonde ; cet auteur a également signalé l'action sympatholytique, et, par conséquent, vasodilatatrice, des sels de quinine.

Nous avons repris l'étude des effets vasomoteurs de cet alcaloïde en utilisant le phényléthylbarbiturate de quinine. Ce produit a déjà été obtenu par Bayer (7), en 1910 ; mais, en raison de la difficulté que nous avons trouvée à nous le procurer, nous l'avons spécialement préparé pour nos expériences.

I. *Préparation et propriétés du produit.* — Pour obtenir ce composé, on opère de la manière suivante : dissoudre au bain-marie, 25 gr. d'hydrate de quinine dans 60 gr. d'alcool à 80°. Filtrer. Dissoudre, d'autre part, au bain-marie, avec un réfrigérant à reflux, 13,3 gr. d'acide phényléthylbarbiturique dans 70 gr. d'alcool à 80°. Verser cette dernière solution chaude dans celle de quinine. Bien mélanger et abandonner à la cristallisation pendant 24 heures.

Le produit cristallis : en houppes mamelonnées. Essorer les cristaux, redissoudre dans l'alcool chaud, laisser de nouveau cristalliser pendant 24 heures. Essorer les cristaux, laver une fois à l'éther et laisser sécher à l'air sur papier filtre.

Le produit ainsi obtenu est pur. Il fond au bloc Maquenne à 182°-183°. Il cristallise anhydre ; séché à l'étuve à 100° pendant 3 heures, il ne perd pas de son poids.

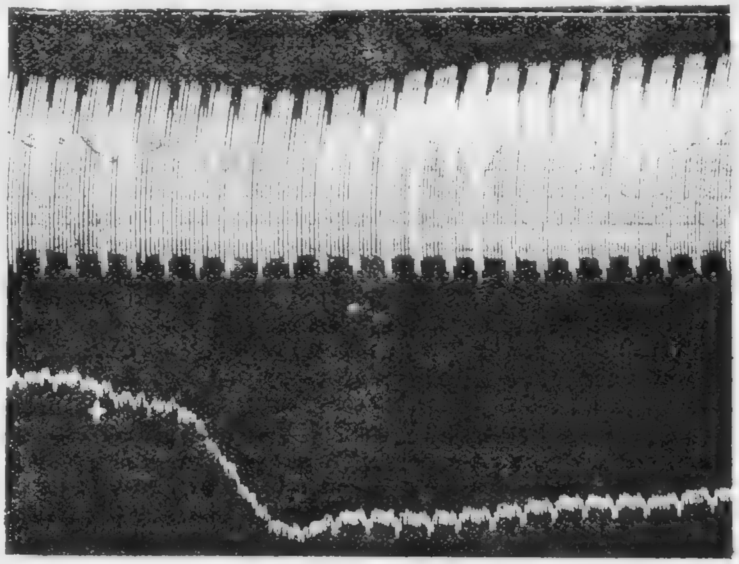
Il est formé par la combinaison d'une molécule de quinine anhydre et d'une molécule d'acide phényléthylbarbiturique et correspond, par conséquent, à la formule suivante :

$$\begin{matrix} C^6H^5 \diagdown & & CO-NH & \\ & C & & CO.\,C^{20}H^{24}N^2O^2 \\ C^2H^5 \diagup & & \diagdown CO-NH & \end{matrix}$$

Quinine 58,2 p. 100 ; acide barbiturique 41,7 p. 100. P. M. = 556.

Très peu soluble dans l'eau et l'éther, il se dissout dans l'alcool concentré et surtout dans le chloroforme.

II. *Action cardiaque.* — Le produit a été administré à des chiens chloralosés, à thorax ouvert et soumis à la respiration artificielle, dont on inscrivait la pression artérielle et les contractions du cœur *in situ*. La solution injectée était à 1 p. 100, préparée extemporanément dans l'alcool à 40°.



Action du phényléthylbarbiturate de quinine sur le cœur et sur la pression artérielle. — 1re ligne, contractions ventriculaires du cœur *in situ* ; 2e ligne, pression carotidienne. En +, injection intraveineuse de 0,01 gr. de produit par kgr.

Par voie intraveineuse, à la dose de 0,01 gr. par kgr., le phényléthylbarbiturate de quinine provoque une augmentation de l'amplitude des battements cardiaques ; par contre, on obtient un affaiblissement avec 0,03 gr. par kgr.

En injection sous-cutanée, le phényléthylbarbiturate de quinine augmente très nettement l'amplitude des contractions cardiaques, même à la dose de 0,03 gr. et de 0,05 gr. par kgr. ; l'effet se manifeste progressivement et atteint toute sa valeur au bout de 20 à 30 minutes après l'injection. Par cette voie, le produit est donc exclusivement cardiotonique.

III. *Action hypotensive.* — Par injection intraveineuse, le phényléthylbarbiturate de quinine, est, à faible dose, inactif sur la pression, mais il la fait baisser nettement, dès qu'on arrive à 0,1 gr. par kgr. ; à des doses plus fortes, l'hypotension atteint même des proportions considérables.

Par voie sous-cutanée, l'administration de 0,03 gr. à 0,05 gr. par kgr. (dose cardiotonique) provoque, au bout de 15 à 20 minutes, une baisse notable et prolongée de la pression artérielle.

IV. *Mécanisme de l'hypotension.* — La comparaison des actions s'exerçant simultanément sur le cœur et sur la pression artérielle permet de conclure avec certitude que la quinine est vasodilatatrice. En effet, les faibles doses intraveineuses (0,01 gr. par kgr.), qui renforcent le cœur, n'en produisent pas moins

(1) V. Chirone. — *Lo Sperimentale*, 1874, t. 34, pp. 129, 257 et 618.
(2) R. Kobert. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, 1887, t. 22, p. 93.
(3) H. Thomson. — Inaug. Dissertat., Dorpat, 1886.
(4) E.-E. Nelson. — *Arch. Intern. de Pharmacodyn.*, 1927, t. 33, p. 186.
(5) Raymond Hamet. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1935, t. 118, p. 231.
(6) L. Schilf. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol*, 1927, t. 126, p. 38.
(7) Bayer. — *Chem. Centralblatt*, 1912, brevet allemand n° 247.188.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Pathologie externe (9e édition, entièrement mise à jour), par le Professeur E. FORGUE, associé national de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Institut. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix Godard 1903). Deux volumes (*Collection Testut*) in-8°, formant 2.370 pages avec 1.161 figures en noir et en couleurs dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonnés, 180 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Depuis trente-quatre ans, ce livre, paru en 1901, et honoré deux ans après, par l'Académie de médecine, du prix Godard, est entre les mains des étudiants et, selon l'appréciation du Professeur Jeanbrau, tous les médecins des pays de langue française en ont fait leur livre de chevet. « Étudiants, candidats au concours, praticiens, professeurs, tous, nous dit il, l'ont lu et relu ; et plus ils le lisent, plus ils en admirent l'unité harmonieuse, la documentation judicieusement réduite aux travaux qui ont éclairé la question, l'illustration ingénieuse, l'élégance bien française. Faire tenir toute la pathologie chirurgicale dans deux volumes de mille pages.

Voici la neuvième édition de cet ouvrage : le succès même du livre a permis que ces éditions successives fussent des révisions périodiques, nécessaires pour suivre la chirurgie moderne en sa constante évolution. Celle-ci est, en beaucoup de chapitres, plutôt, un nouveau livre, qu'un nouvelle édition. Car l'auteur s'y est efforcé de donner à la chirurgie viscérale sa juste place, conforme, d'une part, à l'importance des acquisitions modernes, d'autre part, aux limites que doivent garder, dans un précis de pathologie externe, ces questions médico-chirurgicales.

Dans cet ouvrage, totalement remanié et mis à jour, l'auteur s'est conformé à sa règle d'enseignement : placer les questions à leur plan relatif de fréquence clinique et de portée pratique, les hommes qui les ont fait progresser à leur juste rang, les symptômes à l'échelle de leur valeur, les traitements à leur position actuelle d'efficacité.

Au total, une œuvre magnifique, un des grands livres médicaux du siècle.

La Construction et l'Aménagement de l'Hôpital Psychiatrique et des Asiles d'aliénés, par les Docteurs J. RAYNIER et Jean LAUZIER. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois, Paris.

Sous ce titre, les Docteurs J. Raynier et J. Lauzier ont publié un ouvrage fort intéressant, fort documenté, précieusement illustré qui sera dorénavant indispensable aux médecins, aux architectes et aux administrations publiques.

Tous deux médecins des Asiles, l'un inspecteur général des Services administratifs, l'autre médecin chef de la Maison de santé interdépartementale de Clermont ils ont uni leurs compétences et leurs documentations pour le plus grand bien des malades.

Ils se sont entourés en outre de l'avis éclairé de nombreux médecins d'asiles et d'administrateurs éminents.

Ils nous apportent un document capital, mais dont la grande technicité rend l'analyse très difficile : il faudrait tout citer, et comment faire un choix ?

Tour à tour, les auteurs étudient :

Les dispositions générales applicables à l'ensemble des constructions et services d'asiles :

Emplacement, alimentation en eau, évacuation des matières usées, orientation, plan d'ensemble, surface du terrain et du domaine, escaliers, couloirs, aération, chauffage, éclairage, distribution d'eau, sonorité, revêtements muraux, choix des matériaux, assainissements des murs, toitures, greniers, cours et jardins.

Chacune de ces questions est étudiée avec soin, et toutes les précisions techniques sont rapportées.

Ils étudient ensuite les dispositions applicables aux établissements d'aliénés, les divers types d'asiles, les quartiers de classement, le nombre de malades d'un asile, l'aménagement des fenêtres, planchers, portes, etc., les indications spéciales à chaque quartier de placement, asiles, sections d'hôpital, sections d'hospice, services de sureté, services ouverts les asiles spéciaux.

De nombreuses pages sont consacrées aux services d'administration, aux services généraux, au logement du personnel, à l'exploitation agricole et horticole.

Le dernier chapitre est consacré à la présentation des dossiers, et au rappel d'importantes données numériques pour le calcul des places réglementaires.

Pour permettre au consultant de trouver immédiatement le renseignement qu'il désire, les auteurs ont heureusement établi un index alphabétique détaillé qui achève de faire de l'ouvrage un élément de travail indispensable, comme nous le disions, pour les médecins, les administrations publiques et les architectes.

Nous souhaiterions le voir dans les bibliothèques des collectivités correspondantes auxquelles il rendrait à tous égards, d'inestimables services.

A. F.

Traitement des fractures et luxation des membres, par Jacques LEVEUF, Ch. GIRODE, R.-Ch. MONOD. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 442 pages, avec 313 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La nouvelle édition de ce livre a été entièrement refondue, il a conservé son caractère essentiellement pratique, la longueur du texte est la même, mais l'illustration est plus abondante ce qui facilite la description des opérations, celle des divers appareils et leur mise en place.

Le but essentiel des auteurs qui ont pratiqué ces méthodes de traitement et les ont enseignées dans les cours pratiques est de démontrer qu'avec un traitement orthopédique bien conduit on arrivera le plus souvent à d'excellents résultats dans le traitement des fractures. On trouvera donc dans ce manuel toutes les notions récentes de ce traitement orthopédique, y compris les principes les plus élémentaires qui ne sont pas toujours les moins utiles à consulter.

Le traitement doit dans certains cas céder le pas à l'intervention sanglante et la technique générale des divers procédés d'ostéosynthèse est alors exposée avec le plus grand soin accompagnée de figures démonstratives.

Ces indications opératoires dont l'usage est devenu courant ont pris une place plus grande dans cette édition.

La première partie de ce livre est consacrée aux fractures. Elle débute par un important chapitre de généralités. 1° Sur le traitement orthopédique (Premiers secours, Immobilisation, Étapes du traitement, Surveillance du blessé en traitement) ; 2° Sur le traitement sanglant des frac-

tures fermées (Anesthésie, voies d'abord, réduction avec ou sans ostéosynthèse, soins postopératoires). Toutes les indications utiles concernant l'outillage, les diverses méthodes et les techniques sont indiquées : puis pour chaque cas envisagé : épaule, coude, avant-bras, etc., etc., les auteurs indiquent le traitement d'urgence, le traitement définitif et le traitement sanglant.

Un chapitre est consacré au traitement des fractures ouvertes.

La deuxième partie traite des luxations. Les auteurs indiquent pour chaque cas particulier comment réduire, comment maintenir la réduction, comment rendre à l'articulation sa souplesse.

Ainsi peut-on se rendre compte de l'intérêt que présente la nouvelle édition de ce livre, dans lequel les auteurs ont réussi à adapter les derniers perfectionnements de la technique aux besoins de la pratique courante.

Annuaire médical de Marseille 1935. – L'Annuaire médical de Marseille et de la Provence vient de paraître pour la dix-huitième fois. Cela indique son intérêt et sa vitalité. Volume de 444 pages, très exact parce que régional, il contient la liste du Corps médical de la Provence, de la Côte d'Azur et de la Corse, ainsi que la liste de tous les sanatoriums français et un très bon Memento des spécialités pharmaceutiques. Envoi franco contre 15 francs. *Editions Quo Vadis*, 107, rue Paradis, Marseille.

Les grands écrivains de France illustrés. XVIIe siècle, par MM. E. Abry, J. Bernès, P. Crouzet, J. Léger. 1 vol. in-4°, 374 illustrations cartonné. Prix : 27 francs. H. Didier, éditeur, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

Ce fascicule (496 pages !) est le troisième de l'ouvrage monumental de M. P. Crouzet et de ses collaborateurs. Avaient déjà paru : MOYEN-AGE, XVIe SIÈCLE. Paraîtront prochainement : XVIIIe SIÈCLE ; XIXe SIÈCLE.

En offrant ces morceaux choisis aux élèves de l'enseignement du second degré, aux étudiants, à tous les amis des lettres françaises, les auteurs présentent un ouvrage vraiment nouveau, qui sera le complément indispensable de leur *Histoire illustrée de la Littérature française*.

Mais alors que les morceaux choisis sont souvent des citations qui justifient les jugements d'un manuel, ils sont au contraire, dans le livre de M. Crouzet, la contre-partie du manuel. En représentant la vie avant la dissection, ils font dérouler à nos yeux, sur la trame du temps, dans leur synthèse intacte, des figures et des livres.

Ainsi, dans cet ouvrage, les écrivains se présentent avec leur notice, silhouettes nettes sur le fond des époques, à la date de leur naissance ; leurs livres, à la date de leur publication, dans le découlement d'une vie.

D'autre part, innovation particulièrement heureuse, les titres sont les titres même des livres. « Qu'ils ne soient pas une simple référence, dit M. Crouzet, c'est précisément notre programme... La page citée n'est qu'un morceau de l'œuvre illuminé. Aussi notre choix s'est-il toujours dirigé vers l'œuvre centrale, vers la scène maîtresse, qui, avec son titre significatif, doit faire clou dans la mémoire pour accrocher l'ensemble. Il faut qu'on voie la rose dans le *Roman de la Rose*, l'atrabilaire amoureux dans le *Misanthrope*, l'appel de la vendetta dans *Colomba*, etc. ».

Les auteurs ne se sont pas contentés de montrer de belles pages, ils leur ont ajouté un commentaire solide et suggestif. Quelques lignes intitulées *Pour le commentaire* en donnent l'orientation générale, soulignent l'intérêt de l'extrait, suggèrent quelques-unes des préoccupations avec lesquelles il doit être lu ou expliqué. Elles ont pour complément des notes littéraires qui provoquent plus l'attention qu'elles ne fournissent des appréciations toutes faites.

Quant aux faits de langues, ils sont expliquées par des règles symbolisées par un exemple mnémotechnique.

Les règles qui ont présidé à l'illustration serviront d'enseignement à tous ceux qui se préoccupent d'illustrer un texte.

Ce n'est point ici, comme généralement, une amusette des yeux, une invitation à feuilleter. Dans l'*Histoire illustrée de la Littérature française*, la documentation figurée illustre les biographies des auteurs. Ici sont illustrées les œuvres elles-mêmes, l'illustration restant une aide, mais une aide nécessaire. Et sans doute s'étonnera-t-on un jour qu'ait été pratiquée si longtemps l'explication de *Heureux qui comme Ulysse*... sans le petit Lyré et le mont Palatin, des *Bûcherons de la forêt de Gastine* sans la tapisserie du musée des Arts décoratifs, et de *La Voulzie* sans une simple photographie.

Au total, ouvrage digne de tous les compliments, pour les auteurs et l'éditeur qui l'ont si parfaitement réalisé. M. G.

Théroigne de Méricourt, d'après des documents inédits tirés des Archives secrètes de la Maison d'Autriche, par Otto ERNST. Traduction française du Lieutenant-Colonel P. WAECHTER. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique. 25 francs. Payot, 196, boulevard Saint-Germain, Paris.

« J'ai eu la chance, dit M. Otto Ernst dans son avant propos, au cours de recherches de plusieurs années, de découvrir dans les *Haus-Hof und Staatsarchiv* de Vienne, un épisode romanesque de la Révolution française excessivement empoignant. J'ai trouvé tous les documents se rapportant à l'enlèvement, aux interrogatoires et à la vie de Théroigne de Méricourt, cette héroïne célèbre de la Révolution.

« Théroigne a été vraiment l'enfant de son temps, comme tous les personnages que nous verrons défiler sous nos yeux ont été les prototypes de leur classe et de la société plus ou moins cultivée dans laquelle ils ont vécu. Tous les hommes contemporains de ce tournant de l'histoire universelle ont été directement et personnellement mêlés aux événements survenus. Grâce précisément à ce concours de circonstances, les épisodes dépeints dans ce livre non seulement nous permettent de connaître l'histoire personnelle de tous les acteurs, mais, avant tout, ils nous familiarisent avec l'atmosphère toute spéciale de la période révolutionnaire, qui contient en germe, les fondements des temps futurs. C'est là que résident l'intérêt et la valeur de cette publication.

Théroigne de Méricourt a gardé dans l'Histoire, l'appellation de l'*Amazone de la Liberté*.

Amazone de la Liberté, oui, si l'on suit Théroigne haranguant les foules et prêchant le nouvel évangile, ici perchée sur un cheval, là à la tribune, là encore juchée sur un affût de canon et toujours vêtue de ses habits rouges ou bleus d'amazone. Cependant, d'après les documents de Vienne, mis à jour par M. Ernst, on est maintenant en droit de soupçonner Théroigne de Méricourt d'avoir trahi ses amis et la France, et d'avoir été, dans les dernières années de son activité révolutionnaire, un agent en France de l'empereur d'Autriche qui, sans aucun doute, ne l'a pas remise en liberté après sa longue et dure captivité à Kufstein, sans lui demander des services secrets en échange. C'est sur ce point que le livre du Docteur Otto Ernst apporte de véritable révélations.

DE L'ACADÉMIE DE LA BALLADE FRANÇAISE ET DES POEMES A FORME FIXE, Hôtel Lavenue, 68-70, boulevard Montparnasse, Paris XIVe.

Les poètes et la tradition. Des poèmes généralement à forme fixe, bien entendu ; quelques-uns de très bonne venue. Puis la liste des académiciens. Nos meilleurs vœux à ce groupement et à son diligent secrétaire général : Claude Faville. E. de M.

De Jean DESTHIEUX : **Psaumes**. Editions Excelsior, Quai de la Tournelle, 27, Paris (V^e).

Une épopée écrite en vers qui ne riment pas. Desthieux est un ennemi acharné de la rime.

« *C'est le rythme, dit-il, qui fait le vers, non la rime.*

Pardon, Maître, la rime, elle aussi, est un rythme.

Des alexandrins peuvent être figurés ainsi quant au rythme :

1. 2. 3. 4. 5. 6-7. 8. 9. 10. 11. I.
1. 2. 3. 4. 5. 6-7. 8. 9. 10. 11. II.
et ainsi de suite.

Au rythme, indéfiniment renouvelable : 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. s'ajoute par la rime le rythme indéfiniment renouvelable : I. II – I. II – I. II....

C'est comme si dans un mouvement de gymnastique en douze temps tous les douzièmes temps s'augmentaient d'un mouvement supplémentaire très apparent correspondant au mouvement supplémentaire du douzième temps précédent.

Rythmes et rimes ne sont pas nés de la fantaisie humaine ; ils ont leur causes *biologiques* de même que les règles essentielles de la poésie métrique sont d'ordre biologique.

Ce n'est pas d'ailleurs que ce que le langage technique désigne par le nom de vers *blancs* c'est-à-dire vers sans rimes ne puisse avoir ses mérites. Jean Desthieux le prouve par la tenue, la noblesse et l'harmonie de cette admirable épopée qu'il appelle *Psaumes*.

Mais, lui aussi, Jean Desthieux, n'est pas sans goûter parfois les charmes maléfiques de la rime, puisque son *Carnet défendu* (Office bibliographique, rue Bonaparte, 35, Paris-VIe) contient toute une série de beaux sonnets parfaitement rimés.

On lira dans la revue qu'il dirige : *Les Heures perdues* (quai de la Tournelle, 27, Paris-V^e) l'exposé de ses opinions sur le rythme et sur la rime avec beaucoup d'études originales consacrées à d'autres sujets.

E. de M.

THÉATRE D'HENRI MAZEL, 3 vol. *Mercure de France*, rue de Condé, 26, Paris VIe.

Huit tragédies héroïques consacrées à Byzance, à la lutte de la latinité contre ceux que Rome appelait des Barbares. Tragédies qu'un effort modique permettrait de porter à la scène. Nous les signalons parce que leur lecture est un régal pour le lettré et pour le philosophe. Titres de pièces : *Le Chevalier nazaréen*. — *La fin des Dieux*. — *Les amants d'Arles*. — *Le khalife de Carthage*. — *L'Hérésiarque*. — *Archytas de Métaponte*. — *Les Amazones*. — *Avant l'âge d'or*.

Un beau joyau de plus dans le bagage imposant d'Henri Mazel.

E. de M.

De René MONCLIN : **Les damnés de la guerre**. Préface de F. GOUTTENOIRE DE TOURY. Editions G. Mignolet et Storz, rue Fléchier, 2, Paris IXe.

Histoire atroce des soldats exécutés pour trahison, pendant la guerre et réhabilités depuis ou en passe de l'être.

Cette brochure est effroyable.

Et l'on ne peut penser sans frémir au calvaire des braves gens exécutés (et à celui de leurs familles) et à l'impunité de leurs bourreaux.

La peur, peur du danger, peur des chefs, seule la peur peut expliquer mais non certes faire excuser — semblables crimes.

Semblables crimes, levains de haine — levains qui fructifient aujourd'hui en un antimilitarisme embrasant bien des cœurs et bien des volontés, tels ceux de l'auteur du livre.

G. ESPÉ DE METZ.

une chute de la pression, ce qui ne peut s'expliquer que par une dilatation des vaisseaux (*fig.*). Par voie sous-cutanée, le produit, même à doses élevées, renforce le cœur, en même temps qu'il fait baisser la pression. La coexistence de ces deux phénomènes prouve avec évidence que les vaisseaux se sont dilatés.

D'après ce qui précède, on pourrait croire qu'en raison de cette action vasodilatatrice, le volume des organes splanchniques doit augmenter pendant qu'apparaît la chute de pression. En réalité, il n'en est rien ; le volume du rein et celui de la rate diminuent pendant que s'accomplit la chute de la pression artérielle, probablement parce que ces organes subissent passivement la conséquence de l'hypotension générale. La vasodilatation paraît siéger principalement sur les vaisseau des membres, comme semblent l'indiquer les expériences de Raymond-Hamet.

Conclusion. — Aux preuves déjà fournies en faveur de l'action vasodilatatrice de la quinine, il convient d'en ajouter une nouvelle, celle qui résulte des effets cardiaques et tensionnels simultanés du phényléthylbarbiturate de quinine. Ce produit renforce les contractions du cœur, en même temps qu'il fait baisser la pression ; ces deux phénomènes concomitants démontrent d'une manière décisive l'action vasodilatatrice de la quinine (1).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies infectieuses

La péritonite aiguë primitive scarlatineuse est une complication très rare. Les traités classiques tant en France qu'à l'étranger ne font que la mentionner. Si l'on consulte les statistiques existant, surtout étrangères, on s'aperçoit encore mieux de sa rareté. Dix-neuf observations seulement ont été publiées. Un nouveau cas vient d'être observé par M. Sabadini.

Un garçon de 14 ans, habitant les environs d'Alger, est renvoyé de son école pour angine avec fièvre. Cinq jours après, apparition de douleurs abdominales violentes avec vomissements. Température à 40°. Le sixième jour, il entre à l'hôpital. On porte le diagnostic de péritonite généralisée, d'origine appendiculaire probable. Intervention immédiate. Appendice légèrement congestionné, mais sain. Abdomen envahi par un épanchement considérable, libre, de pus jaune, mêlé à de longs filaments fibrineux, et inodore. Il envahit le Douglas, les flancs et remonte dans les hypocondres. Drainage. Le lendemain matin de l'intervention on constate l'existence d'une éruption très discrète au niveau des plis de flexion des membres et d'une langue rouge particulière, qui avait échappé lors de l'examen nocturne.

Examen direct du pus : streptocoque pur. Les résultats de l'hémoculture et de l'ensemencement du pus concordent ; il s'agit de streptocoque hémolytique. Malgré une thérapeutique antistreptococcique très énergique, mort trois jours après l'intervention.

La péritonite aiguë primitive scarlatineuse doit certainement survenir plus souvent qu'on ne le croit pour déterminer la mort du scarlatineux.

Il est donc utile de le connaître pour essayer de la dépister dès son début.

C'est une péritonite primitive à streptocoques au cours d'une septicémie streptococcique. Elle est très grave et entraîne sûrement la mort en deux à trois jours si l'on n'intervient pas. Elle ne s'accompagne pas de lésions viscérales de l'abdomen.

Elle peut apparaître soit à la période d'éruption ou de desquamation d'une scarlatine connue, soit au cours d'une scarlatine fruste, soit plus ou moins tardivement après une atteinte scarlatineuse.

Elle se manifeste d'emblée par des signes péritonéaux, à grands fracas avec ventre de bois immédiat, température à 40°, un pouls à 150-160.

Et ces signes, si immédiatement intenses, doivent faire penser à son existence.

Etant donnée la virulence plus grande et plus continue du streptocoque, il paraît illogique de vouloir l'assimiler, quant à la thérapeutique, aux péritonites à pneumocoques.

C'est pourquoi, loin d'être retardée, l'intervention doit être au contraire très précoce, tout en restant minima et peu choquante. Mais il faut dans tous les cas lui adjoindre un traitement médical énergique, en employant tous les moyens biologiques que l'on possède.

Car elle est excessivement grave. Cependant, il est permis d'espérer que, mieux connue et énergiquement traitée dès les premières minutes de son apparition, elle pourra, à l'avenir, être plus facilement jugulée.

(L. Sabadini. La péritonite aiguë généralisée primitive compliquant la fièvre scarlatine. *La Presse Médicale*, 13 avril 1935.)

Tuberculose

La scalénotomie, opération qui consiste à sectionner les muscles scalènes est la dernière venue dans l'arsenal de la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire.

Elle ajoute 50 p. 100 d'efficacité à la phrénicectomie. Elle donne ses meilleurs succès dans la caverne située très haut, au dessus du bord de la deuxième côte, de volume moyen, de diamètre inférieur à quatre centimètres (Fisher).

Si la cavité est superficielle, il y a peu d'espoir. Au contraire si les côtes supérieures s'élèvent beaucoup dans la respiration normale, comme on peut le contater à la radioscopie, le résultat sera sans doute très bon.

On a reproché à la section musculaire de faire illusion et de risquer ainsi de laisser passer « l'heure de la thoracoplastie », ce qui est injuste, car pas plus qu'une phrénicectomie, la scalénotomie n'empêche de faire une thoraco à temps, si on veut la faire : par contre elle a l'avantage d'abaisser la première côte ce qui en rend l'accès beaucoup plus facile lorsqu'on vient la réséquer.

(Robert Monod et Marc Iselin. Les scalénotomies dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *La Médecine*, mai 1935).

Au cours des 10.141 insufflations pleurales qu'il a pratiquées, Burrell a observé seulement comme complications graves :

Un cas mortel de shock pleural ;

Trois cas de shock sévère mais non fatal ;

Quatre cas de piqûre du cœur ou d'un gros vaisseau, avec pénétration de sang dans le tube, mais sans conséquence sérieuse ;

Deux cas d'embolies gazeuses graves qui ont guéri l'un et l'autre.

Au cours du traitement d'une série de 500 cas, les complications suivantes ont été observées :

Trois cas de pneumothorax spontané du côté opposé, qui ont été mortels ;

Quatre cas de rupture du poumon du côté traité, qui ont été suivis d'épanchement purulent avec persistance de fistules ; ils ont également tous été suivis de mort ;

122 fois un épanchement séro-fibrineux et 54 fois un épanchement purulent. Six femmes devinrent enceintes au cours du traitement, chez l'une d'elles se produisit une aggravation, chez les cinq autres, il n'y eut aucune conséquence mauvaise.

(Burrell. Sur quelques complications exceptionnelles du pneumothorax artificiel. *La Médecine*, mai 1935.)

Pourquoi considérer d'emblée le pneumothorax comme impossible, inutile ou inefficace dans les cavernes géantes ? Qu'il soit plus difficile et plus délicat dans de pareilles circonstances, personne ne le contestera. Ce n'est pas une raison pour en abandonner l'idée, pour ne pas en discuter l'opportunité chez certains malades, en raison de la gravité des lésions qui s'accentueront presque toujours si on ne les combat pas, de la gravité des autres interventions qu'on est amené à proposer parfois.

(1) D'après les *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séance du 1er juin 1935.

Les faits sont là pour prouver que l'intervention médicale est possible et efficace assez souvent.

(Pierre Pruvost. Le pneumothorax est parfois possible et efficace comme traitement des cavernes géantes. *La Médecine*, mai 1935.)

Hypertension artérielle

Le facteur endocrinien dans la genèse de certaines formes d'hypertension artérielle est incriminé par un certain nombre d'auteurs.

Les hypertensions d'origine surrénale, ovarienne, thyroïdienne, hypophysaire, sont les plus fréquemment invoquées. Il apparaît bien cependant qu'il existe un certain désaccord entre les données des physiologistes qui conçoivent la possibilité d'une origine endocrinienne, surrénalienne ou hypophysaire, de toute hypertension et des cliniciens qui notent rarement des signes de perturbations glandulaires grossières chez les hypertendus. Reprenant cette question des rapports de l'hypertension et des glandes à sécrétion interne, MM. Paul Halbron et H. Pierre Klotz arrivent aux conclusions suivantes :

Ni l'étude clinique, ni l'étude interférométrique ne permettent de faire le décompte d'une manière indiscutable des hypertensions d'origine endocrinienne.

Cliniquement, en effet, le cas le plus souvent rencontré est celui de la femme à la ménopause, présentant associés des troubles endocriens variables et une hypertension artérielle sans qu'on puisse faire de l'un de ces deux états la cause certaine de l'autre.

Du point de vue interférométrique toute hypertension serait d'origine endocrinienne, les deux glandes le plus fréquemment en cause étant la surrénale et l'hypophyse. Si ces données rejoignent les conceptions théoriques, sur le rôle hypertenseur de ces glandes, elles n'en restent pas moins hypothétiques.

C'est donc en dernier ressort à l'épreuve du traitement seule que l'on peut actuellement avoir recours pour affirmer la nature endocrinienne d'une hypertension artérielle ; c'est dire combien son affirmation restera passible de critiques puisque dans l'interprétation d'une amélioration thérapeutique il faut envisager l'action de nombreux facteurs et non le seul effet de la médication employée.

Il est des cas cependant où la netteté de l'amélioration semble emporter la conviction.

Il en est ainsi, semble-t-il, des observations récentes de Drouet qui vit disparaître des hypertensions avec rétrécissement du champ visuel et élargissement de la selle turcique par la radiothérapie hypophysaire.

MM. Halbron et P. Klotz ont eu l'occasion récemment d'observer trois cas, assez démonstratifs, d'hypertension d'origine endocrinienne dont ils rapportent les observations.

(Paul Halbron et H. Pierre Klotz. Hypertension artérielle permanentes et glandes endocrines. *La Presse Médicale*, 8 juin 1935.)

Dans un cas d'hypertension permanente traitée par surrénalectomie unilatérale, une surcharge adrénalique considérable a été mise en évidence dans la surrénale enlevée. — Selon Testut, les capsules surrénales de l'homme pèsent chacune 5 à 6 grammes. La quantité d'adrénaline des deux surrénales est — d'après Batelli et Lucksch — de 4 à 8 milligrammes. Si on prend ce chiffre fort, et réserve faite de son exactitude, on peut admettre que chaque capsule contient 4 milligrammes d'adrénaline.

Le poids de la surrénale examinée était de : 7 gr. 10, donc supérieur de 18 pour 100 au poids normal.

Richesse en adrénaline : 6 milligr. 30, donc 2 milligr. 3 d'adrénaline en excédent, soit 58 pour 100. En tout cas, elle contiendrait au moins les 6/8, soit les 3/4 de la quantité d'adrénaline que les auteurs estiment exister dans les deux capsules.

L'examen anatomo-patholgique a montré :

a) L'existence d'une volumineuse hémorragie du centre de la glande, sans dépôt pigmentaire.

b) Une vaso-dilatation très marquée de la cortico-surrénale, avec petites hémorragies interstitielles.

c) Des altérations très nettes de la médullaire.

Une augmentation relative du nombre des cellules chromaffinés par rapport aux capillaires sanguins.

Il est très probable que la médullaire est en état d'hyperplasie adénomateuse.

Il serait à désirer que, dans les nouvelles observations de surrénalectomie, la teneur adrénalinique de la surrénale soit déterminée par la méthode physiologique précise. Corrélativement, il serait nécessaire que l'on fixe la teneur normale en adrénaline des capsules surrénales normales chez l'homme adulte.

Il est probable que les chiffres des livres classiques n'expriment pas des valeurs précises et exactes.

L'acte opératoire et son appréhension, ainsi que la mort brusque provoquent une décharge adrénalinique importane, capable de fausser la signification des chiffres obtenus.

Nous manquons, en somme, de base pour calculer rigoureusement l'éventuelle surcharge adrénalinique des surrénales chez les hypertendus. Tant que cette lacune ne sera pas comblée la question ne pourra guère progresser.

(René Leriche, H. Hermann et Pierre-Étienne Martin : Démonstration d'une surcharge adrénalinique marquée de la surrénale dans un cas d'hypertension permanente traitée par surrénalectomie unilatérale. *La Presse Médicale*, 20 mars 1935.)

Thymus

Le thymus est-il une glande à sécrétion interne ou un organe lymphoïde ? Si les biologistes penchent plutôt pour la seconde de ces hypothèses — en admettant toutefois qu'il s'agit d'un organe lymphoïde d'une variété très spéciale, — les cliniciens inclinent vers la première.

Passant en revue les arguments qui plaident en faveur de la nature glandulaire du thymus, MM. Lereboullet et J. Odinet concluent :

Il n'est pas possible d'affirmer absolument que le thymus est bien une glande endocrine, car on peut élever contre cette hypothèse un certain nombre d'arguments qui ne disparaîtront que le jour où seront découverts la substance spécifique du thymus et le lieu de sa sécrétion et où sera prouvé le passage dans le torrent circulatoire de ce principe actif.

Mais si ces conditions rigoureuses exigées à juste titre par les biologistes ne se trouvent pas remplies, il n'en est pas moins vrai que, pour les cliniciens, le thymus se comporte comme une véritable glande endocrine et mérite d'être considéré comme tel. Son extirpation faite dans de bonnes conditions et l'administration régulière de ses extraits donnent, chez l'animal, deux syndromes bien caractérisés et opposés l'un à l'autre, dont les traits fondamentaux sont des modifications de la croissance staturale et du développement des organes génitaux.

C'est pourquoi il était logique de tenter chez l'homme de remédier aux retards de croissance staturale ou de développement génital par l'opothérapie thymique.

Dans de tels cas, cette médication a donné des résultats très encourageants et qui justifient l'emploi régulier de cette opothérapie chez le jeune enfant.

(P. Lereboullet et J. Odinet. — Les fonctions du thymus. Est-il une glande à sécrétion interne. *Paris Médical*, 8 juin 1935.)

Ophtalmologie

Il y a un moyen très simple pour dépister la simulation d'une cécité unilatérale. — Il consiste à placer un verre convexe devant l'œil sain. On surveille les deux yeux pendant l'examen et on s'assure que le sujet ne cherche pas à fermer l'œil présumé malade pour se rendre compte de la vision de l'autre.

Pour ne pas éveiller ses soupçons, recherchant tout d'abord, les deux yeux ouverts, le degré d'acuité visuelle de l'œil sain, on lui demande alors de lire des lettres trop petites pour être perçues à cette distance par un œil normal. Et devant cette impossibilité, on place devant l'œil le verre convexe très fort sous prétexte d'améliorer sa vision, l'autre œil, bien entendu, demeurant toujours ouvert.

M. le Professeur Terrien rapporte les deux faits suivants :

« Une jeune femme, au cours d'un choc sur le rebord orbitaire qui n'avait entraîné aucune perte de connaissance, se plaint d'une diminution considérable de la vision du même côté. Un de nos distingués collègues, appelé aussitôt, incrimine une lésion traumatique du nerf optique à son passage dans le trou optique, syndrome fréquent en pareil cas avec sa triade symptomatique classique : perte brusque de la vision, intégrité du fond de l'œil et abolition du réflexe lumineux de la pupille. Or ici, ayant été appelé quelques jours plus tatrd et constatant l'intégrité de ce réflexe, je soupçonnai aussitôt la simulation. Je pus le mettre en évidence par le moyen très simple du verre convexe très fort placé devant le bon œil, tandis que la malade était invitée à lire les deux yeux ouverts. Elle y arrivait parfaite-

tement et ce ne pouvait être, bien entendu, qu'avec l'œil soi-disant déficient, la vision de l'autre étant brouillée par le verre convexe.

« L'autre observation a trait à une fille accusant un trouble très accusé d'un œil, survenu brusquement. Un de nos confrères, incriminant une altération de la macula, avait pratiqué aussitôt sans résultat trois injections d'acécholine. Appelé à examiner l'enfant et recherchant la simulation, que je soupçonne toujours en pareil cas, un verre convexe fort placé devant l'œil sain me démontra l'excellence de la vision de l'autre. L'enfant, sur ma promesse de ne pas la dénoncer, m'avoua sa supercherie qui n'avait d'autre but que de se rendre intéressante ».

(Professeur F. Terrien. — La valeur de l'examen de l'œil en neurologie. *Le Bulletin Médical*, 25 mai 1935.)

Thérapeutique clinique

Huit malades atteints de zona ont été traités par des injections intratissulaires d'eau d'Uriage prise à la source même. — Les résultats obtenus ne peuvent laisser aucun doute sur la remarquable efficacité de cette thérapeutique et sur sa constance. L'eau d'Uriage, prise au griffon, injectée en possession de son activité totale, paraît exercer une action plus régulière et plus puissante que l'eau transportée, privée par le vieillissement d'une partie importante de ses propriétés vitales.

(F. Teulon-Valio. — Action de l'eau d'Uriage à son émergence en injections intratissulaires dans le traitement du zona. *La Presse Médicale*, 13 avril 1935.)

La vagotonine représente, dans certains cas un traitement intéressant de l'hypertension. Elle est exempte des inconvénients ordinaires des médications hypotensives, dont l'action est plus brutale, moins générale et beaucoup moins durable.

Les indications principales sont :

a) La présence de troubles fonctionnels (fourmillements, crampes, spasmes et surtout céphalée et insomnie) ;

b) Le caractère oscillant de la pression artérielle ;

c) L'existence de symptômes de la série végétative.

Les indications accessoires sont : l'amaigrissement, le mauvais état général des malades, l'hyperglycémie.

Les seules contre-indications importantes sont le grand âge des malades et l'insuffisance cardiaque avérée : la vagotonine est alors inutile plutôt que dangereuse.

Elle peut être associée d'ailleurs aux traitements de terrain, comme l'iode — et avec beaucoup de profit aux vaso-dilatateurs comme l'acétylcholine.

Cette dernière association, a donné quelques beaux résultats.

Il n'est évidemment pas question de reconduire à des chiffres normaux une hypertension élevée — ce qui n'est ni possible, ni peut-être même souhaitable — mais de stabiliser un malade à des valeurs tensionnelles modérées et bien tolérées.

D'un maniement facile, cette médication doit être administrée de préférence en séries brèves, renouvelées, selon les circonstances, comme le traitement de long cours d'une affection chronique, capricieuse et susceptible de véritables poussées évolutives.

Il arrive qu'après la piqûre les malades se plaignent de prurit, sensibilité douloureuse dans la région de l'injection qui peut être le siège d'une rougeur localisée.

Il suffit généralement, pour éviter ces troubles, de faire toujours l'injection intramusculaire profonde et non sous-cutanée.

(P. Bernal. Action de la vagotonine chez les hypertendus. *La Presse Médicale*, 30 mars 1935.)

Varia

Il faut, cesser d'affirmer que dans la maladie de Basedow, l'application préalable de rayons X rend impossible l'exérèse chirurgicale. Elle peut la compliquer, en effaçant les clivages, en rendant plus friable et plus hémorragique le parenchyme thyroïdien. Mais il n'y a pratiquement jamais impossibilité formelle. Les chirurgiens ont eu raison d'attirer l'attention sur sur ces inconvénients de la radiothérapie. Ils sont réels, bien qu'inconstants. Mais, c'est faire acte de mauvaise foi que de transformer en incurables, les malades irradiés sans succès.

(Pierre Jourdan. — Basedow et chirurgie. *L'Hôpital*, avril 1935-B).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1935

Les appareils vaso-sensoriels de thermo stabilisation. — ***M. Dubreuil.*** — La présence de dispositifs vasculaires de type veineux, annexés à la plupart des organes des sens spécialisés, permet de classer ces organes sous le terme général d'« appareils vaso-sensoriels ». Ces dispositifs vasculaires sont constitués en général par un lacis veineux ou un sinus veineux très important, accolé ou annexé à l'appareil nerveux, et se situent dans la couche conjonctive immédiatement adjacente à ce dernier.

Les parties vasculaires doivent être considérées comme des circulations fonctionnelles, au même titre que la circulation du glomérule rénal ou celle des lobules hépatiques ou des lobules pulmonaires. Leur fonction semble être le maintien d'une température optima dans l'organe sensoriel par des échanges calorifiques entre le sang circulant et la zone sensorielle proprement dite ; c'est pourquoi l'auteur les désigne comme « appareils de *thermostabilisation* ».

La nécessité d'une température optima pour la perception sensorielle est démontrée par les variations du réflexe dépressif circulatoire à point de départ dans le sinus carotidien ; l'abaissement de la température locale à la terminaison du nerf de Hering atténue ou même abolit le réflexe.

Du même coup, le rôle des appareils vaso-sensoriels de thermostabilisation dans les organes des sens exposés au refroidissement se trouve démontré.

Les organes profonds (oreille interne), soustraits aux variations de température par leur situation même, en sont dépourvus.

Stase papillaire et méningites séreuses. — ***M. Félix Terrien***, se basant sur soixante observations de méningite séreuse, en recherche les symptômes caractéristiques. Ce sont : la stase papillaire, des troubles visuels subjectifs et des troubles oculo-moteurs.

La stase, toujours bilatérale et ne faisant jamais défaut, se différencie de celle des tumeurs cérébrales par son apparition très précoce, son intensité et son extension généralement moindres, enfin par son évolution plus aiguë, apparaissant avec la méningite et disparaissant avec elle.

Les troubles visuels (obnubilations, diminution très accusée de l'acuité), quasi constants, sont, avec les nausées et les céphalées, le premier signe d'hypertension intracranienne.

Les troubles oculo-moteurs sont moins fréquents. Exceptionnellement, le traitement mercuriel et arsenical a suffi à amener la guérison. Elle a été d'ordinaire rapidement obtenue par les seules ponctions lombaires, prudentes et répétés, complétées au besoin par une craniectomie décompressive.

La culture du bacille de la lèpre. — ***M. A. Vaudremer*** et ***Mlle C. Brun*** font une très importante communication, accompagnée de fort belles projections en couleurs.

Le bacille de la lèpre, découvert en 1871 par le médecin norvégien Armauer Hansen, est le microbe pathogène le plus anciennement connu. Depuis l'époque de sa découverte, les biologistes du monde entier se sont livrés à d'innombrables recherches pour le cultiver. Jusqu'à présent ces recherches étaient restées vaines. Elles ne le sont plus aujourd'hui.

M. A. Vaudremer et Mlle C. Brun exposent leurs recherches et montrent que le bacille de la lèpre se développe comme le bacille de la tuberculose, en parcourant des stades successifs qui, de la forme initiale granulaire, passent par la forme bacillaire privée d'acido-résistance, pour atteindre ensuite la forme acido-résistante. Ces différents aspects du bacille sont déterminés par le milieu de culture employé et par l'âge des cultures elles-mêmes.

Pour voir le bacille de Hansen parcourir le cycle de son développement, il est nécessaire de le soumettre aux substances contenues dans un milieu de Raulin ayant servi à la culture de l'Aspergillus Fumigatus et débarrassé par filtration des éléments aspergillaires. Dans ce milieu, le bacille de Hanson inclus dans les lésions lépreuses commence à se développer. Il est alors facile de le réensemencer dans des milieux différents — et de faire apparaître l'acido-résistance caracté-

ristique du bacille de Hansen, en l'ensemençant dans du bouillon de pommes de terre glycériné à 4 p. 100.

Après deux ans de recherches, M. A. Vaudremer et Mlle C. Brun ont pu conclure que le bacille de Hansen était un microbe à spores.

Les études biologiques faites par les auteurs leur ont montré que le bacille de Hansen cultivé par eux était agglutiné par les sérums des lépreux et seulement par eux ; que ces sérums lépreux détruisaient en 24 heures les bacilles de la lèpre.

Ils ont rappelé aussi les résultats thérapeutiques satisfaisants obtenus par MM. A. Sézary, G. Lévy et M. Bolgert, ainsi que par MM. Touraine et Solente, puis par M. Milian et Mme Spitzer, qui ont employé un vaccin préparé avec les souches du bacille de Hansen cultivées par les auteurs.

De ces travaux il résulte que la culture positive du bacille de Hansen est enfin et pour la première fois obtenue.

Etude d'un cladosporium nouveau (cladosporium tropicalis N. Sp), isolé d'une dermatomycose tropicale. — *A.* et *R. Sartory, J. Meyer* et *R. Weiss.*

Le carotène ambosexuel des hormones génitales et ses conséquences, — *M. Champy.*

Séance du 2 juillet 1935

Importance du chien dans la prophylaxie de l'hydatidose. — *M. H. Velu.* — Le *chien de douar*, principal agent de conservation et dissémination du parasite est roi. *Il échappe à toute surveillance sanitaire* et même à celle du *contrôleur du reltib.* C'est lui le grand coupable. Tant qu'il n'aura pas disparu ou tant qu'on n'aura pas essayé au moins d'en limiter le nombre en lui faisant payer l'impôt comme à son frère de la ville, le problème ne sera pas résolu ; il suffira d'un seul chien par douar ou par région porteur de ténia pour infester des quantités de bovins, de moutons et d'hommes.

Dix années de propagande éducative. L'œuvre accomplie par le Comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale (1925-1935). — *Mme G. Montreuil-Strauss.* — Le Comité d'éducation féminine a été créé par quelques femmes médecins, frappées des dangers que l'ignorance en matière sexuelle fait courir, non seulement aux jeunes filles de milieux ouvriers mais aux femmes de toutes les classes de la société. Son but à la fois hygiénique et moral, est de préparer la jeune fille à son rôle d'épouse et de mère en lui enseignant les notions essentielles de l'hygiène féminine et en la mettant en garde contre les périls, qui menacent sa vie génitale (infections puerpérales, cancer, fibromes et surtout maladies vénériennes).

Les résultats obtenus par dix années d'activité ont été des plus encourageants et justifient cette œuvre dont l'utilité restera jusqu'à ce que les éducateurs soient eux-mêmes suffisamment convaincus de la place importante que doivent occuper la morale et l'hygiène sexuelles dans les programmes normaux de l'enseignement.

Recherches sur les protéides du parenchyme hépatique chez le chien à l'état de jeûne. — *MM. Ch. Achard* et *Piettre.*

Election d'un membre titulaire dans la IVe section (Sciences biologiques, etc...). — *Classement des candidats* :

En première ligne : M. Champy.

En seconde ligne, *ex-æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Baudoin, Binet, Gautrelet, Nattan-Larrier, Weinberg.

Adjoints par l'Académie : MM. Bourguignon, Ledoux-Lebard, Henri Labbé et Vaudremer.

M. Weinberg est élu par 44 voix, contre 37 à M. Champy, 1 à M. Binet.

Le Docteur Weinberg (Michel) est né à Odessa, le 30 janvier 1868.

Professeur à l'Institut Pasteur, il est connu par ses recherches sur le rôle pathogène des parasites intestinaux et sur la gangrène gazeuse.

Il a apporté des preuves incontestables du rôle joué par les parasites dans l'étiologie de certaines maladies d'origine microbienne, (appendicite, la fièvre typhoïde, etc.). Il a aussi montré que les helminthes secrètent des toxines et que l'homme et les animaux infestés par ces helminthes élaborent des anticorps. Ces recherches ont permis d'établir le sérodiagnostic des helminthiases et, en particulier, le sérodiagnostic de l'échinococcose.

Mais ce sont surtout ses recherches sur la gangrène gazeuse qui ont fait sa réputation scientifique. Chargé dès le début de la guerre d'étudier cette grave infection des plaies, il en a isolé les microbes pathogènes et préparé des sérums spécifiques qui ont permis de sauver des milliers de nos blessés.

Il est aussi promoteur de la sérothérapie de l'appendicite et de sa redoutable complication, la péritonite, qu'il fait traiter par le mélange de plusieurs sérums, actifs à la fois contre les microbes principaux et les microbes secondaires de cette infection. Cette méthode employée actuellement, aussi bien en France qu'à l'étranger, donne d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 juin 1935

Fractures spontanées chez un syphilitique. — *M. Galliot* présente des radiographies de fractures spontanées de plusieurs matatarsiens survenues chez un malade atteint de syphilis acquise. Cas relativement rare, les affections de ce genre survenant généralement chez des tabétiques et les hérédo-syphilitiques.

Complexité du diagnostic dans les hémorragies gastro-duodénales. — *M. G. Luquet* rapporte l'observation de deux malades ayant présenté des hémorragies digestives importantes. L'une avait un cancer de l'estomac, l'autre un ulcère du duodénum. Ces lésions constatées à l'opération furent enlevées. Dans les deux cas, les opérées moururent quelques mois après d'hémorragies nouvelles. Il est évident que les lésions hémorragipares apparentes n'étaient pas en cause et que c'est ailleurs qu'il faut chercher la genèse des accidents. Chez la première, il s'agissait sûrement de troubles de la rate, ainsi qu'on l'avait supposé, chez le second vraisemblablement de troubles du foie.

La gastrectomie en un temps dans les sténoses néoplasiques de l'estomac. — *M. Pierre Le Gac* est d'avis que si dans l'ulcère gastrique, le traitement médical garde ses droits (bien que la guérison radicale ne puisse être obtenue que par la gastrectomie), il n'en est pas de même dans le cancer. Ici, seul le traitement chirurgical est de mise. On voit tardivement des cancers des faces, peut-être un jour se décidera-t-on à faire plus de laparatomies exploratrices. On voit plus tôt les cancers orificiels, celui du cardia est peu curable chirurgicalement. Par contre on peut beaucoup pour le cancer du pylore, et comme on a la chance de voir ces malades précocement, il ne faut pas hésiter à leur faire d'emblée une gastrectomie large, opération qu'ils supportent mieux qu'une simple gastro-entérostomie.

A propos de la lutte antituberculeuse en Seine-et-Oise. — *M. P. Reynier* développe les principes de la lutte antituberculeuse en Seine-et-Oise où a été réalisée toute la hiérarchie des établissements de dépistage de soins et de cure.

Un cas d'hyposystolie « limite » ayant duré dix ans. *M. A. Pruche* présente l'observation d'un cas d'insuffisance ventriculaire droite examiné pour la première fois il y a dix ans (maladie mitrale) et suivie régulièrement depuis. (Projections d'orthodiagrammes en série.) Depuis sept ans, le malade est en fibrillation auriculaire ; le ventricule droit, déjà très augmenté lors du premier examen, a atteint d'invraisemblables proportions ; l'oreillette gauche, énorme elle aussi, non seulement remplit l'espace retro-cardiaque, mais déborde largement à droite l'arc DD' des orthodiagrammes. Ce malade a vécu dix ans dans ces conditions, sans être alité, déambulant ; avec signes cliniques périphériques de décompensation réduits au minimum. Il y a lieu de penser que cette longue survie est due à une grande laxité du péricarde qui, à aucun moment de l'évolution, ne s'est opposé à la dilatation du myocarde. Ce dernier, non bridé, a pu allonger ses fibres, hors de toute proportion, jusqu'à la paroi thoracique. Grâce à cet allongement considérable des fibres myocardiques, l'énergie systolique a pu, pendant un temps prolongé, demeurer à peu près suffisante.

G. Luquet.


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2-3 cuil. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C 18.000
Roger Dacosta. Edit.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 juin 1935

La sérothérapie hémolytique de la sclérose en plaques (recherches physiologiques, statistiques). — ***M. F.-T. Koressios***, expose les recherches effectuées depuis dix ans, en collaboration avec le Professeur Laignel-Lavastine, sur ce mode de traitement de la sclérose en plaques. Il conclue :

1° Que le sérum hémolytique possède des propriétés spécifiques contre la sclérose en plaques. Ces propriétés se traduisent par des réactions « focales », au niveau des lésions de la moelle ;

2° L'analyse critique de l'observation d'un grand nombre de malades (trois cents) permet d'attribuer au seul sérum les améliorations obtenues par son emploi.

3° Dans dix-huit cas de sclérose en plaques (dont l'observation résumée a été rapportée le traitement par le sérum hémolytique a amené une guérison fonctionnelle jusqu'à ce jour. Aucune rechute n'a été enregistrée depuis le traitement.

4° L'emploi du sérum hémolytique dès les premières manifestations de la sclérose en plaques, et avant la création de lésions définitives de la moelle, apporterait de très grandes chances de guérison définitive de cette maladie.

Traitement physiothérapique de l'hypertonie musculaire essentielle des arthritiques. — ***M. L. Durey*** précise la technique (pétrissage) qu'il utilise et dont l'action est très rapide.

Les mouvements passifs et la chaleur humide sont également à conseiller.

Des traumatismes légers sont souvent à l'origine de ces hypertonies musculaires.

La dermatologie interventionniste. — ***M. G. Basch*** rappelle les diverses méthodes auxquelles peut avoir recours le dermatologiste pour la destruction des tumeurs de la peau. A l'électrolyse, à la neige carbonique dont les indications se sont restreintes, se substituera la haute fréquence, procédé souple et maniable permettant la destruction radicale des nævi-carcinomes, aussi bien que le traitement de certaines dermatoses inesthétiques (hypertrichose ou xanthélasma). Il y aura souvent avantage à recourir à la radio ou à la radiumthérapie, parfois au bistouri, à la curette, etc... Il importe d'user d'éclectisme, de savoir ce qu'on peut attendre dans un cas donné de chaque procédé, et de savoir les associer ou les combiner.

Le rôle de la réduction des liquides en thérapeutique générale. — ***M. G. Leven*** montre que le rôle de la réduction des liquides s'affirme dans tous les domaines de la pathologie, avec une telle puissance que le thérapeute peut l'utiliser pour tous les troubles morbides, et même ceux où « le lavage du rein » expression antiphysiologique, infiniment critiquable, paraît devoir être conseillé.

La ration quotidienne totale oscillera entre 800 et 1.000 gr. par 24 heures. Il ne faut pas oublier que tous les aliments apportent leur contingent en eau, et essentiellement les légumes verts et les fruits. C'est cet apport complémentaire auquel on ne pense pas assez qui rend suffisant ce taux de 800 à 1 000 grammes.

L'action de cette réduction se manifeste très rapidement. En deux ou trois jours on observe des ralentissements utiles du pouls, des abaissements de la pression artérielle, des diminutions du volume du foie, de la rate, l'amélioration d'eczémas suintants, de métrorragies prolongées, etc., etc.

Ce rationnement des liquides diminua la masse des urines dont le taux dit « physiologique » indiqué dans toutes les analyses d'urines, correspond à des rations liquides bien plus élevées.

Le chlorure d'ammonium en urologie. — ***M. A. Caillet*** communique au sujet de l'utilisation en urologie du chlorure d'ammonium, deux observations :

La première signale la guérison purement « médicale » et rapide d'une « cystite incrustée » rebelle chez un homme jeune néphrectomisé pour bacillose.

Résultat contrôlé par la cystoscopie. Guérison confirmée depuis novembre 1933.

La deuxième relate la fragmentation lente, mais progressive de la gangue d'un énorme calcul coralliforme chez une malade inopérable, permettant d'envisager une pyélotomie ou de petites néphrotomies limitées avec un risque opératoire bien moindre, sur un rein désinfecté.

Dans ces deux cas, le chlorure d'ammonium a exercé une action favorable :

1° Sur le pH urinaire ;
2° Sur l'infection ;
3° Sur la cicatrisation des lésions.

Arrêt de la crise d'asthme à l'aide d'urticaire provoquée par des scarifications d'histidine. — ***MM. Léon Israel*** et ***André Jacob*** ont pu arrêter des crises d'asthme avec la technique suivante :

« Pratiquer avec une aiguille stérile, une série de scarifications « longitudinales et transversales, espacées d'environ un centi- « mètre sur la partie interne du bras ou de l'avant-bras ou de « toute autre partie du corps. Asperger la région scarifiée de « quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate d'histidine « à 4 % que l'on répartit sur l'ensemble du quadrillage ».

Les papules urticaires ne tardent pas à se former (il est préférable, pour ne pas entraver la réaction de ne procéder à aucun nettoyage préalable de la peau à l'alcool ou à l'éther).

Les scarifications n'entameront que l'épiderme.

Urticaire par trouble pancréatique ; opothérapie ; guérison — ***M. Prosper Merklen*** présente en particulier un cas d'urticaire ayant résisté à tous les traitements habituels, même au traitement de l'histidine. En étudiant le déficit pancréatique de la malade qu'avait attiré l'examen des selles, l'auteur appliquera le traitement d'opothérapie pancréatique qui donne des résultats excellents.

Les œufs peuvent ils transmettre à l'homme la tuberculose de type aviaire. — ***M. Verge*** montre l'intérêt du problème et s'efforce d'en élucider les données : rapports entre les bacilles tuberculeux humains et aviaires, extension de la tuberculose chez les oiseaux ; existence du bacille de Koch au sein des œufs, résistance du germe dans les œufs.

Les conclusions de ***M. Verge*** sont pleinement rassurantes. Étant donné, en effet, le faible pouvoir pathogène du type aviaire pour l'espèce humaine, le nombre relativement restreint des œufs certainement infectés, le pouvoir bactéricide normal de l'ovalbumine, les habitudes culinaires de notre pays, l'œuf ne joue qu'un rôle infime, sinon nul, dans la transmission à l'homme des tuberculoses animales.

Marcel Laemmer.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 juin 1935

De quelques cas d'ostéite électrolytique. — ***M. Masmonteil*** communique quatre cas d'ostéite aseptique survenue après des ostéosynthèses. Au point de vue clinique, les syndromes varient depuis la douleur localisée jusqu'au syndrome de sciatique et à l'abcès ossifluent ; au point de vue anatomopathologique, les lésions allaient de l'ostéite localisée condensante à l'ostéite fibreuse kystique et à l'ostéite suppurée avec abcès froid.

Les diverses épreuves de laboratoire montrent l'asepsie absolue du matériel ; l'extraction du matériel inoxydable confirme, après la radiographie l'existence de phénomènes de corrosion localisée des agents de prothèse, phénomènes de corrosion dont la nature électrolytique a été mise en évidence par une série de recherches. L'auteur en tire des conclusions pratiques quant à la fabrication du matériel d'ostéosynthèse.

Fréquence relative des différentes affections de l'œsophage d'après la statistique des cas observés dans ces dix dernières années. — ***M. Jean Guisez*** communique cette statistique portant sur 946 malades, tous examinés par lui sous le contrôle rigoureux de l'œsophagoscope. Sur 905 adultes, 565 (plus de moitié) étaient atteints de cancer de l'œsophage : affection plus fréquente chez l'homme que chez la femme dans la proportion de 1 à 5 ; se développe surtout entre 50 et 65 ans ; cependant huit malades avaient moins de 30 ans, les plus jeunes 19 et 20 ans ; sièges de beaucoup les plus fréquents : un tiers moyen et un tiers inférieur ; dans l'étiologie, le plus fréquemment l'alcoolisme, mais également les chagrins, les dépressions morales ; malades examinés presque toujours à la phase avancée du cancer ; dans 26 cas seulement on put surprendre la lésion au début ; au point de

vue thérapeutique : radiumthérapie dans la grande majorité des cas, résultats d'autant meilleurs et survie d'autant plus longue que les lésions n'avaient pas dépassé les limites de l'œsophage, alors la survie peut être de plusieurs années. Les spasmes avec contracture et parfois les sténoses inflammatoires viennent immédiatement après le cancer (259) ; aussi fréquent chez l'homme que chez la femme, dans 67 cas, il y avait grande dilatation de l'œsophage ; à une phase avancée, sténose inflammatoire et sténose véritablement organique ; six avaient été gastrostomisés, et leur bouche stomacale a pu être définitivement fermée. Les 26 cas de diverticules observés étaient presque toujours hypopharynges (diverticules par pulsion ; dans 8 cas, un tiers moyen et un tiers inférieur (diverticule par traction) ; 18 ont été opérés, diverticultomonie en deux temps ; parmi les malades atteints de sténoses cicatricielles traumatiques, il y avait 35 enfants et 38 adultes, sténoses toujours multiples, la plus serrée siégeant toujours au tiers inférieur, cas toujours graves : 15 avaient été gastrostomisés.

C'est presque toujours la lessive de soude qui peut être incriminée, cinq fois l'ammoniaque, trois fois l'acide chlorydrique. L'alimentation est redevenue normale par l'endoscopie et surtout l'électrolyse circulaire. Parmi les cas plus rares, trois cas de sténose médicale post-typhique, deux après scarlatine, huit cas de sténoses valvulaires congenitales observées chez de jeunes enfants, 5 cas de varices œsophagiennes, une paralysie de l'œsophage. A noter, enfin, l'absence de sténoses syphilitiques dont on parlait beaucoup autrefois (diagnostic fait par élimination).

Hernie diaphragmatique de l'estomac. Variete antrale, droite, rètro hépatique. — *M. P. Le Gac*. — Il s'agissait d'un enfant de 9 mois, vomissant, très émacié, squelettique, dont l'estomac était formé de deux poches en diagonale, l'une droite, rétrohépatique, sus-diaphragmatique, l'autre, gauche, en position normale. Celle-ci se remplissait la dernière et ne se vidait pas. L'auteur a tenté l'intervention *in extremis* ; il a pu se rendre compte du siège exact de l'orifice herniaire et de l'impossibilité de la réparation quelle que soit la voie d'abord utilisée. Il propose, dans un cas semblable, de se borner à faire une dérivation gastro-intestinale sur la poche inferieure pour assurer son évacuation.

Volumineuse tumeur pararenale (3 kg. 500), sarcome fibroplastique. Pyelographie pre et post-opératoire. — *M. Pierre Le Gac*. — L'ablation de cette tumeur fut laborieuse, le rein fut laissé en place. La comparaison des pyélographies pré et post opératoires montra que le rein, l'uretère et le bassinet avaient retrouvé leur situation et leur aspect normal après l'ablation de la tumeur. Dans de telles tumeurs il vaut toujours mieux compléter l'intervention par une néphrectomie, pour mettre plus sûrement le malade à l'abri de la récidive ; il est préférable de vider complètement la loge rénale.

Les accidents toxiques post-opératoires, en particulier chez les prostatiques âgés et tares. Traitement curatif. Traitement prophylactique. — *MM. G. Nora* et *Max Lévy* presentent d'abord des considérations générales sur la toxémie post-opératoire précoce et tardive et montrent le polymorphisme parfois si trompeur de ces accidents. Ils étudient le mécanisme de ces troubles toxiques dont les quatre éléments principaux sont : 1° Les troubles du métabolisme azoté : *a*) Troubles quantitatifs (désassimilation azotée, poussée d'uremie) ; *b*) Troubles qualitatifs (augmentation de l'azote dans le sang) ; 2° Les troubles du metabolisme du chlore ; *a*) appel du chlore vers la zone operee ; *b*) hypochlorurie ; *c*) hypochlorémie sanguine portant sur les globules rouges ; 3° Les troubles de l'équilibre acide-base ; 4° poussées d'hyperglycémie post-opératoire.

Ils indiquent le traitement qu'ils ont établi sur ces données et dont la base est la rechloruration de l'organisme. Celle-ci est pratiquée avec une solution de sérum salé à 4 %. Les auteurs injectent d'emblée 500 c. c. de solution, soit 20 gr. de sel ; cette dose peut être portée dès le premier jour à 30 ou 40 gr. par une deuxième injection administrée huit à douze heures après la première. La durée du traitement et la quantité de sel injecté doivent être réglés d'une part, par la clinique et d'autre part par le laboratoire.

L'expérience montre que, d'une façon générale, il faut injecter 20 à 40 gr. de sel le premier jour, 10 à 30 le deuxième, 5 à 20 le troisième et même poursuivre le quatrième et le cinquième jour. En cas de poussée d'hyperglycémie, instituer un traitement par l'insuline. L'acétonurie sans hyperglycémie disparaîtra par l'administration de glucose, etc.

Les auteurs rapportent seize observations commentées d'opérations graves des voies urinaires et en particulier de prostatectomies chez des malades âgés et tarés et qui ont subi un traitement prophylactique et curatif d'après les données précédentes. Les résultats ont été particulièrement favorables.

Ils concluent que la rechloruration post-opératoire systématique sous le contrôle du laboratoire élargit donc avec sécurité le cadre des indications opératoires en urologie.

M. R. Bonneau emploie le sérum hyperchloruré intraveineux à titre preventif dès la fin de toutes les laparotomies graves, surtout chez les malades qui ont vomi.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Kératite trophique guérie par vitaminothérapie locale

Une malade âgée, présentant une kératite trophique, a guéri rapidement dès que furent instituées des instillations de collyre contenant la vitamine A. (H. Villard, H. Viallefont et E. Diacono. *S. des S. M. et B. de Montpellier*, avril 1935.)

Un nouveau cas de pneumothorax hémostatique

Le pneumothorax hémostatique peut-être une thérapeutique d'extrême urgence dont la vie du malade est l'enjeu. MM. P. Courmont et H. Gardère rapportent (*S. Méd. des hop. de Lyon*, 30 avril 1935) l'observation d'un pneumothorax hémostatique créé au quatorzième jour d'une série d'hémoptysies qui venait de subir une recrudescence dramatique. L'hémostase fut immédiate et les suites excellentes.

Recto-colite hémorragique guérie par un traitement désensibilisant

MM. P. Savy, A. Chapuy, et M. Girard (*S. Méd. des Hôp. de Lyon*, 9 avril 1935) rapportent l'histoire d'une recto-colite hémorragique — qui évoluant d'une façon continue depuis quinze ans — ne fut pas améliorée par les traitements classiques. La disparition complète du syndrome intestinal fut obtenue rapidement par l'hyposulfite de soude en injection intraveineuse.

La rectoscopie montrait l'absence d'ulcération et une muqueuse hémorragique. Les auteurs insistent sur ce caractère qu'ils considèrent comme très important, estimant qu'il faut faire une discrimination entre colite hémorragique et colite ulcéreuse.

Café décaféiné et tabac dénicotinisé en diététique gastrique

Etudiant l'action sur la sécrétion gastrique du café décaféiné introduit directement par la sonde et de la fumée de tabac dénicotinisé — chez 20 sujets porteurs ou non de lésions gastriques, MM. P. Bernay et C. Faure (*S. Nat. de Méd. et des S. M. de Lyon*, 3 avril 1935) concluent :

Le café décaféiné reste un excitant très puissant de la sécrétion gastrique et a donné dans la moitié des cas des chiffres sensiblement égaux ou même supérieurs à ceux du tubage témoin et rigoureusement comparables à ceux du café ordinaire.

De meme pour le tabac, les résultats, quel que soit l'excitant employé, sont pratiquement superposables.

Le tabac, même dénicotinisé, est un excitant très puissant de la sécrétion gastrique.

. ... Le public ; il perd chaque jour davantage confiance dans la médecine parce qu'en cas de maladie, il ne trouve pour le rassurer et le soulager que contradictions diagnostiques et thérapeutiques, procédés techniques inutilement onéreux et à éatoirement précis, manque de liaison intermédicale et hélas, aussi critique et dénigrement sans justification.

Le désarroi est encore aggravé par une floraison de brochures, de journaux, d'articles par lesquels le malade s'instruit absurdement de notions médicales et de remèdes sans précision qui l'inquiètent et le déçoivent tour à tour.

(P. Viard. — Réflexions d'un praticien. *La Vie Médicale*, 10 juin 1935.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Souvenir sur Victor Hugo. — Du *Journal des Débats* :

« M. le Docteur Matton-Lumbroso ajoute ce souvenir personnel à celui que rapportait récemment ici notre collaborateur et ami Samuel Rocheblave.

Moi aussi, je suis de ceux dont le nombre se fait rare », qui l'ont vu et entendu. Mais je l'ai vu et entendu le même jour. J'étais collégien ; mon père m'avait emmené un après-midi de dimanche de mai 1878 au théâtre de la Gaîté où, sur la scène avec Gambetta, Spuller et quelques autres, je crois, Victor Hugo apparut et célébra, en un discours solennel, le centenaire de la mort de Voltaire. Sa voix ne m'est pas restée dans l'oreille, mais je le vois toujours, debout, tenant son papier à la main, et je remarquai, petit détail, que son auriculaire portait un ongle d'une longueur inusitée et recourbé comme une griffe.

La vie de Voltaire, son libéralisme et la générosité de certains de ses actes, l'histoire de Calas, de Sirven et du chevalier de la Barre, etc., tout cela peut se lire dans les journaux du temps, qui reproduisirent le discours.

Tout ce que je puis dire, c'est que cette cérémonie commémorative, qui fut d'ailleurs fort simple, me laissa un vif souvenir, en raison surtout, je pense, de la personnalité si illustre de l'orateur. Ses comparses, si grands fussent-ils, Gambetta, entre autres, que je n'ai vu jamais que ce jour-là, disparaissent presque de ma mémoire visuelle, effacés par l'image qu'y a laissée le grand Victor Hugo. Je n'eus d'ailleurs jamais l'occasion de le revoir. Mais, lorsqu'il disparut, en mai 1885, et qu'à Bourbonne-les-Bains, où je faisais comme étudiant en médecine mon service militaire à l'hôpital thermal, j'appris sa mort, je restai très frappé à l'idée qu'un tel homme pourrait mourir. Mon impression fut si profonde que la nouvelle, dont on ne pouvait pourtant pas douter, équivalut pour moi à une sorte d'étonnante révélation, celle d'une vérité dont je n'avais jamais jusqu'alors mesuré toute l'étendue. Victor Hugo a cessé de vivre... C'est que, décidément, me répétais-je sans cesse, tous les hommes sans exception, sont destinés à mourir.

A propos du mot laboratoire. *De M. P. Lecomte du Nouy* dans LA REVUE DE PARIS (15 juin 1935).

.....le laboratoire, ce « local disposé pour y exécuter les opérations de la chimie ou de la pharmacie, et les expériences de la biologie », ainsi que le définit Littré. N'est-il pas assez frappant d'ailleurs que ce soit le seul « local » où l'on travaille qui tienne son nom du mot latin : *laborare*, travailler. On travaille partout cependant, dans les ateliers, les bureaux, en plein air, dans les mines ; mais ce sont là des travaux secondaires, et les deux principaux mots français dérivés de « laborare » ont donné : labourer et laboratoire, couplant ainsi le travail manuel, fondamental et symbolique, celui qui assure l'existence, avec le travail intellectuel créateur, résultant du choc de l'intelligence et de l'univers perceptible, celui qui a déterminé, puis affirmé la suprématie de l'homme et lui a donné la terre pour royaume. Je m'empresse d'ajouter qu'il ne faudrait pas dans le terme « secondaire » que je viens d'employer pour caractériser tous les autres efforts humains, voir une classification par ordre de mérite. Ce serait absurde : le mot secondaire doit simplement indiquer l'ordre d'apparition et de subordination, car on peut faire remonter l'origine du laboratoire à l'époque où l'homme, encore vêtu de peaux de bêtes, découvrit la puissance du feu. Les premiers laboratoires furent évidemment les cavernes et les huttes où ils livrèrent à la flamme les minerais et recueillirent le fer, l'étain, le cuivre. Les premier chimistes firent les premiers alliages: les bronzes et coulèrent le verre. Pendant des millénaires, le laboratoire ne se distingua pas de l'usine ; mais les problèmes se compliquèrent, les connaissances s'accrurent, et la séparation des deux activités s'ensuivit...

Le laboratoire de recherche moderne. — *Détaché d'un article de P. Lecomte du Nouy dans* LA REVUE DE PARIS (15 juin 1935), *intitulé* : LABORATOIRE ET RECHERCHE SCIENTIFIQUE.

L'Institut ou le laboratoire de recherche moderne doit s'inspirer de l'usine plus que du monument. Au bout de vingt ans, une usine est surannée ; un laboratoire également. Quoiqu'on fasse pour moderniser — et la dépense obligatoire est considéra-

ble au bout de ce laps de temps — il n'est plus à la hauteur de sa tâche. La conclusion est donc qu'au lieu de le bâtir à grands frais, somptueusement, ce qui rend la démolition trop onéreuse, il faut le construire pour qu'il dure une vingtaine d'années, solidement mais sans luxe. De préférence naturellement, à la campagne, à l'abri des vibrations et des perturbations électriques. Pas d'escalier d'honneur, pas de décorations superflues, mais dans tout l'édifice la pression de l'air sera maintenue légèrement au-dessus de la pression atmosphérique au moyen de grandes souffleries envoyant dans les couloirs un air chauffé à 20°, filtré, humidifié, « conditionné » pour employer le terme nouveau. Grâce à cela, les poussières seront supprimées, les fenêtres n'ayant pas besoin d'être ouvertes, et l'air passant toujours du dedans au dehors. Si le volume d'air total de chaque pièce est renouvelé deux ou trois fois par heure, l'aération sera parfaite et les conditions de travail excellentes, même dans les caves (où se trouvent les instruments les plus délicats) et dans les pièces obscures, sans fenêtres, qui seront nombreuses. En effet, chaque fois qu'on a besoin d'utiliser la lumière pour étudier un phénomène, on a intérêt à se placer dans une pièce obscure, et à n'employer que la lumière artificielle qui possède l'immense avantage de se régler à volonté et de demeurer invariable. Les photographes d'aujourd'hui l'ont bien compris, et l'ancien atelier d'artiste a disparu depuis longtemps. Jour et nuit la même température sera maintenue dans toutes les pièces, sauf celles consacrées à des usages spéciaux. Cette constance de température est fondamentale, car les fluctuations détruisent le réglage des instruments sensibles et des thermostats. Il existe beaucoup d'instituts où le chauffage est coupé tous les jours à six heures, et du samedi au lundi. En hiver, il est impossible d'y travailler le soir, ni le dimanche. Le lundi matin, quand il fait froid, tous les appareils sont déréglés et la matinée est perdue.

Toutes les canalisations, eau, air comprimé, gaz, électricité, seront accessibles dans les couloirs, et disposés de façon qu'une réparation ou un changement de distribution puisse s'effectuer rapidement et économiquement. Les canalisations dans les murs ont certains avantages pour les particulières, mais ont occasionné de graves ennuis dans les laboratoires. Les pièces où l'on travaille doivent être en principe identiques, sauf attributions particulières, de façon à simplifier la construction et à atteindre un prix de revient plus bas. Tout doit être prévu pour permettre au besoin la transformation d'un laboratoire sans grands frais si de nouvelles recherches doivent y être poursuivies. Naturellement, cela entraîne la « rationalisation » des éléments mobiles : tables, chaises, lampes, supports, de façon à utiliser la fabrication en série, et à assurer l'interchangeabilité. Tout doit être prévu de façon à faire face autant que possible à n'importe quel problème, et à permettre de travailler toujours dans les mêmes conditions de confort, de précision et de sécurité.

Il existe encore un assez grand nombre de savants distingués qui, ayant été habitués à expérimenter avec des bouts de bois, ne conçoivent pas qu'on puisse s'en passer. Je me trompe peut-être, mais je crois que c'est là une conception fausse et archaïque. Tout le temps qu'ils passent à monter des appareils existant déjà sur le marché, dans des conditions qui font de leur fonctionnement un véritable tour de force d'ingéniosité, me semble du temps perdu, et je crois qu'au fond, il y a souvent là une question de crédits insuffisants. Seraient-ils aussi nombreux, ceux qui « bricolent » avec un talent remarquable, si on leur offrait les dix, vingt ou trente mille francs que représente le bon appareil chaque fois qu'ils en ont besoin ? Le gaspillage du temps est celui qu'on ressent le moins. Mais quand il s'agit d'un cerveau distingué, il est plus grave qu'un gaspillage d'argent.

Pour les laboratoires de chimie, un sol spécial naturellement, et une aspiration forcée pour les vapeurs délétères. Pour les laboratoires de physiologie, les salles d'opération, des éclairages spéciaux sans ombres portées ; des pièces froides, des pièces chaudes à 37°, des ateliers de photographie, de soufflage de verre, de mécanique, de menuiserie.

Une grande partie des instruments doit pouvoir être exécutée sur place, rapidement. Un magasin bien approvisionné, d'appareils et de produits chimiques, pour éviter les pertes de temps, et sur le toit, les cages des animaux en cours d'expérience, ce qui assure à la fois la santé des bêtes et l'absence d'odeurs. Une petite salle de réunion, une bibliothèque.

Il est clair que cette image s'écarte un peu de l'idée qu'on se fait du laboratoire de biologie ou de médecine.

Mais jusqu'ici le biologiste abandonnait volontiers son problème au moment où il devenait chimique ou physico-chimique, en disant : cela n'est plus de mon ressort. Or, comme cela n'était pas encore du ressort du chimiste ou du physicien, qui n'avait aucune raison de s'y intéresser, une quantité immense de questions importantes sont demeurées à demi-étudiées.

Le Homard à la Coppée. — *M. Emile Henriot, dans une lettre adressée et publiée par le* MERCURE DE FRANCE (15 juin 1935) *écrit* :

Toute cette amusante affaire du *Homard à la Coppée* me paraît devoir être reprise *da capo*. Ce sonnet figure à la page 39 de

l'édition originale des *Sonnets du Docteur*, publiée à Paris chez la plupart des libraires », en 1884, par le Docteur Camuset lui-même. Il ne saurait donc plus être question d' « attribuer » comme le voudrait mon vieil ami Gustave Babin, le dit *Homard* à M. Philibert, ou à tout autre. Ou alors, Camuset lui-même serait un plagiaire ? Cela n'est pas vraisemblable. Je tiens, de de tradition familiale sûre, que Camuset récitait volontiers « son » sonnet à ses amis. Comment admettre le moindre doute sur sa véritable paternité ?

Au surplus, la confusion est ailleurs, et l'autorité de Jules Lemaître a été invoquée à faux dès le commencement de ce menu débat. Comme l'a dit déjà Léon Deffoux, le « Sonnet-Coppée » cité dans les *Contemporains* (première série, page 110) n'est pas du tout « le Homard a la Coppée », mais un autre sonnet dont le dernier vers est celui-ci :

Un employé portant un O sur sa casquette

Cette pièce ne figure pas dans les sonnets du Docteur, et peut-être en effet de M. Alexandre Philibert. *Le Homard à la Coppée* n'est pas en cause, et reste donc incontestablement à Camuset. Tout le monde est d'accord ?... N'empêche que voilà maintenant l'erreur accréditée, du jour où elle a été mise sur le papier et qu'on n'a pas fini, de longtemps, comme tant d'autres, de la voir courir !

A propos d'une vente d'autographes. — *M. Lucien Descaves, dans un article publié par* Le Journal (26 juin 1935) *et intitulé :* Les morts aux enchères *proteste contre la vente de lettres de Stéphane Mallarmé et de Guy de Maupassant adressées au Docteur Cazalis (Jean-Lahor) :*

On vient donc de vendre aux enchères une correspondance de Stéphane Mallarmé et une autre de Guy de Maupassant, dont la divulgation au catalogue nous a fait, à leurs amis et à moi, monter le rouge au front.

Cette correspondance provient de la succession d'un Docteur appelé Henri Cazalis, qui était aussi poète sous le pseudonyme de Jean Lahor. Il mourut en 1909. Je ne l'ai pas connu ; les amis qu'il a encore et que j'ai interrogés, me disent que c'était un fort galant homme incapable de la gredinerie qu'on ne saurait lui imputer. Comme beaucoup de médecins qui soignent des gens de lettres et des artistes, il était l'ami de ses malades. Ceux-ci avaient toute confiance en lui. Par malheur pour eux, il n'avait pas songé à la justifier complètement en brûlant leurs lettres avant de disparaître, et ce sont ces lettres que voilà aujourd'hui dans la circulation !

Alors, quoi ? Ce fameux secret professionnel, un médecin ne l'emporte pas dans la tombe ? Il ne prend pas la précaution élémentaire de brûler les lettres d'un caractère confidentiel, les lettres atroces que Maupassant à l'agonie lui écrivait ? Il a tout gardé, classé, mis à l'abri, sans penser que ces truffes pour exemplaire de luxe, quelqu'un les déterrerait un jour et les porterait au marché !

Vous ne trouvez pas que c'est du propre ?

Notre cher Mallarmé, dont Mauclair, dans son dernier livre, a parlé pieusement, le poète camarade de Cazalis alias Jean Laxor, n'a pas plus de chance que Maupassant, si ce n'est qu'on nous expose seulement les amours difficiles d'un homme qui fut, dans sa vie privée, un modèle de discrétion et de savoir-vivre.

Fiez-vous donc aux amis que vous estimez assez pour les admettre dans votre intimité. !

A propos des accidents d'automobiles. *Un progres est à souhaiter dans les méthodes d'enquêtes dit M. le Docteur Edmond Locard, dans un article publié par le* Lyon Républicain (28 juin 1935) :

... Je viens de faire dans la Suisse orientale un voyage qui a été fort instructif sur ce point. Les cantons de Zurich, de Saint Gall et de Thurgovie emploient depuis quelque temps un outillage spécial qui permet des constatations précises. Voici par exemple ce qui se passe à Zurich. La police municipale a une sorte de « départ attelé », comme les pompiers de Lyon. Cela consiste en une automobile sur laquelle est arrimé un appareil Wild pour les prises de vue. Dès qu'un accident d'automobile est signalé, la voiture, toujours prête, part aussitôt. L'appareil Wild est monté sur les lieux, avant que les voitures sinistrées aient été deplacées. C'est un appareil qui donne simultanément deux clichés stéréoscopiques. Cette prise de vue représente quelques minutes : la circulation n'est donc pas plus longtemps interrompue que pour dresser procès-verbal.

Mais voici la merveille. Les deux épreuves stéréoscopiques sont apportées au bureau central de police. On les monte dans un appareil « restituteur ». A l'aide de deux manettes et d'un pédalier, on promène une pointe sèche sur l'image en relief. Et, à côté de l'opérateur, un bras métallique dessine un plan d'une exactitude de l'ordre du centième de millimètre. Ce plan à grande échelle, et qui peut être en couleur, donne une représentation saisissante de l'accident.

Qu'il y ait tout intérêt d'employer une telle méthode en France, cela ne présente aun doute. L'essentiel serait de considérer tout accident d'automobile comme relevant des laboratoires de police, au même titre que les délits ou les crimes. Ainsi on aurait comme en Suisse orientale, pour chaque accident un relevé des lieux d'une précision parfaite et qui coupe court ensuite à toute discussion et à toute erreur testimoniale.

Mais on ne peut pas s'empêcher de songer à ceci que de pareilles méthodes mécaniques et précises dans la levée de plans pourraient trouver de bien autres applications que dans les accidents d'automobile. Imaginez que l'appareil Wild ait été transporté à la Combe-aux-Fées dès que la police de Dijon a été avertie de la découverte d'un cadavre sur la voie. Le restituteur eût donné la plus exacte représentation de la scène : position du cadavre, des taches du couteau, de l'ampoule pharmaceutique (si elle a existé), des divers objets épars. Plus de discussion ultérieure sur l'existence ou la position de tout cela. Le scandale était évité, et la vérité eût eu de sérieuses chances d'être découverte.

La première vaccination antirabique. L'Institut Pasteur célèbre aujourd'hui le cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique.

Avant Pasteur le virus rabique était, pour le médecin, le virus par excellence ; aucun n'était plus subtil, plus mystérieux ni plus terrible dans ses effets. La rage de l'homme avait été étudiée par les observateurs les plus éminents, tandis que celle du chien devenait le sujet d'expériences multipliées. Tout ce labeur, avait abouti à l'acquisition des notions suivantes : la rage n'est point spontanée, elle est transmise par la morsure d'un animal enragé ; le virus se trouve dans la bave d'incubation de la maladie, varie de quelques jours à plusieurs mois ; les symptômes sont ceux d'une affection nerveuse.

C'est tout ce que nous savions de la rage lorsqu'en 1881, Pasteur en entreprit l'étude.

On essaya d'abord d'isoler le microbe rabique de la bave des animaux enragés, et de le cultiver dans les différents milieux. Mais, les procédés qui avaient si bien réussi avec le choléra des poules, le charbon, le rouget, échouèrent complètement avec le virus rabique. Malgré tous les efforts, on n'est pas parvenu à retirer de la bave un microbe capable de transmettre la maladie. Il était, cependant, impossible de faire un progrès dans l'étude de la rage, si on ne disposait pas d'une culture pure du virus. Une remarque très simple permit de résoudre cette difficulté. La rage est évidemment une maladie du système nerveux, il faut donc chercher dans les centres nerveux, le virus rabique qui doit y exister à l'état de pureté.

L'expérience montra, en effet, que le cerveau et la moelle épinière des animaux enragés renferme le virus rabique pur et en abondance, puisque chaque parcelle peut donner la rage à un chien bien portant.

Pour expérimenter régulièrement sur la rage, il n'est pas suffisant d'avoir un virus pur, il est encore nécessaire de savoir l'inoculer de manière à donner la maladie à tout coup. Or, si on l'introduit sous la peau des animauxx, c'est à peine si 60 % deviennent enragés, et cela après des incubations qui varient de trois semaines à dix mois et plus. Les animaux doivent être conservés souvent pendant plus d'un an, avant de fournir un résultat ; on comprend combien dans ces conditions, l'expérimentation est pénible et incertaine. Il fallait écarter cette seconde difficulté ou renoncer à l'étude de la rage.

On y parvint en inoculant les animaux non plus sous la peau, mais sous la dure-mère, dans la cavité cranienne, dans le cerveau même. Le système nerveux est, en effet, le véritable siège du virus rabique ; pour donner la rage à coup-sûr, c'est dans le cerveau qu'il faut introduire le virus, on abrègera ainsi la période d'incubation qui n'est autre chose que le temps mis par le virus pour aller de la périphérie aux centres nerveux. Tous les chiens qui sont inoculés, par trépanation, sous la dure-mère, prennent, en effet, la rage en moins de vingt jours.

On peut donc ainsi donner sûrement la rage et à bref délai, et, par conséquent, avoir à sa disposition des cultures pures du

virus rabique réalisées dans le cerveau même des animaux inoculés. Ces cultures sur le vivant pourront être utilisées comme les cultures des microbes ordinares obtenues dans les milieux artificiels.

Après avoir appris à donner la rage, il restait à trouver le moyen de la prévenir. Pour vacciner contre une maladie infectieuse, on injecte aux animaux qu'on veut préserver, soit du microbe atténué, soit les produits élaborés par le microbe dans le milieu de culture. La vaccination contre la rage participe de deux méthodes, elle se pratique au moyen de moelles rabiques desséchées, à température constante, pendant des temps variables. Les moins actives sont les plus anciennes, c'est par elles que l'on commence, elles ne contiennent plus de virus vivant, mais seulement les produits de sa culture. Les moelles récentes par lesquelles on termine, sont les plus actives ; elles renferment à la fois le virus et les substances chimiques vaccinantes.

On imagine aisément les émotions qui agitèrent Pasteur lorsque la méthode de prévention de la rage fut appliquée à l'homme. Depuis quinze ans qu'elle est pratiquée chaque jour, dans un grand nombre d'instituts, elle a épargné des milliers de vies humaines et on peut dire que les résultats qu'elle donne dépassent les plus satisfaisants obtenus jusqu'ici en médecine.

La prévention de la rage est le dernier bienfait de Pasteur, plus peut-être que toutes ses autres découvertes.

BIBLIOGRAPHIE

La Démence, par le Docteur Raymond MALLET. Un volume in-16, 7 figures. (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris V^e). Broché, 10 fr. 50.

L'essai de mise au point que présente le Docteur Raymond Mallet est amplement justifié ; il utilise les notions renouvelées ou récemment acquises de l'hystérie, de l'obsession ou psychasthénie, de la psychanalyse, aussi bien que les notions qui concernent les infections, le rôle du terrain sur lequel elles évoluent, les accidents d'intolérance ou allergie.

On verra qu'une thérapeutique nouvelle s'attaque avec résultat à des états d'affaiblissement intellectuel considérés jusqu'ici comme chroniques, qui, sous son action accrue, semblent devoir être retirés un jour prochain du chapitre de la démence. Car, l'auteur insiste sur ce point, la démence traduit la destruction, précoce ou tardive, mais progressive, définitive, de l'activité psychique. Elle ne représente donc qu'un des aspects, l'ultime, de l'aliénation mentale, et, quand le juriste accorde l'irresponsabilité à l'individu qui était en « état de démence » au moment de l'acte incriminé, il confond l'une et l'autre. Démence et folie sont également synonymes dans le langage courant ; pourtant que de fous qui guérissent en dehors des déments ! Et où commence la folie ?

Toutes ces questions, soulevées par le problème de la démence, exigent des références scientifiques ; mais l'auteur de cet ouvrage les a traitées assez largement pour qu'elles débordent le cadre de la psychiatrie et qu'elles soient accessibles à tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'esprit.

Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, par R. RIVOIRE. Seconde édition entièrement refondue et augmentée. Un volume de 306 pages, 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette nouvelle édition constitue un nouvel ouvrage puisque l'auteur l'a écrite d'une plume neuve de la première ligne à la dernière. On ne pouvait toutefois changer le titre du livre, car si certains sujets traités sont nouveaux, d'autres sont les mêmes que lors du premier tirage et il s'agit toujours de fixer dans leur ensemble les « nouvelles acquisitions » de l'Endocrinologie.

La rédaction des deux livres est superposable dans la mesure où les titres restent les mêmes ; elle ne l'est pas si l'on prend le contenu des chapitres. L'abondance des travaux parus en ces dernières années a également conduit l'auteur à ajouter 120 pages nouvelles à son livre. Peu de branches de la médecine ont connu un développement aussi rapide et en peu de matières, les travaux faits à l'étranger comme en France justifiaient, au même degré une « mise au point » renouvelée.

Tumeurs de l'encéphale. CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE DES TUMEURS INTRA-CRANIENNES ET DU REPÉRAGE VENTRICULAIRE, par D. PAULIAN, préface du Docteur Clovis Vincent. Un volume de 216 pages, avec 189 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre constitue un important recueil de documents et d'observations. Il comporte un enseignement pratique d'où se dégage une grande partie de la méthode applicable en neuro-chirurgie.

Pour que les sujets atteints d'une tumeur du cerveau bénéficient d'une intervention chirurgicale, il faut que la tumeur soit reconnue d'une façon précoce — qu'elle soit opérée par des chirurgiens qui aient l'habitude des opérations sur le système nerveux central. Pour reconnaître une tumeur du cerveau au stade où l'intervention peut être efficace, il suffit d'avoir une méthode fondée sur des points actuellement parfaitement établis. Chaque cas particulier pose un véritable problème clinique et physio-pathologique, dû à une symptomatologie très variée. L'auteur a réuni dans ce livre 46 cas de tumeurs de l'encéphale étudiés par lui-même et dont il présente une étude clinique et anatomo-pathologique très complète ; en effet, il a jugé indispensable de donner la physio-pathologie de ces 46 cas de tumeurs qu'il relate parallèlement à la description de la lésion anatomique découverte.

Myosites. Abcès des muscles, par J. PERGOLA. Un volume de 166 pages, avec 8 figures, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard, Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage a pour but de faire connaître une affection peu fréquente, mais d'un puissant intérêt théorique et pratique, affection sur laquelle manque toute notion précise dans les ouvrages classiques.

Les myosites aiguës d'origine sanguine sont l'objet d'une étude minutieuse et approfondie. De nombreuses observations, des microphotographies très démonstratives illustrent les différents chapitres. Cette partie du livre intéresse autant le médecin que le chirurgien.

La deuxième partie du volume a trait aux myosites chroniques. A côté des myosites syphilitiques et tuberculeuses déjà connues et bien décrites, l'auteur insiste sur les infections musculaires d'allure froide à pyogènes banaux. Ces dernières peuvent réaliser des abcès ou des tumeurs. La myosite scléreuse, quelle que soit son étiologie simule point pour point cliniquement le néoplasme malin. L'auteur montre la difficulté de ce diagnostic et insiste sur l'incision exploratrice de contrôle et la biopsie.

L'anatomie pathologique des myosites aiguës et chroniques décrite avec soin est accompagnée d'une belle iconographie.

Enfin le traitement est l'objet d'une bonne mise au point.

Introduction à la chirurgie thoracique, par E.-E. LAUWERS. Un volume de 112 pages, 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir écrit une « Introduction à la chirurgie nerveuse » une « Introduction à la chirurgie réparatrice », le Professeur Lauwers intitule ce nouveau volume *Introduction à la chirurgie thoracique*.

Il a voulu simplement comme dans les précédents volumes montrer les possibilités et les limites de la chirurgie thoracique ainsi que la nécessité absolue d'unir les notions médicales et chirurgicales en étudiant avant toute intervention opératoire son mécanisme physiologique.

Le chapitre qu'il consacre pour commencer aux notions physiologiques de la respiration prend donc une valeur toute particulière. Ensuite, c'est non seulement l'introduction à la chirurgie de la plèvre, du poumon, des bronches, des tumeurs intra-thoraciques, ainsi qu'à la chirurgie cardiaque, mais c'est aussi une description d'ensemble de ces chirurgies diverses avec un énoncé des règles qui doivent les guider.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France : un an : 60 francs ; le n° 4, 50 francs. Boivin, édit., 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 juin 1935 : C. Toussaint : Introduction à l'étude des prophètes d'Israël. — E.-K. Raud : Les esprits souverains de la littérature roumaine (II) : Lucrèce et son cosmos parfait. — F. Dutacq : Les paysans de la Généralité de Lyon à la fin de l'ancien régime (II). — J. Segond : la signification de la tragédie (IV) : L'intellectualité inhérente. — H. Hanser : Les idées et la politique économiques du cardinal de Richelieu (X) : Richelieu et l'industrie. — F. Baldensperger Intellectuels français hors de France (XI) : Historiens et consultants à l'épreuve.

Le Gérant : A. ROUZAUD
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 28 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 13 JUILLET 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V[e]

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1[er] de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1[re] zone	70 fr.
Etranger 2[e] zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 8 juillet. M. KATCHOWA. Etude clinique et expérimentale du traitement de la maladie de Vaquez par la phénolhydrazine. — M. CHUC. Fixation et élimination de la vitamine C. — M. WECHSLER. Le caractère ambosexuel des hormones génitales. — M. BURSZTEJN. Action du poumon sur les polypeptides. — Mlle WINKLER. L'avenir des radiologistes. —M. CHEIKH. Leishmaniose à Téhéran. — M. MENDIVIL. Etude de l'hérédité dans la pathologie humorale. — M. SIMON. Etude de la radiothérapie dans les sciatiques dites essentielles. — M. STEIN. Sur un cas de métrorragie hématogène. — M. BRUNO. Considérations sur la réaction de Schultz et Charlton. — M. ROSENBAUM. Traitement des métrites cervicales par la méthode de vaccination locale de Besredka.

9 juillet. — M. NUNEZ-OTI. L'acide tannique dans le traitement des brûlures cutanées étendues. — M. BERMUDEZ. La sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire, son traitement chirurgical. — M. DEL GALLEGO. Macrogénitosomie précoce.— M.CAU. Etude des ulcérations syphilitiques des paupières. — M. DURANDY. Etude de trois cas de diplopie consécutifs à la pratique de la boxe de combat. — M. MOURGUES. L'œil et la conduite des automobiles. — M. PERROSSE. Traitement chirurgical de l'ectropion spasmodique. — M. ANTONI. L'épreuve de la sédimentation globulaire. — M. BODIN. Quelques observations de tuberculose de l'adulte avec adénopathies médiastines. — M. LAMY. Le test électrique de l'angle d'impédance. — M. LEGRIER. Etude clinique des mucines en gastro-entérologie . —Mlle PICHON. Traitement de certains œdèmes chroniques des jambes. — M. PONTET. Etude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. — M. PUJOL IZQUIERDO. La dissociation de la pression veineuse et de la vitesse circulatoire signe caractéristique de l'obstruction de la veine cave. — M. LE MONTRÉER. Etude pathogénique des convulsions infantiles. — M. FOURNÉE. La paralysie faciale périphérique de l'hypertension artérielle. — M. MICHAËLIDES. Glycosuries infundibulo-hypophysaires. — Mlle FEYDET. A propos d'un cas de maturité sexuelle précoce chez une fillette de 15 mois. — M. BERLIOZ. Essai sur l'obsession de négation. — M. LION. Etude de la vie et de l'œuvre de Freud. — M. DESROSIERS. Etude des septicémies à staphylocoques. — Mlle MELON. Etude de l'érythrodermie desquamative du nourrisson.

10 juillet. — M. FARÉSASSAS. Passage de certains métaux et métalloïdes à travers le placenta. — M. TZONEFF. Etude des pertes de sang dans la grossesse tubaire. — M. GORECKI. Grossesses tubaires. — M. EURIN. Les bézoards de laque (Laquo Bézoards). — M. GROSS. De la tolérance de la prothèse métallique dans l'ostéosynthèse. — M. PRAT. Les diverticules du côlon. — M. LAMASSON. Indications et résultats thérapeutiques du vaccin antistaphylococcique. — M. CAMUS. Paralysies oculaires isolées chez l'enfant. — M. BRÉHIER. Des splénomégalies familiales. — M. MASSONET. Etude de l'intoxication cyanhydrique et action antidote de l'hyposulfite de sodium. — Mlle CHEVALLIER. La glossite papuleuse aiguë. — Mlle ELY. Les granulations dites toxiques, des polynucléaires neutrophiles. — M. THIBON. Des lésions gastriques au cours du mycosis fongoïde. — M. AZOULAY. La diphtérie des étudiants et des infirmiers dans les hôpitaux de Paris. — M. BERGERON. La balnéation à travers les âges. — M. FARGIER.Hygiène des ateliers de battage des tapis. — Mlle DIAMENT. Hygiène des ouvriers des usines de production d'éclairage. — M. DIAZ-LOPEZ. Pratique de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang par la méthode de M. Demanche. — M. GIL. Essais thérapeutiques récents par les principes actifs anti-hypophysaires. — M. LE GRAND. Etude clinique de l'otite aiguë du nourrisson. — M. NGUYEN-TRUNG-GRAS. L'élevage du nourrisson séparé de la mère.

11 juillet. — M. MALARTRE. Fistules hémorragiques cataméniales. — M. OLLIVIER-HENRY. Etude des hystérectomies abdominales. — M. BEAUMETZ. Etude des cellules mastoïdiennes chez les animaux domestiques . — M. GRATIER. Incision de Wilde. — Mlle HADJI-GEORGES. Torticolis naso-pharyngien par énucléation de l'Atlas. Maladie de Grisel. — M. HOANG-CO-BINH. Hypertrophie du frein labial supérieur et diasténie. — M. PONCELET. L'ionisation dans le traitement des otites chroniques et des laryngites. — M. SIMHA. Etude des labyrinthites diffuses précoces consécutives aux otites aiguës. — M. BOLGERT. Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatifs. — M. DE CASTRO-Y-GIBERGA. Etude du syndrome de Frankel Hochward, Pellizi. — M. NEVJINSKY. La maladie polykystique des reins. — M. COURTIAL. Etude de la péri-arthrite rhumatismale de l'épaule. Traitement. — M. LECLERCQ. Etude des stomatites. — M. RODRIGUEZ ALDERET. Etude du trisyndrome de Milian. — M. ROUVET. Etude du mercurochrome et de son emploi comme antiseptique . — M. AUMOND. Etude des formes graves du melæna des nouveaux-nés. — M. HOWALSKI. Complication exceptionnelle des kystes ovariens. — M. TANTIN. De l'induration œdémateuse du col. — M. DARTIGUEPEYROU. Pneumothorax artificiel et travail. — M. LE BARS. Quelques interventions itératives abdominales. — M. OGER. Artérites des membres inférieurs et glandes endocrines. — Mlle DELAHAYE. Etude des phlegmons du ligament large et de la gaine hypogastrique.

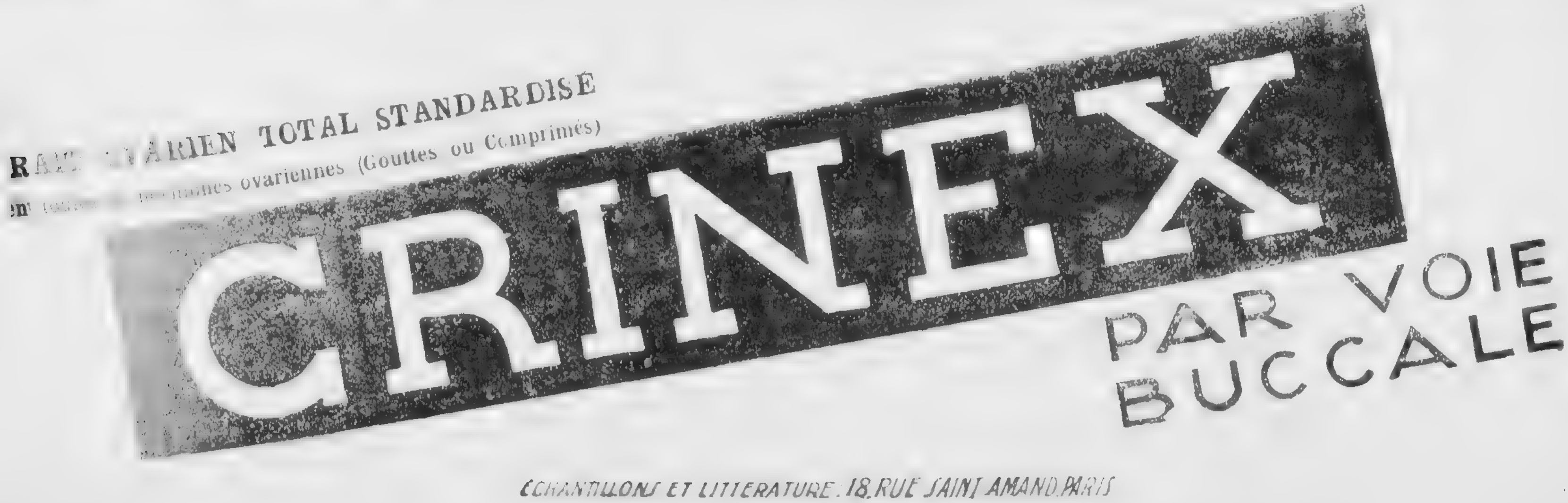
Thèses vétérinaires. — 8 juillet. — M. DOMERCQ. De l'extraction alcoolo-éthérée des lipides du sérum sanguin du cheval.

9 juillet. — M. JACQUART. Histogénèse et pathologie comparée de l'épithélioma.

10 juillet. — M. RINJARD. Coryza gangréneux des bovidés.

11 juillet. — M. PAVLOVITCH. Le mouton yougoslave de Lipe.

Union thérapeutique. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu le mercredi 9 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris. Les conseillers-rapporteurs traiteront les questions suivantes : Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle



par M. le Professeur agrégé Guy LAROCHE ; la chirurgie du splanchnique dans l'hypertension artérielle par M. le Professeur agrégé René FONTAINE de (Strasbourg) ; les composés antimoniaux en thérapeutique, par M. J. LA BARRE (de Bruxelles).

Dans l'après-midi à 15 heures se tiendra la séance plénière de l'Union thérapeutique et de la Société de thérapeutique de Paris. L'ordre du jour sera le suivant : L'équilibre physico-chimique et glandulaire dans le traitement des spasmes viscéraux, par M. le Professeur PENDE (de Gênes) ; Les substances spasmogènes et leurs antagonistes, par M. le Professeur BURGI (de Berne) ; La médication nerveuse sédative des spasmes, par M. le Docteur J. DECOURT ; La physiothérapie des spasmes et des algies viscérales, par M. le Docteur DELHERM.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général : Docteur G. LEVEN, 24, rue Téhéran, Paris (VIIIe).

Bourses familiales du Corps médical. — (FONDATION DE M. LE DOCTEUR ROUSSEL). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 1er juillet et a examiné quarante-cinq demandes.

Ces bourses ont été attribuées à des confrères pères de quatorze, neuf et huit enfants et à des veuves de médecins dont une est restée avec cinq enfants âgés de moins de 16 ans, une autre a perdu son mari récemment ayant quatre enfants dont l'aîné a 13 ans.

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins ; M. le Docteur Roussel, fondateur ; M. le Docteur Paul Gallois, représentant l'Association des médecins de la Seine ; M. Lanoye, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique M. le Médecin-lieutenant-colonel Moy, représentant M. le Médecin-général Cadiot ; MM. les Docteurs Bongrand, Claisse, Paul Lutaud, Vimont, de l'Association générale des médecins de France ; M. Chapon, président de l'Association générale, appelé en province, s'était excusé de ne pouvoir présider la séance.

Le docteur Henri Nicolas, de Bône, doyen des médecins d'Algérie. — Le Docteur Nicolas, de Bône, est actuellement le doyen des médecins d'Algérie. Il a passé sa thèse en 1872 et est venu en Afrique en 1883 comme directeur de la santé maritime de Bône et n'a plus quitté cette ville depuis. On a célébré récemment ses noces de diamant.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Roger Froment.

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient, dans sa séance du 19 juin, de procéder à la réélection de son bureau, dont la composition est la suivante : président : Docteur J. Bongrand ; vice-présidents : Docteurs Tissier-Guy et Herpin ; secrétaire général : Docteur Barlerin ; secrétaires adjoints : Docteurs Boelle et Vaslin ; trésorier : Docteur Armand Lévy ; directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine : Docteur Boelle.

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde méditerranéen antique, l'*Association Guillaume Budé* organise du 17 août au 9 septembre une huitième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce préhellénique et classique.

Le voyage qui aura lieu à bord du *Théophile-Gautier* des Messageries maritimes, comportera l'itinéraire suivant : Marseille, Messine, Taormina, Corfou, Preveza, Actium, Ithaque, Olympie, Sparte, Mistra, la Crète (Candie, Knossos, Phaestos, Haghia-Triada, Gortyne), Santorin, Délos, Mykonos, Syra, Nauplie, Tirynthe, Argos, Mycènes, Epidaure, Rhamnonte, Chalcis, Erétrie, Salamine, Egine, Athènes, Daphni, Eleusis, Corinthe, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'*Association*, la croisière sera accompagnée, au titre de conférenciers, par M. Charles Picard, membre de l'Institut, professeur d'archéologie antique à la Faculté des lettres de Paris, directeur honoraire de l'École française d'Athènes et par M. André Boulanger, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, ancien membre de l'École française d'Athènes.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe). Téléphone : Littré 70-55.

Nécrologie. — Docteur F. BELOUS, de Miribel (Ain), décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur G. RIEU DE VILLENEUVE, de Paris, 8 *ter*, Jean Nicot (VIIe). — Professeur Adrien BAYET (Belgique) décédé à l'âge de 71 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Chimie biologique médicale, par P. CRISTOL. Un vol. de 610 p. (*Collection de Précis médicaux*). Cartonné toile, 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est surtout destiné aux étudiants en médecine. Cependant les étudiants en pharmacie, en sciences, les pharmaciens et les médecins praticiens y trouveront condensées les notions essentielles de la chimie biologique appliquée dont les acquisitions ont été incessantes pendant ces dernières années et dont l'évolution est si intimement liée aux progrès de la médecine.

Conçu d'après un plan nouveau, il ne fait pas double emploi avec l'excellent ouvrage récent de chimie biologique organique de Polonovski et Lespagnol. Son titre de Précis de chimie biologique et médicale montre bien ses limites et son orientation. L'auteur a été amené à passer sous silence soit des sujets traités dans des ouvrages voisins, telles les questions de la ration alimentaire, des échanges nutritifs quantitatifs, soit des notions encore à l'étude : l'oxydo-réduction, la nature des diastases, etc... Par contre d'autres sujets ont été approfondis : le métabolisme des glucides et les conséquences de leur utilisation, les notions nouvelles sur la constitution des chromoprotéides, etc., ou bien étudiées surtout du point de vue médical : les glycuries, les mécanismes régulateurs de la glycémie et de la concentration en ions hydrogène, etc... Souvent d'ailleurs, des schémas d'ensemble résument soit un métabolisme général, soit la filiation chimique ou biologique de certaines classes de constituants.

L'ouvrage comprend quatre parties où les matières sont étudiées successivement du point de vue chimique et du point de vue physio-pathologique.

La première partie comprend les généralités et sert d'introduction à la chimie biologique médicale : Notions générales de physico-chimie biologique ; Composition élémentaire et constituants chimiques des êtres vivants. Elle se termine par un chapitre important et nouveau : la biochimie des hydrocarbures.

La deuxième partie traite des glucides. L'étude chimique des oses, osides, colloïdes osogènes, etc., précède l'étude physiopathologique bien plus importante. Après avoir assisté à la naissance des glucides par la synthèse chlorophyllienne, le lecteur connaîtra les étapes de leur utilisation par les êtres vivants : les fermentations des sucres précédant le sort des glucides dans le tube digestif, le glucose du sang et le mécanisme régulateur de sa concentration, ainsi que les évolutions physiopathologiques des glucides, leur rôle plastique ou énergétique. On trouvera enfin un important chapitre sur les conséquences de l'inutilisation ou de la carence des glucides alimentaires et deux derniers chapitres (qui trouvent là leur place logique) sur les notions d'acidité et d'alcalinité en biologie et le mécanisme régulateur de la concentration en ions hydrogène du sang.

Dans la troisième partie les lipides sont envisagés d'abord du point de vue chimique et ensuite du point de vue physiopathologique avec une importante mise au point des évolutions intra-organiques des acides gras, des alcools des lipides et surtout des stérols.

Enfin la quatrième partie est consacrée aux protides : étude chimique des monopeptides, des polypeptides et des protéides et étude physiopathologique. Ici l'on trouvera, suivis dans tous les détails, l'origine biologique et la digestion des protéides, l'action sur eux des microbes intestinaux, et les évolutions physiopathologiques des constituants les plus importants. Fait suite l'étude de l'ammoniaque et de l'urée, de la créatine et de la créatinine, des déchets sulfurés, etc... Après les nucléo-protéides, l'auteur passe aux chromoprotéides qu'il envisage successivement du point de vue chimique pur, de leur liaison avec l'oxygène et l'oxyde de carbone et du point de vue de la physiopathologie des dérivés tétrapyrroliques : prophyrines, pigment biliaire, urobiline.

Six conférences de Physiologie, par Léon BINET. Un volume de 74 pages, avec 17 figures, 12 francs.) Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ces six conférences rassemblent des acquisitions faites durant les dernières années dans le laboratoire de physiologie du professeur Binet à la Faculté de médecine de Paris :

I. Qu'est-ce qu'un poumon ? — II. Nouvelles recherches biologiques et thérapeutiques sur l'asphyxie. — III. Capsules surrénales et glutathion — IV. L'hyperthermie provoquée (syndrome humoral). — V. Quelques recherches sur le nerf. — VI. Le poisson réactif biologique. Utilisation des poissons dans les essais toxicologiques. Réanimation du centre respiratoire. Les mélanocytes de l'écaille du poisson ; leur utilisation pratique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Vaccinothérapie et sérothérapie contre les maladies provoquées par des virus filtrants

Par le Docteur **Auguste PETTIT**
Professeur à l'Institut Pasteur, Membre de l'Académie de médecine

AVANT-PROPOS

La science a toujours été fertile en surprises et en contradictions, tout au moins apparentes ; pour Claude Bernard, « la morphologie organique caractérise l'être vivant ».

Cette conception a été reprise par Georges Pouchet (1) : « Quand nous jetons les yeux sur le monde au milieu duquel l'homme s'agite, il semble bien au premier abord que tout ce qui vit, la plante, l'animal, même toute partie de ce qui vit, une feuille, un os, a une forme définie dans ses contours, si bien que nous sommes naturellement conduits à voir dans la *forme des êtres organisés un attribut essentiel de la vie*. Au contraire, les gaz qui s'épandent à l'infini, les liquides moulés sur les parois du vase qui en arrêtent l'écoulement, les roches, taillées de mille façons sans cesser d'être la même roche, nous montrent le monde inorganique affranchi, presque tout entier, de la fatalité de la forme.

« Les cristaux, à la vérité, semblent ici faire exception. Eux aussi ont des formes arrêtées, aux contours encore beaucoup mieux définis que ceux de la vie et quelquefois d'une grande élégance. Mais qu'on les broie dans un mortier, ce sera toujours le même corps, ce sera la même espèce chimique, si ce n'est plus le cristal. Un être vivant, la canne à sucre, la betterave râpée, réduites en pulpe, n'ont plus rien d'elles-mêmes. Elles ont cessé d'être, elles ont disparu irrémédiablement ; toute la puissance de la nature, aidée de tout le savoir humain, ne saurait avec cette pulpe les réédifier dans leur forme, tandis que nous pouvons refaire le cristal et le tirer à nouveau de sa poussière.

« L'être vivant considéré en lui-même, indépendamment de ceux dont il dérive et de ceux qui dériveront de lui, est à sa façon, — dans la plupart des cas, car il y a des exceptions, — une sorte d'atome, un tout indivisible. De là cette dénomination très juste d'individu, passée de la philosophie grecque dans la scolastique et, par elle, dans le langage courant pour désigner l'être doué de vie.

« Ce que nous appelons espèce en parlant des plantes ou des animaux n'est, en définitive, que le groupement fait par notre esprit de tous les individus vivants, offrant sensiblement la même forme et que nous sommes fondés par empirisme à croire tous unis dans une parenté commune. »

* * *

Or, dès 1800, au cours de ses recherches sur l'industrie laitière dans le Gloucestershire, Jenner avait établi qu'une attaque de cow-pox immunisait l'Homme contre la variole (small-pox) ; il posait ainsi le principe de la vaccination. A son sens, la source de la variole est représentée par une substance morbide d'une espèce particulière qui, sous l'influence de circonstances spéciales, peut acquérir « the contagious and malignant form » qui est pathogène pour l'homme. Naturellement, Jenner n'a jamais discerné aucun corpuscule figuré et il ne s'agit ici que d'une conception théorique, en quelque sorte métaphysique.

Soixante-dix-neuf ans après, Galtier, que L. Pasteur, Ch. E. Chamberland et E. Roux confirmaient deux ans après, transmettait la rage au lapin. Comme l'immunité contre cette dernière maladie se manifeste dans des conditions comparables à celles où cet état réfractaire s'établit consécutivement aux infections provoquées par les bactéries visibles, L. Pasteur estima être en présence d'un microorganisme qu'il était dans l'impossibilité de discerner avec le microscope courant à cette époque ; du même coup, avant même que la question de la filtration fut agitée, il avait découvert les microbes invisibles ou ultra-virus, ou virus filtrants, pour lesquels, la question de forme ne se pose naturellement pas.

Les microbes proprement dits, que L. Pasteur a fait connaître, les bactéries, ont en moyenne une longueur de 1 millième de millimètre (= 1 μ) ; mais le coccobacille de la peste ne mesure que 0,8 μ, le staphylocoque peut ne mesurer que 0,5 μ, le ferment lactique ne mesure que 0,3 μ, le microbe de la péri-pneumonie 0,2 μ.

En 1903, E. Roux faisait la remarque suivante à propos de ce dernier microbe : « On ne peut pas dire que le microbe de la péri-pneumonie des bovidés est invisible ; il est à la limite de la visibilité et forme comme un passage entre les bactéries ordinaires et celles que le microscope est impuissant à montrer ».

Quand l'arsenal instrumental de la biologie s'enrichit d'un nouvel instrument d'optique, l'ultra-microscope ou microscope à fond noir, l'œil humain put discerner des corpuscules beaucoup plus petits, jusqu'à la limite de 3/1.000 de μ, à laquelle on arrive par des transitions absolument insensibles ; c'est donc là l'appareil d'optique qui convient aux recherches relatives aux virus filtrants, mais il existe des ultra-virus qui ne sont visibles avec aucun appareil et dont certains procédés cependant permettent de soupçonner la présence. Contrairement à la conception classique, il existe donc des microorganismes à propos desquels la notion de morphologie ne saurait intervenir.

En somme, actuellement, la définition pratique d'un ultra-virus se borne à ces deux conditions : c'est un germe dont le diamètre n'excède pas 0,2 μ ; il est toujours invisible au microscope ordinaire, parfois discernable sur fond noir ; il passe à travers la bougie Chamberland, qui est le prototype de cette catégorie d'appareils ; nous n'en distinguerons ici que trois variétés :

A. filtre Chamberland (France) en terre de porcelaine, dont la partie supérieure est seule émaillée ; neuf numéros dont la porosité décroit graduellement ;

B. filtre Seitz (Allemagne) en amiante ; deux numéros de porosité ;

C. filtre Berkefeld (Allemagne) ; trois numéros de porosité.

(1) Ch. H. G. Pouchet (1833-1894) n'a jamais élevé la moindre critique contre L. Pasteur. C'est son père, Félix Archimède, qui crut devoir engager une polémique malheureuse contre l'illustre savant ; sa défaite lui valut une notoriété que ses travaux personnels ne lui auraient jamais acquise.

On ne peut se rendre compte de la porosité de ces filtres que par comparaison avec les espèces bactériennes proprement dites, qui sont retenues par l'appareil de filtration.

C'est ainsi que, si on filtre sur une bougie Chamberland un mélange d'un virus filtrant et d'une culture de bactérie, le *Micrococcus prodigiosus*, par exemple, dont la culture se traduit par un pigment rouge assez éclatant, on obtient un filtrat dont est exclue la bactérie rouge, mais qui, par contre, véhicule le virus filtrant.

Les ultra-filtres au collodion marquent, à tous égards, des progrès sensibles sur les anciens appareils, mais des perfectionnements sont encore nécessaires.

Voici les dimensions de quelques ultra-virus, telles que les filtres permettent de les évaluer (R.-W. Farbrother) :

Virus	*Dimensions en* μ	*Auteurs*
Vaccine	0,125-0,175	Elford & Andrewes.
Herpès	0,1 -0,15	Elford, Perdrau & Smith.
Ectromelia	0,1 -0,15	Barnard & Elford.
Maladie de Borna	0,085 0,125	Elford, Barnard & Galloway.
Fowl Plague	0,06 -0,09	Elford & Todd.
Rift Valley Fever	0,023-0,035	Brown & Findlay.
Fièvre jaune	0,017-0,028	Findlay & Brown.
Louping Ill	0,015-0,02	Elford & Galloway.
Fièvre aphteuse ..	0,008 0,012	Galloway & Elford.
Oxyhémoglobine.	0,003-0,005	Galloway & Elford.
Staphylocoque ...	1 μ	

A la suite de certaines infections provoquées par des maladies à bactéries proprement dites, le sang du patient se charge d'anticorps ; c'est ainsi que le Spirochète ictéro-hémorragique provoque la formation de quatre anticorps : agglutinine, lysine, sensibilisatrice et immunisine, remarquables par la durée de leur persistance et leur titre élevé. Cette condition est réalisée également dans plusieurs maladies provoquées par des ultra-virus ; dans ce cas, après guérison du sujet, le sang est recueilli et utilisé sous le nom de sérum de convalescent (poliomyélite, rougeole, scarlatine), soit à titre prophylactique, soit à titre curatif.

Les virus filtrants ont été signalés dans l'organisme des animaux et des plantes malades ; les affections humaines relevant de cette pathogénie sont assez nombreuses ; je me bornerai à signaler ici : la rage, la poliomyélite, la fièvre jaune, la variole, l'alastrim, l'herpès, etc... La fièvre aphteuse des bovidés est également provoquée par un ultravirus.

* * *

TROIS EXEMPLES DE TRAITEMENT DE MALADIES PROVOQUÉES PAR DES VIRUS FILTRANTS

I. — Rage

L. Pasteur estimait que la rage était provoquée par un virus filtrant. Plusieurs biologistes ont considéré cette conclusion comme erronée ; ils ont décrit des parasites divers et relativement volumineux, dont la « découverte ? » n'a ébranlé, en aucune façon, la conception géniale du Maître. En tout cas, sa méthode continue à fournir d'admirables résultats ; sur les derniers 41.000 hommes mordus par des chiens enragés et vaccinés à l'Institut Pasteur, on ne compte que huit insuccès.

Voici le schéma du procédé original : des lapins sont inoculés avec du virus fixe de rage canine : après leur mort (7 jours), leurs moelles épinières sont desséchées (à l'abri des microbes) dans des bocaux dont le fond est garni de potasse ; au bout de 14 jours, elles peuvent être inoculées sans danger au chien, car la virulence décroît avec le temps qui s'est écoulé depuis le prélèvement ; on prépare une gamme de moelles rabiques de virulence graduée, qui, émulsionnées dans l'eau physiologique, constitueront le vaccin antirabique.

Le traitement pastorien de la rage demeure un enseignement fécond pour tous les microbiologistes qui doivent, le cas échéant, s'en inspirer avec discernement ; pour ma part, ce fut le principe directeur des recherches exposées ci-après.

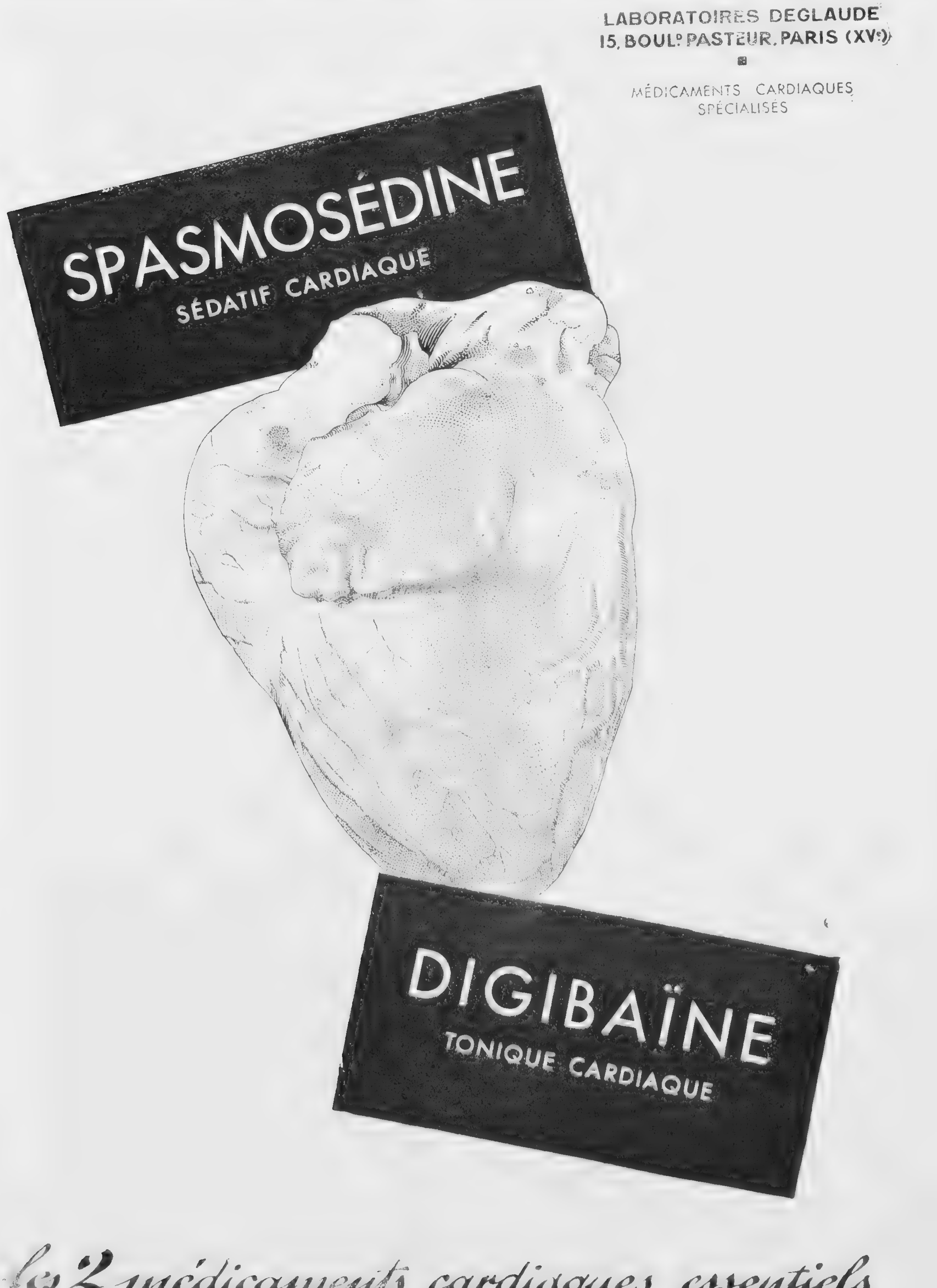
Ce procédé fut appliqué, pour la première fois, le 6 juillet 1885, à un petit alsacien âgé de 9 ans, Joseph Meister, qui actuellement travaille encore à l'Institut Pasteur.

Cet événement mémorable a été relaté par R. Vallery-Radot, le gendre et l'historiographe du Maître, en ces termes :

« Quant à la fin de cette journée du 6 juillet, Vulpian et Grancher vinrent voir le petit Meister et examiner le nombre, l'intensité et le siège des morsures — quelques-unes particulièrement graves, surtout celles de la main, — ils décidèrent qu'il fallait, le soir même, faire la première inoculation. On prendrait la moelle la plus reculée, la moelle de quatorze jours, sans nulle virulence, et l'on remonterait ainsi jusqu'aux moelles fraîches. Bien que l'inoculation fût très facile, car il ne s'agissait que d'injecter au flanc, à l'aide de la seringue de Pravaz, quelques gouttes du liquide préparé avec un des fragments de moelle, le petit Meister pleurait d'avance comme s'il se fût agi d'une grande opération. Ce fut bien vite fait de le consoler tant la piqûre était légère. Pasteur avait organisé, dans le vieux collège Rollin, une chambre pour la mère et l'enfant. Il voulait que rien ne leur manquât. Le lendemain matin, Joseph Meister ne tarda pas à s'amuser comme s'il revenait sans devoirs et sans leçons de son école de Meissengott. »

Après la moelle de quatorze jours, on lui inocula celle de douze, puis celle de onze, et ainsi de suite ; le dixième jour, il recevait celle de virus fixe, sortant d'un lapin pris de rage en sept jours, plus dangereuse que celle des chiens des rues. Pasteur s'était décidé à donner à l'enfant cette injection si virulente à cause de la gravité de ses morsures, il voulait porter au maximum son état réfractaire ; ce n'était cependant pas sans angoisse qu'il avait pris pareille résolution, et ceux qui l'ont vu de près à ce moment-là savent les heures pénibles qu'il traversa. La dernière inoculation faite, Pasteur passa une nuit cruelle. L'insomnie, qui épargne d'ordinaire les hommes d'action, ne ménage pas les hommes de pensée. Ce mal les étreint. A ces heures lentes et sombres de la nuit où tout est déformé, où la sagesse est en proie aux fantômes, Pasteur, hors de son laboratoire, perdant de vue l'accumulation d'expériences qui lui donnait la certitude du succès, s'imaginait que cet enfant allait mourir.

Puis, à mesure que les jours succédaient aux jours, l'éclosion de la rage chez le petit Meister devenait moins probable, et Pasteur reprenait le calme que ses innombrables expériences antérieures lui imposaient. Il attendit le 26 octobre 1885 pour exposer sa découverte à l'Académie des sciences. Trois mois et trois semaines avaient passé depuis que l'enfant, blessé d'une si atroce façon, était arrivé dans son laboratoire et il se portait toujours très bien. Joseph Meister avait échappé, disait Pasteur, non seulement à la rage que ses morsures auraient pu développer, mais à celle que je lui ai inoculée pour contrôle de l'immunité due au traitement, rage plus


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

virulente que celle des chiens des rues. Et Pasteur terminait sa communication en annonçant qu'il avait dû commencer le traitement d'un second enfant, presque un adolescent, mordu par un chien enragé et venu, comme le petit Meister, lui demander ses soins ».

II. — Poliomyélite

Au cours de la guerre 1914-1918, une fois la spirochétose ictéro-hémorragique décelée aux armées, il y eut lieu de rechercher un sérum contre cette infection.

Cette maladie est provoquée par un microorganisme, le *Spirochæta icterohemorragiæ*, découvert au Japon par le Professeur Inada et appartenant au même groupe que le tréponème de la syphilis.

Ce germe une fois connu, il n'y avait plus qu'à s'inspirer des enseignements des devanciers et qu'à tenter de préparer un sérum suivant les procédés classiques. Mais, première difficulté, au début, je ne savais pas cultiver le Spirochète ictéro-hémorragique.

Il ne fallait cependant pas désespérer, car certains faits étaient riches d'enseignements : le *Spirochæta icterohemorragiæ* pullule dans les tissus de l'animal infecté et les modifie profondément.

Examinons une coupe du foie d'un cobaye mort de spirochétose ictéro-hémorragique : les lobules sont complètement disloqués et la plupart des cellules sont dégénérées.

Dans le rein, les lésions ne sont pas moins apparentes et les cylindres sont nombreux. De plus, fait important, qui mérite de retenir l'attention, à l'état adulte et normal, chez l'homme et chez les mammifères, le foie et le rein ne se rénovent que par voie de division directe. Or, quand le sujet est atteint de spirochétose ictéro-hémorragique, des caryocinèses apparaissent dans les cellules hépatiques et rénales.

Actuellement, avec les conceptions régnantes, il n'y a qu'une façon d'expliquer ces modifications tissulaires : le microorganisme pathogène excrète une toxine dans l'intimité des tissus.

Nous avons acquis ainsi une notion qui nous achemine dans la direction générale, mais nous n'avons toujours pas de culture.

Si, derechef, nous examinons un rein, un foie ou une surrénale au sein desquels les Spirochètes sont mis en évidence, nous sommes frappés par le nombre considérable de parasites qu'ils renferment.

Ces constatations nous ont conduit, Louis Martin et moi, à tenter de substituer, aux cultures utilisées (antigènes) pour les autres sérums, des parenchymes organiques de cobaye, riches en Spirochètes.

Nous avons tout d'abord expérimenté sur le cheval, en procédant avec beaucoup de ménagements, car les faits connus pouvaient faire redouter des accidents anaphylactiques ; heureusement, ceux-ci ne se sont pas produits.

Pratiquons donc, sur un cheval, une série d'injections hebdomadaires, de parenchymes tissulaires de cobaye, riches en Spirochètes (foie, surrénales, accessoirement rein) ; saignons ce cheval trois mois après : son sérum jouit des mêmes propriétés que les autres sérums thérapeutiques.

Inutile de dire que, dès que j'ai pu cultiver le *Spirochæta icterohemorragiæ*, j'ai abandonné ce procédé grossier et j'ai utilisé des cultures, comprenant le milieu et les corps microbiens.

Mais cette expérience a constitué, pour moi, un enseignement qui m'a permis, comme vous le verrez, de préparer du sérum antipoliomyélitique.

En 1917, il se produisit, en France, ce qu'on a appelé à tort une épidémie de poliomyélite ; il faudrait plutôt parler de foyers multiples de poliomyélite, car cette affection, qui est certainement plus répandue qu'on ne le pensait, n'a pas constitué heureusement une véritable épidémie. Néanmoins le nombre de cas devint inquiétant et l'Institut Pasteur fut invité à s'occuper de la question.

A cette époque, on ne disposait que du sérum de convalescent (A. Netter et C. Levaditi). Assurément, il s'agit là d'une thérapeutique assez souvent efficace ; mais le sérum n'est obtenu qu'en quantité insuffisante ; pratiquement il ne peut pas être dosé ; il peut transmettre une maladie infectieuse.

Le problème était embarrassant, car aucun microbiologiste ne connaît encore le microbe authentique qui produit la poliomyélite.

Cependant, si on étudie les lésions qui caractérisent cette maladie, on observe des modifications tissulaires qui prouvent qu'il y a un virus ; celui-ci était inconnu à l'époque (1917) à laquelle j'ai commencé à travailler et la question est restée sensiblement aussi obscure.

Dans les ganglions rachidiens, les cellules nerveuses sont séparées les unes des autres par des cellules d'infiltration. La moelle épinière est le siège du même processus. Au pourtour des vaisseaux, les cellules d'infiltration dessinent des sortes de manchons et il se produit au niveau de ces éléments un phénomène des plus intéressants à observer : la neuronophagie.

Comment expliquer ces faits ? Une seule conclusion est légitime : le tissu nerveux héberge un microorganisme, que nous sommes incapables de voir et de cultiver, et une toxine que nous ne pouvons pas isoler.

Mais, tentons une expérience : inoculons, hebdomadairement, à un cheval, de la moelle épinière d'un animal ayant succombé à la poliomyélite.

Recueillons, au bout de trois mois, le sérum dudit cheval : ce liquide jouit de propriétés virulicides manifestes. Aussi, dès 1918, ai-je proposé aux cliniciens le sérum antipoliomyélitique d'origine animale. Voici, en bref, le bilan de cet agent médicamenteux, tel que l'ont établi les médecins de France et de l'étranger en seize années d'expérimentation clinique :

A condition d'être instituée dans les mêmes conditions que la sérothérapie antidiphtérique, les résultats de la sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Si on injecte à des malades du sérum à la phase préparalytique, il ne se produit ultérieurement ni paralysie, ni parésie ;

2° Le sérum bloque l'infection, agit efficacement contre l'ascension du virus, par conséquent contre les troubles bulbaires ;

3° Il diminue la gravité des séquelles quand il ne les supprime pas ;

4° Il guérit les paralysies de nombre d'adultes. Le fait a été établi par le Professeur Etienne, de Nancy, et confirmé par le Professeur Bremer, de Munich. Cette constatation a été étendue à nombre d'enfants par le Professeur A. Casassa, de Turin.

Enfin, le sérum abaisse la mortalité de moitié environ.

III. — Fièvre jaune

En appliquant, *mutatis mutandis*, au cheval et au singe, le procédé qui fournit le sérum antipoliomyélitique utilisé

en thérapeutique humaine, j'ai obtenu, avec G. Stéfanopoulo, un sérum doué d'un pouvoir virulicide très marqué : l'antigène est, dans ce cas représenté par du foie de singe mort de fièvre jaune expérimentale.

Ce sérum est prophylactique et curatif pour le singe *Macacus rhesus* ; mais il n'a pas encore été appliqué à l'homme sur une échelle suffisamment étendue pour qu'on puisse juger de sa valeur thérapeutique.

Par contre, il est utilisé pour la séro-vaccination (1) antiamarile de l'homme. Conformément à mon attitude habituelle, je m'abstiendrai de toute appréciation personnelle relativement à un sérum préparé par moi-même.

Pour le moment, il ne s'agit ni de noircir du papier, ni de faire des conférences ; il faut expérimenter conformément aux directives de l'Office international d'hygiène publique, qui, au cours de la session d'octobre 1934, a soumis la question de la vaccination antiamarile à un examen approfondi et dont voici les conclusions votées à l'unanimité :

« *Vaccination antiamarile.* — Tout en rappelant la « méthode sérum-vaccin de Beaurepaire-Arago, la Com- « mission constate qu'actuellement deux méthodes de « vaccination antiamarile sont en usage général.

« D'abord la méthode de Sawyer-Kitchen-Lloyd, avec « les modifications de Findlay et de Pettit et Stéfano- « poulo. Cette méthode comporte l'emploi d'immun-sérum « et de virus neurotrope vivant, fixé sur la souris.

« En second lieu la méthode Laigret, dans laquelle on « emploie seulement le même virus vivant, à divers stades « d'atténuation.

« La Commission est d'avis que la vaccination anti- « amarile est à recommander. Elle fait toutefois la remar- « que que l'emploi d'un vaccin constitué par du virus « vivant, sans immun-sérum, semble comporter certains « risques qui incitent à la prudence.

« A l'heure actuelle, quoique le pouvoir protecteur de « ces divers vaccins ait été prouvé par des méthodes bio- « logiques, la Commission ne peut émettre d'avis sur « leurs avantages respectifs.

« Elle attire l'attention sur le fait que, pour pouvoir « juger, dans la pratique, de leur valeur respective au « point de vue de la protection conférée aux vaccinés « contre le virus circulant dans les pays d'endémicité, il « faudra suivre ces vaccinés au cours de leur existence « dans ces pays.

« Elle insiste donc sur la nécessité d'un tel contrôle et « attire à cet égard, d'une manière très pressante, l'atten- « tion des divers pays pratiquant la vaccination ».

Au cours de sa dernière session (avril-mai 1935), l'Office international d'hygiène publique à pris à l'unanimité la décision suivante : « La Commission croit devoir maintenir l'opinion qu'elle a exprimée dans son rapport de la précédente session d'octobre 1934 ».

***

En ce qui concerne l'Empire britannique, le Docteur G.-M. Findlay est seul autorisé à vacciner contre la fièvre jaune ; le Gouvernement anglais a interdit les procédés qui utilisent seulement le virus vivant ; le Docteur G.-M. Findlay pratique, exclusivement, en Afrique, la séro-vaccination (sérum antiamaril de cheval) ; il conclut que : « le « sérum antiamaril de Pettit et Stéfanopoulo peut être « préparé en quantités illimitées; la *sérum-virus-vaccination* « contre la fièvre jaune peut donc être pratiquée à l'heure « actuelle sur *une échelle aussi large* qu'il sera jugé à pro- « pos ».

(1) Je ne puis laisser passer l'expression de vaccination antiamarile sans rendre hommage à mon éminent collègue Max Theiler qui a adapté le virus amaril à la souris. Tous les microbiologistes qui ont proposé des vaccins contre la fièvre jaune utilisent le virus d'origine murine.

Compression du canal cystique par adénopathie inflammatoire

Par MM. G. FAROY et Henri DANY (de Vichy)

Depuis une communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris par Brulé, Costédoat et Gatellier (1), depuis la publication d'un travail d'ensemble de Brulé et David (2) et de la thèse de ce dernier (3), les obstructions cholédociennes par adénopathies paraissent constituer un chapitre étiologique intéressant des ictères chroniques.

Leur rareté seule les avait fait négliger jusqu'à présent.

Presque au même moment nous avons pu observer un cas de *compression du canal cystique par une adénopathie inflammatoire*, qui parait plus rare encore. Voici notre observation :

Germaine R..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Bichat, le 19 septembre 1933, pour des douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit remontant à plusieurs mois, mais surtout marquées depuis quelques semaines.

Les *douleurs épigastriques*, à type de pesanteur, de gène, accompagnées de sensation de ballonnement, de gonflement, sont d'un horaire précoce. Elles suivent immédiatement les repas, mais n'ont aucun rythme précis. Leur reproduction reste irrégulière, comme leur intensité.

Les *douleurs de l'hypocondre droit*, plus continues, consistent en un endolorissement, une sensation sourde de striction sous-costale. Elles se doublent parfois d'épisodes plus douloureux, avec irradiations en ceinture, irradiations dorsales et même scapulaires droites, gênant l'inspiration forcée. Ces paroxysmes sont souvent consécutifs à l'ingestion de chocolat, d'œufs ou d'aliments gras.

La malade n'a jamais eu de *vomissements* alimentaires, mais elle présente parfois des *pituites* le matin à jeun ou des *nausées*. Celles-ci se manifestent souvent et aussitôt après les repas.

La malade a perdu tout appétit. Elle a maigri de 4 kgr. depuis un mois. Elle est habituellement constipée, mais a présenté des crises de diarrhée post-prandiale

Elle accuse encore une *asthénie* très marquée et une *céphalée* fréquente, à prédominance occipitale, affectant parfois au moment des règles un type migrainoïde.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le *père* (décédé) et la *mère* auraient eu des crises douloureuses, attribuées au foie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La malade a eu un ictère à l'âge de 11 ans et ayant duré environ trois semaines.

A l'âge de 19 ans, elle a été soignée dans le service du Professeur Lemierre pour un second ictère, mais d'un type très spécial.

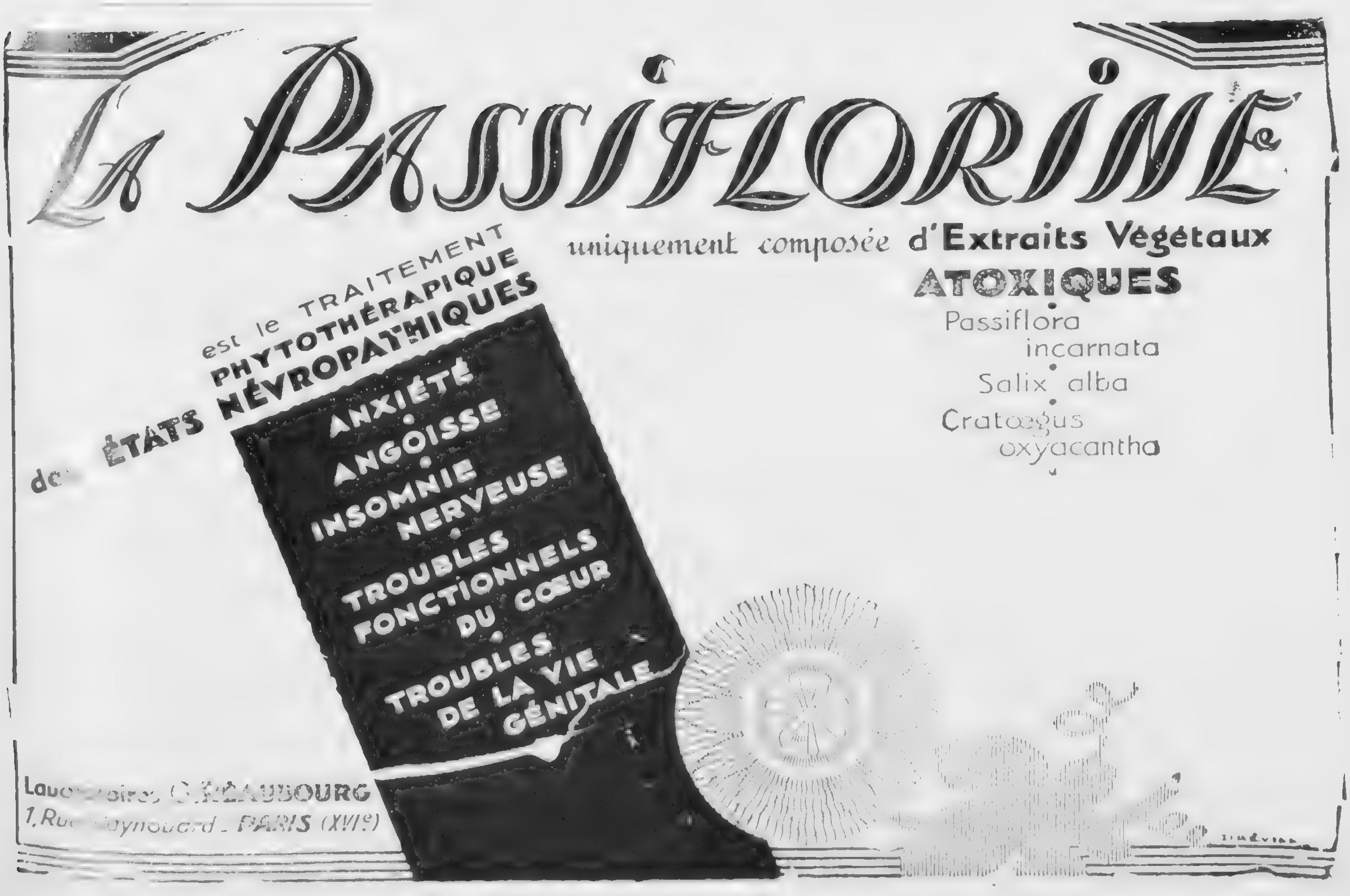
En octobre 1931, un mois et demi après une grippe (?) très fébrile et de durée prolongée, elle constate que ses téguments jaunissent, en même temps que surviennent des douleurs dans la région sous-costale droite.

(1) BRULÉ, COSTEDOAT et GATELLIER. — *Soc. méd. hôp. Paris*, 1933 n° 24.

(2) BRULÉ et DAVID. — *Presse Médicale*, 1934, n° 52.

(3) Jean DAVID. — Les obstructions cholédociennes par adénopathies, inflammatoires simples. *Thèse*, Paris, 1934.


HYGIÈNE
JOURNALIÈRE
DES YEUX
DOUCHE OCULAIRE
PROTECTION DE LA
BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
HYGIÈNE JOURNALIÈRE DES YEUX
Traitement des **états inflammatoires des yeux et de leurs annexes :** conjonctivites rebelles, blépharites, suite de maladies infectieuses, etc...
Contre les affections oculaires consécutives au surmenage visuel. Amélioration de la vision des **porteurs de verres** et des **yeux faibles** par la décongestion oculaire.
BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
Décongestif _ Astringent _ Antiseptique
Aucune contre-indication _ Aucun toxique
ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE
Laboratoires P. FAMEL, 16-22, rue des Orteaux, PARIS 20°


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
PARIS (XVI°)

Les douleurs irradient en bretelle, s'exagèrent après les repas et semblent très voisines de celles que la malade présente actuellement.

L'ictère, jaune foncé, sans prurit, ni bradycardie, avec des selles incomplètement décolorées, des urines foncées avec Gmelin et Hay positifs, dure pendant plus d'un mois et décroît très lentement au cours d'une atteinte congestive de la base du poumon gauche ; il est apyrétique, sans atteinte rénale, mais il s'accompagne d'une anémie très marquée.

A l'entrée la numération globulaire est : G. R. : 2.980.000 ; G. B. : 4.000. Elle remonte lentement vers la normale.

Le foie légèrement gros (dépassant de deux travers de doigts le rebord costal) diminue lentement de volume. La rate n'est pas palpable.

En résumé, la malade semble avoir fait, à cette époque, un ictère infectieux avec des douleurs spontanées et provoquées de la région sous-hépatique.

Depuis cette époque, ces mêmes douleurs ont réapparu par à-coups et l'épisode actuel ne paraît en être que la continuation. Il importe de noter que même avant cet ictère la malade prétend les avoir présenter de façon légère et intermittente.

Autres antécédents. — Ethylisme avoué (coktails) ; *troubles génitaux* : règles irrégulières et douloureuses, crises de métrite et d'annexite double.

Examen actuel de la malade. — Tout l'hypocondre droit est sensible, mais la région vésiculaire est particulièrement douloureuse.

Le foie déborde à peine : la rate est normale. Pas de points phréniques.

Pas de subictère. La température est normale.
Urines : normales. *Constipation légère.*
Cholestérine : 1 gr. 66 ‰.
Temps de saignement : 4 minutes 1/2.
Temps de coagulation : 7 minutes.
B. W. négatif.

Chimisme gastrique après injection d'histamine, sensiblement normal.

Tubage duodénal, les 5 et 11 octobre 1933, 2 heures après l'introduction de la sonde, on retire quelques gouttes de bile jaune alcaline ; pas de bile B après deux excitations magnésiennes, mais simplement de la bile jaune clair.

Choléocystographie. — La vésicule est invisible ; pas d'images de calculs.

Diagnostic. — *Cholécystite ; vésicule exclue.* Le traitement médical habituel n'ayant amené aucune amélioration, on décide de faire opérer la malade.

Intervention le 3 novembre 1933. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Exploration des voies biliaires.

La vésicule un peu grosse parait normale. Il existe des adhérences fixant la vésicule à la paroi antérieure de l'hiatus de Winslow. Mais la vésicule ne contient pas de calcul.

Libération des adhérences.

La palpation des conduits biliaires permet d'apprécier un nodule gros comme une noisette situé à la partie moyenne du trajet. On pense à un calcul du cystique. Mais la dissection montre qu'il s'agit d'un ganglion de la grosseur d'une petite noisette, situé dans l'angle formé par l'hépatique et la cystique. Fermeture en deux plans au catgut après ablation de ce ganglion.

Examen histologique. — Il s'agit d'un ganglion inflammatoire presque entièrement sclérosé, ce qui prouve l'ancienneté de la lésion et l'atténuation actuelle de l'infection.

Evolution : 1° Immédiate. — *Dans les semaines qui suivent l'intervention*, on constate :

a) Une amélioration indiscutable des troubles précédemment accusés ; disparition totale des douleurs sous costales droites ; apparition de l'appétit. La malade prend du poids ; disparition des nausées.

b) Une complication colitique. — Aussitôt qu'on essaie d'augmenter l'alimentation de la malade en remplaçant les féculents ou les hydrates de carbone par des aliments gras ou protéiques, on provoque une diarrhée bilieuse répétée avec douleurs très vives de tout le cadre colique et brûlures et ténesme anaux. On est obligé de procéder très lentement au changement de régime.

c) *Tubages duodénaux.* — Les premiers tubages duodénaux (6 décembre 1933 et 2 janvier 1934) provoquent l'issue de bile jaune, sans bile B.

Celui du 16 janvier 1934 aboutit après excitation magnésienne, à l'issue d'une bile jaune un peu plus sombre. On injecte alors de l'huile d'olive : 38 c.c. de bile B, louche (avec polynucléaires, hématies, staphylo, coli).

Le 20 mars 1934. Le tubage reste sans résultat net.
Le 7 avril 1934. Pas de bile B.
Le 17 mai 1934. 31 c.c de bile B, verte, de teinte normale.
Le 28 juin 1934. Pas de bile B.

d) *Cholécystographie.* — Le 18 décembre 1933. Vésicule visible assez volumineuse.

Le 24 janvier 1934. Mauvaises radios (aérocolie). Vésicule douteuse.

Le 9 février 1934. Vésicule visible, mais mal teintée.
Le 9 mai 1934. Vésicule très nette, volumineuse.

2° Tardive. — L'amélioration persiste pendant près de cinq mois. Au bout de ce temps, la malade qui a quitté l'hôpital depuis deux mois et a repris son existence agitée habituelle, sans suivre de traitement ni de régime, voit réapparaitre ses douleurs.

Elle entre à nouveau à l'hôpital, où le Meltzer-Lyon donne des résultats inconstants (tantôt présence de bile B, tantôt absence), et où la cholecystographie montre nettement une vésicule volumineuse ; le cystique est donc toujours perméable. Elle sort très améliorée le 31 juillet, après avoir été soumise à un traitement et à un régime sévère et après quelques applications de diathermie et de rayons infra-rouges.

Il s'agit, en résumé, d'un cas d'exclusion de la vésicule par adénopathie inflammatoire du confluent cystico-cholédocien, la compression ganglionnaire ne s'étant exercée que sur la cystique, vu l'absence d'ictère et de troubles de l'excrétion biliaire. Le tableau clinique était celui qu'il est habituel d'observer dans la cholécystite et rien ne pouvait faire prévoir la cause réelle de l'exclusion vésiculaire.

Un premier intérêt de notre observation réside, nous semble-t-il, dans le fait que l'exclusion du cholécyste a été vérifiée par l'épreuve de Meltzer-Lyon et par la cholécystographie et qu'après la levée opératoire de la compression, les mêmes examens ont apporté la preuve du rétablissement du fonctionnement vésiculaire.

Avant même que ces derniers ne soient pratiqués à nouveau, il nous a paru qu'un ensemble de symptômes cliniques, observés après l'opération, permettait déjà de croire au retour de la perméabilité du cystique ; ce sont les diarrhées biliaires accompagnées de douleurs intestinales très vives, traduisant vraisemblablement des décharges biliaires abondantes et ayant leur point de départ dans une vésicule dont le fonctionnement reprenait d'une façon brutale et anormale.

Déclenchés par certains aliments, ces troubles intestinaux se sont peu à peu atténués, puis ont disparu.

Un deuxième point important est que la sténose du cystique était avant tout d'origine extrinsèque ; étant donné les antécédents de la malade, nous pensons cependant qu'il existait un certain degré de cholécystite et d'inflammation du cystique, car les fonctions vésiculaires ne se sont rétablies que lentement et irrégulièrement, comme si les lésions muqueuses ou pariétales n'avaient cédé que progressivement et incomplètement, sous l'influence d'un traitement médical, après la suppression de l'obstacle principal.

Si la cause d'obstruction avait été uniquement mécanique, si les deux organes avaient été sains, ceux-ci auraient repris un fonctionnemont normal immédiatement après l'opération.

L'altération des parois doit donc entrer en ligne de compte, ainsi que le suggère Desmarest (1), dans la genèse des ictères par adénopathie ; elle peut du reste isolément aboutir à l'exclusion de la vésicule.

(1) Desmarest. — *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1er avril 1935.

L'existence de la cholécystite est encore démontrée par ce fait, qu'améliorée pendant près de cinq mois, la malade a vu réapparaître ses crises douloureuses après deux mois de reprise d'une existence un peu agitée, pendant lesquels elle n'a suivi aucun traitement, ni aucun régime.

Cette atteinte inflammatoire de la vésicule nous parait expliquer l'existence de l'adénopathie; celle-ci, purement inflammatoire elle aussi, sans traces d'infection tuberculeuse ou de lésion tumorale, était vraisemblablement secondaire à l'affection du cholécyste et il devient alors facile de comprendre la genèse et la marche des symptômes.

Peut-être est-ce là une pathogénie d'une certaine fréquence, dans l'exclusion vésiculaire.

Des faits de telle nature semblent rares, car nous n'en connaissons pas, sauf erreur, dans la littérature médicale, et il semble que le plus souvent la compression porte sur le cholédogue.

Cependant, David rapporte, dans sa thèse, une observation de Most et Séverin (1) dans laquelle un jeune homme de 21 ans voit brusquement apparaître avec des vomissements, des douleurs de l'hypocondre droit, spontanées aussitôt après les repas et provoquées, sans ictère.

Le diagnostic d'ulcère duodénal ayant été porté, on opère et on trouve uniquement une vésicule un peu grosse et des ganglions, dont l'un calcifié, là où la voie biliaire disparaît derrière le duodénum ; ces ganglions sont enlevés et tous les phénomènes observés disparaissent. Il s'agissait histologiquement de ganglions « hyperhémiés, avec congestion folliculaire et prolifération endothéliale modérées, sans tuberculose, ni inflammation spécifique ».

Il est permis de se demander, vu l'absence d'ictère et l'hypertrophie vésiculaire, si l'adénopathie ne comprimait pas le cystique plus que le cholédoque et si les crises douloureuses signalées n'étaient pas d'origine vésiculaire. Il ne semble pas qu'une épreuve de Meltzer-Lyon ni une cholécystographie aient été pratiquées, et c'est regrettable.

On pourrait dans ce cas, comme dans le nôtre, objecter que peut-être l'oblitération portait sur l'hépatique seul et que la bile ne parvenait pas dans la vésicule. On sait, en effet, qu'il peut exister des compressions et des obstructions incomplètes du cholédoque sans ictère.

Récemment, à la Société des chirurgiens de Paris, Peugniez (2) a rapporté le cas d'une femme de 37 ans, présentant depuis plusieurs années des crises de coliques hépatiques fébriles, répétées, *sans ictère*, ayant abouti à la *cholécystectomie*.

Les crises douloureuses ayant continué, on porte le diagnostic d'angiocholite biliaire déterminée par un calcul du cholédoque.

Une nouvelle intervention montre, outre l'absence de calcul, que le cholédoque est « aplati par une masse du volume de la deuxième phalange du pouce, dure, adhérente, située en arrière et en dehors de lui ; c'est un ganglion, on l'enlève ». Les crises ont disparu depuis. On ne peut ici incriminer la vésicule, puisqu'elle avait été enlevée.

Nous pensons cependant que, dans notre observation, la sténose cystique doit être considérée comme réelle ; en effet l'absence d'ictère et de décoloration des matières montrent que la bile passait dans la voie principale et que par conséquent rien ne l'aurait empêcher de pénétrer dans la vésicule, si la cystique avait été perméable. Or, ainsi qu'on l'a vu, la cholécystographie et l'épreuve de Meltzer-Lyon ont prouvé qu'il n'en était rien et que l'ablation du ganglion avait suffi à rétablir le fonctionnement vésiculaire.

Nous croyons donc pouvoir conclure à une *compression du cystique par une adénopathie inflammatoire, secondaire à une cholécystite*, l'inflammation du canal jouant un rôle dans sa sténose.

(1) Most et Séverin. — *Brun's Beitrage z. Klin. Chir.*, 1929, 145-613.
(2) Peugniez. — *Soc. des chirurgiens de Paris*, 20 octobre 1933.

VARIÉTÉS

Une consultation radiesthésique

Le hasard nous met entre les mains une curieuse consultation radiesthésique, qui nous paraît constituer un exemple typique de la pratique de cette nouvelle spécialité.

Voici les faits dans toute leur nudité ou, si l'on préfère, dans toute leur beauté.

Il s'agit d'une de nos malades, Mme D..., âgée de 43 ans, habitant à 200 kilomètres de la ville où nous exerçons et que nous avions eu à traiter pour une lésion tuberculeuse exsudative classique du sommet gauche avec hémoptysies abondantes.

De 1925 à 1930 la lésion évolua lentement, mais régulièrement, vers la cicatrisation et tout allait pour le mieux quand Mme D... se plaignit un jour de ne plus y voir assez pour broder.

L'oculiste, auquel nous l'adressâmes, se contenta de prescrire des verres, qui n'apportèrent du reste aucune amélioration ; sur ce, la malade — ou, plus exactement, l'ex-malade — retourna dans son pays.

Ses yeux lui donnaient beaucoup de tourment ; sa vue baissait petit à petit ; les nombreux oculistes consultés n'avaient ni diagnostic ni traitement, pour ainsi dire ; naturellement la syphilis fut prise en sérieuse considération et on épuisa, sans succès du reste, la gamme des antisyphilitiques.

Les laboratoires furent peu affirmatifs, à l'exception d'un seul qui découvrit que le Bordet-Wassermann était fortement positif avec le liquide céphalo-rachidien.

La radiographie révéla une base du crâne banale.

La vue continua à baisser lentement, mais sûrement ; les oculistes se succédèrent, les traitements aussi : injections de lait, d'acécoline, de lipiodol, etc...

Comme la malade possédait trente dents, on les inspecta minutieusement et la dent de sagesse inférieure droite, tenue en suspicion, fut extraite conformément au rite américain.

Sur ces entrefaites nous conseillâmes de prendre l'avis du Professeur Terrien, qui nous transmit la note suivante, à la date du 12 novembre 1334.

Atrophie optique complète des deux côtés, primitive, n'ayant pas été précédée d'une inflammation comme le montre la netteté des bords de la papille ; étiologie ? atrophie descendante, d'origine cérébrale (méningite tuberculeuse ou autre, peut-être syphilis, bien que non syphilitique d'aspect).

Le mari de la malade avait été averti par le Professeur Terrien de la gravité implacable et de la marche progressive de la compression : tout en conservant son entière confiance au maître, il tente de se raccrocher à la plus petite chance d'améliorer l'état de sa femme atteinte à l'heure actuelle de quasi-cécité ; il nous tient au courant de toutes ses tentatives ou expériences, ce dont nous lui som-


PRIMUM NON NOCERE
Aucune contreindication

mes fort reconnaissant. puisque nous sommes loin d'être un « homme efficace » dans ces circonstances.

Nous avons donc reçu la lettre suivante :

Bien cher Docteur.

... Voici ce qui s'est passé ces temps derniers, des amis arrivant de C... sont venus nous voir et nous ont bien engagé de consulter un radiostiésiste qui découvrirait certainement la source du mal qui rend notre pauvre M... aveugle... et devant tant d'éloges nous nous sommes décidés d'écrire en lui ajoutant un mot écrit de sa main.

Nous recevons sa réponse à l'instant et nous nous empressons de vous l'envoyer pour que vous en preniez connaissance et nous dire vraiment ce que vous en pensez...

Le spécialiste-radiesthésiste remplit à ses moments perdus le ministère de curé-doyen d'une paroisse du Midi et du vrai.

Sa réponse comprend une lettre d'envoi, une consultation et une ordonnance, le tout tapé à la machine ; seule la lettre est signée.

1° **La lettre.**

B..., le 18 juin 1935.

Madame,

En réponse à votre lettre du 7 juin, je vous adresse l'examen radiesthésique de votre fille. Les chiffres indiquent la longueur d'onde relative de la radiation maladie.

Je lui trouve plusieurs affections qu'il est indispensable de soigner séparément : Tout d'abord le toenia de l'estomac. Pour l'expulser je vous fais expédier par un spécialiste une cure que je sais très efficace. Vous voudrez bien écrire ou envoyer des cheveux un peu avant la fin du dernier flacon pour savoir s'il est parti.

Il y a en second lieu une infection bacillaire du sang, principale cause de la cécité que je crois pouvoir vous promettre de faire disparaître après le toenia.

Agréez, Madame, mes sincères salutations.

X..., curé.

2° **La consultation.**

B..., le 18 juin 1935.

Mademoiselle M. D...

1. Foyer bacillaire à la tête de l'humérus gauche 210.
2. Foyer bacillaire à la tête fémorale gauche 200.
3. Congestion du rein gauche 230.
   Insuffisance du rein droit avec foyer bacillaire 180.
4. Foyer bacillaire à la vessie 180.
5. Congestion du plexus solaire 210 avec foyer bacillaire 190.
6. Insuffisance du lobe droit du foie et de la vésicule biliaire.
7. Congestion du lobe gauche 210 avec foyer bacillaire 180.
8. Insuffisance de la rate.
9. Foyer bacillaire du col de l'utérus 210.
10. Foyer bacillaire à l'intestin 150.
11. Congestion du poumon gauche 80 avec foyer bacillaire 250.
    Congestion du sommet droit 160.
12. Congestion du cervelet 200 avec foyer bacillaire 210.
13. Toenia 330 à l'œsophage et à l'estomac.
14. Yeux : Insuffisance des deux cristallins avec foyer bacillaire 190.
15. Vitalité : 170.

3° **L'ordonnance.**

Pour ver dans l'estomac :
Réaction radiesthésique.

Suivent deux noms de spécialistés numérotées et l'adresse d'un pharmacien.

Les documents, — ce sont des documents, — que nous venons de présenter, sont authentiques, rigoureusement authentiques ; nous avons même respecté l'orthographe.

Les médecins, qui les liront, réagiront suivant leur tempérament et leur caractère, en augmentant, suivant qu'ils s'indigneront ou s'esclafferont, la longueur d'onde de leur foie ou de leur rate.

Pour nous, et, jusqu'à preuve du contraire, nous considérerons comme un saint homme ce curé-doyen, qui, par le simple examen des cheveux, peut affirmer si un toenia (*sic*) a été remis en liberté ou non.

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Il faut toujours penser au cancer du poumon en présence d'une pleuro-broncho-pneumopathie qui ne fait pas sa preuve d'une autre origine. — Il faut d'autre part recourir à toutes les méthodes d'investigation, pour reconnaître ses différentes formes parmi lesquelles les formes cavitaires sont les plus importantes.

Les cavernes s'observent dans 25 p. 100 des cancers du poumon.

Il convient de distinguer : les cavernes tumorales, fréquentes, développées au sein de la néoplasie ; et les cavernes paratumorales, rares, formées dans le parenchyme du voisinage. Les cavernes tumorales et paratumorales sont nécrosantes ou suppurées. Les cavernes nécrosantes, également tumorales et paratumorales, sont silencieuses, retentissent peu sur l'état général, déterminent des hémoptysies et donnent un minimum de signes physiques, cliniques et radiologiques.

Les cavernes suppurées, apanage presque exclusif des cavernes tumorales sont plutôt bruyantes altèrent beaucoup l'état général, s'accompagnent, outre d'hémoptysies, d'une abondante expectoration purulente, et se traduisent habituellement par des signes physiques, cliniques et radiologiques. Toutes les formes anatomo-pathologiques peuvent se compliquer de cavernes.

La lésion initiale est la nécrose, conséquence de troubles circulatoires dans les vaisseaux bronchiques oblitérés dans la caverne tumorale ; comprimés dans les cavernes paratumorales.

L'infection est un phénomène secondaire.

(Léon Bernard et Roger Even. Cavernes et cancer du poumon. *Annales de médecine*, mars 1935.)

Les septicémies et les bactériémies gonococciques à déterminations articulaires sont quelquefois précédées par une angine érythémateuse d'aspect banal. Cette angine n'a pas la signification d'une porte d'entrée de l'infection gonococcique. Elle traduit, probablement, une infection associée. L'infection d'origine pharyngée semble jouer un certain rôle dans la pathogénie de certaines septicémies et bactériémies avec déterminations séreuses et surtout articulaires. On peut concevoir ce rôle de la manière suivante :

Une infection locale gonococcique peut être réactivée par l'infection surajoutée qui pourrait déclencher une bactériémie plus ou moins passagère.

Si l'agent de l'infection surajoutée possède un certain tropisme articulaire (virus de la maladie de Bouillaud ou autre), il pourrait faciliter la fixation du gonocoque sur les articulations et sur les séreuses, soit comme virus vecteur, soit comme agent de sensibilisation.

(J. Claudian et Valeriu Petresco. Constatation d'une angine prémonitoire dans certaines gonococcies avec déterminations articulaires et discussion de son rôle pathogénique. Considérations sur les infections associées. *Annales de médecine*, avril 1935.)

Les hybrides de gonococcie et de syphilis ne sont pas assez connus malgré leur fréquence et leur grande importance pratique.

A en juger par les six observations rapportées, il semble qu'un certain nombre d'arthrites gonococciques, rebelles aux traitements les plus variés, puisse être rapidement amélioré par le traitement syphilitique. La syphilis est souvent très ancienne, mais il faut y penser.

En cas de complications traînantes articulaires, urétrales, épididymaires attribuées au gonocoque, il faut appliquer le traitement antisyphilitique, même si les réactions sérologiques sont négatives. Le foyer gonococcique urétral, utérin sera traité, comme il convient suivant le cas, le traitement antisyphilitique ne l'atteint pas.

(Charles Massias. Hybrides de gonococcie et de syphilis. Les arthrites pyoïdes syphilo-gonococciques. *Journal des Praticiens*, 16 mars 1935.)

Un cas d'encéphalomyélite subaiguë précoce de la scarlatine est rapporté par MM. Ferrand, H. Schæffer et Martin.

Il s'agit d'un enfant de 6 ans qui, au cours d une scarlatine bénigne, fit à la période d'état de sa fièvre éruptive, au quatrième jour exactement, une encéphalomyélite qui évolua en deux épisodes. Un premier, méningo-encéphalique, s'étant manifesté par de la somnolence, de la torpeur avec obnubilation psychique, et même un véritable état de prostation associé à un syndrome méningé clinique et humoral. L'enfant présentait du Kernig, de la raideur de la nuque, de la photophobie, des troubles vaso-moteurs. L'examen du liquide montrait une leucocytose (212 éléments) avec polynucléose, sans germes microbiens à l'examen direct et à la culture. Le tout accompagné d'une ascension thermique à 40°.

Ce premier épisode, dont la phase aiguë dura quatre jours, semblait s'arranger le cinquième. Un second épisode médullaire qui succède immédiatement au précédent, constitué par une réascension brusque de la température de 37°8 à 40°, l'exagération de l'obnubilation psychique, et l'installation brutale d'une paraplégie flasco-spasmodique à prédominance unilatérale, sans troubles de la sensibilité, avec troubles des sphincters. Au deuxième jour de cette rechute se produit une crise d'épilepsie jacksonienne qui n'empêcha pas l'évolution favorable des accidents, l'amélioration des troubles mentaux et la rétrocession de la paraplégie qui se fit en un mois et demi environ, car l'enfant guérit complètement.

Les encéphalomyélites disséminées de la scarlatine, complication très rare, peuvent apparaître aux diverses phases évolutives de la maladie. Elles peuvent être contemporaines de la période d'état, et se manifester au décours de l'exanthème. Elle sont parfois plus précoces. Il existe des encéphalomyélites tardives, contemporaines du syndrome infectieux secondaire de la scarlatine et associées à lui.

Tous les segments du névraxe pouvant être intéressés, le tableau clinique est très variable.

Troubles médullaires avec paraplégies ou quadriplégies accompagnées ou non de troubles sphinctériens ; douleurs névritiques à type périphérique ou radiculaire ; syndromes mésocéphaliques avec paralysies de fonction des yeux, troubles de la parole et de la déglutition ; syndromes choréiques et parkinsoniens ; syndromes cérébelleux réalisant le tableau de l'ataxie aiguë, peuvent également s'observer.

Les troubles psychiques de la période aiguë à type de confusion mentale ou de manie, les troubles du caractère ou de l'intelligence à titre de séquelle, se rencontrent également dans la scarlatine.

A signaler encore les paralysies oculaires, les troubles oculaires ou pupillaires, les névrites optiques.

Hormis les cas de scarlatines ataxo-adynamiques, les encéphalites de la scarlatine ont un pronostic plutôt bénin et se terminent rarement par la mort.

(Ferrand, H. Schæffer et Martin. Encéphalomyélite subaiguë précoce de la scarlatine. *Paris Médical*, 23 mars 1935.)

Le domaine de la syphilis dans la pathologie médullaire a été trop étendu, dit M. Riser. Sans doute, il existe des paralysies spasmodiques syphilitiques et l'on doit toujours en présence d'un syndrome de myélite rechercher les signes de spécificité. Mais la sclérose en plaques « nous paraît être, du moins dans notre région, infiniment plus fréquente ».

(Riser et Géraud. Sclérose en plaques. *Journal Médical Français*, avril 1935.)

Parmi les causes susceptibles de créer la maladie de Parkinson, il faut savoir penser à la syphilis. Les faits de parkinsonisme syphilitique sont actuellement indubitables. L'action du traitement sur le parkinsonisme syphilitique est très irrégulière. La majorité des auteurs estiment que le plus souvent le traitement n'améliore pas le syndrome parkinsonien. Le fait n'est heureusement pas constant. Il convient toutefois d'en être informé pour que l'échec du traitement ne puisse pas être un argument suffisant contre l'origine spécifique d'un syndrome parkinsonien.

(H. Schæffert et René Bize. Maladie de Parkinson et syphilis. *La Médecine*, février 1935.)

Obstétrique

L'association clinique tuberculose génitale-gestation est plus fréquente qu'on ne le croit. Elle se rencontre assez souvent, même chez les multipares, sans qu'il y ait d'antécédents pathologiques génitaux caractéristiques, mais apparaît en revanche parfois chez des femmes dont l'état général a été momentanément ou habituellement défectueux.

L'association tuberculose génitale-gestation évolue en général à bas bruit et sans manifestations locales susceptibles d'éveiller l'attention sur une altération utérine ou para-utérine. Les observations mentionnent plutôt l'amaigrissement, des vomissements, des symptômes pulmonaires discrets, un état subfébrile, quelquefois de légères pertes sanguines.

L'association tuberculose génitale-gestation aboutit le plus souvent à l'interruption prématurée de la gestation.

L'interruption de la gestation apparaît quelquefois comme la conséquence d'un processus de généralisalisation bacillaire qui a débuté au cours de la gestation et a précédé le décollement de l'œuf. Dans ce cas, l'acte mécanique de la séparation de l'œuf est, suivi très rapidement d'une aggravation des symptômes de généralisation.

D'autres fois l'extension du processus tuberculeux paraît ne prendre naissance qu'après la parturition. Le rôle des manœuvres (curage, curettage) parfois imposées à cette occasion n'est pas négligeable.

Les formes d'extension les plus habituelles sont les formes granuliques. Il en est de purement locales (granulies génito-péritonéales, granulies pleuro péritonéales). Il en est de généralisées (granulie, méningite tuberculeuse).

Les manifestations fébriles liées à cette extension apparaissent en général avec un caractère d'instantanéité très particulier (dès le premier ou le deuxième jour qui suit le « part »), de nature à imposer l'idée d'une brusque invasion microbienne.

Quelquefois ces manifestations fébriles sont « à retardement », ne survenant qu'après une sorte d'incubation plus ou moins longue entre le moment du « part » et celui de leur éclosion.

Ces manifestations fébriles sont le plus souvent interprétées d'abord et continuent quelquefois jusqu'au bout à être interprétées comme des manifestations d'infection puerpérale banale (septicémie, péritonite, annexite...).

Il y a très certainement des granulies du post-partum qui, tout en étant régies par l'accouchement, ne procèdent pas d'une tuberculose génitale préalable et essaiment à partir d'un foyer bacillaire extragénital.

Il n'est pas invraisemblable que certaines granulies puerpérales se relient à des altérations bacillaires purement histologiques de la muqueuse utérine, et que celles-ci conditionnent, avec l'interruption prématurée de la grossesse, des accidents de rétention (membraneuse ou cotylédonnaire), capables, sous le masque d'une infection banale, d'introduire la granulie.

(Professeur Fruhinsholz. (Nancy). — Les granulies évolutives du post-partum issues d'une tuberculose génitale préalable. *Paris Médical*. 15 décembre 1934.)

Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta peut s'énoncer en quelques formules précises :

Pendant la gestation, savoir attendre en appréciant exactement le degré d'anémie de la femme et en y remédiant par des moyens généraux, n'agir que dans un très petit nombre de cas, mais alors intervenir de préférence chirurgicalement.

Pendant le travail, savoir discriminer les cas justiciables d'emblée d'un traitement chirurgical. En dehors de ces circonstances, pratiquer la rupture large des membranes qui réalise l'hémostase dans la plupart des cas. Choisir judicieusement la méthode complémentaire de traitement (méthode obstétricale en règle générale) si la simple rupture des membranes se montre inefficace.

(Lévy-Solal et Sureau. Les hémorragies du placenta prævia. *Paris Médical*, 15 décembre 1934.)

Voies urinaires

La pyelographie constitue une méthode d'exploration indispensable pour mettre en évidence une tumeur du rein, surtout à ses débuts. Pyelographie, c'est-à-dire radiographie du rein après injection dans son intérieur par une sonde urétérale d'une substance opaque, et non pas urographie. L'urographie par injection intraveineuse pourra de temps en temps donner quelques précisions dans des tumeurs du rein avancées, mais elle laissera la plupart du temps échapper les tumeurs au début, car le diagnostic s'établit parfois sur des détails qui ne seront nullement mis en valeur par l'urographie intraveineuse.

Cette pyélographie peut être pratiquée de façon unilatérale si l'on est certain du rein qui a saigné ; mais en règle la pyélographie pour les néoplasmes du rein doit être pratiquée bilatérale, même quand on connaît le rein qui a saigné, à plus forte raison quand on l'ignore. D'une part, on apprécie mieux de légères déformations lorsque l'on a par comparaison l'image du côté sain, et d'autre part, il existe des cas de néoplasmes bilatéraux que l'on ne reconnaîtra par aucun autre procédé, mis à part l'artériographie de dos Santos, méthode beaucoup plus compliquée et moins précise.

(Leçon clinique du Professeur Marion. — De la pyélographie dans les tumeurs du rein. *Journal des Praticiens*, 13 mars 1935.)

Médecine professionnelle

Au total, il y a en 1935 sur le territoire français comme étudiants en médecine en cours : 13.169

Français : 10.148.
Etrangers : 3.021.

Il y a donc plus du quart des étudiants en médecine en France qui sont étrangers ces trois dernières années, dans les FACULTÉS :

La moyenne des étudiants a *augmenté* à Alger, Marseille, Montpellier, Paris, Strasbourg.

La moyenne a *légèrement diminué* à Bordeaux, Lyon, Nancy, Toulouse.

La moyenne est restée *stationnaire* à Lille.

Dans les ÉCOLES DE MÉDECINE :

La moyenne du nombre des étudiants a *augmenté* à Angers, Besançon, Clermont, Dijon, Poitiers, Nantes, Reims, Tours.

La moyenne a *légèrement diminué* à Amiens, Rennes, Rouen.

La moyenne est restée *stationnaire* à Caen, Limoges.

Le chiffre de 10.000 étudiants en médecine *français* excède certainement à lui seul le nombre des médecins qui plus tard pourront, en peu d'années, trouver des situations sur le territoire national.

Il est donc totalement inutile d'appeler des médecins étrangers à exercer en France.

(P. Desfosses. Quelques chiffres sur les études médicales en France. *La Presse Médicale*, 10 avril 1935.)

Varia

Il y a plus de quinze ans, j'ai pu écrire cette phrase, en apparence paradoxale : « Les cardiaques ne meurent pas, le plus souvent, d'asystolie mais d'états infectieux surajoutés, ayant pour aboutissant *les endocardites malignes et la thrombose cardiaque* ».

Actuellement, sous le contrôle des faits, je n'apporterai aucune retouche à cette affirmation.

(Lutembacher. Thromboses et endocardites malignes chez les cardiaques. *Le Bulletin Médical*, 11 mai 1935.)

***

Puisqu'il semble trop tard pour revenir sur la décision prise (*reconstruction de la Faculté sur l'emplacement de la Charité*), qu'au moins les nouveaux locaux ne soient pas établis sur les plans qui nous ont été soumis. C'est d'une conception américaine qui inscrirait une large tache d'horreur au centre de Paris. Il est possible de faire lumineux et spacieux sans révolter le goût et sans rompre l'harmonie du milieu. A MM. les architectes de corriger leur travail et de procéder à une œuvre mieux comprise et qui ne s'inscrive pas à la façon d'un défi barbare à l'égard de la population.

(L'Hôpital de la Charité, *Journal des Praticiens*, 1er juin 1935.)

« L'agrégation nous apprend à faire de brillantes leçons devant des maîtres très informés, à être capables de devenir des auteurs de savantes éditions critiques ; mais elle forme très peu de futurs maîtres de la jeunesse, et chacun de nous en est réduit à se faire sa propre méthode, uniquement fondée, pour la plupart, sur les réflexions que lui ont inspirées les diverses manières d'enseigner de ses maîtres du lycée, ou de la Faculté. Sur ce point, tout reste à créer chez nous, dans l'enseignement secondaire et supérieur. »

(Louis ARNOULD. — Le Professeur de Faculté. *Revue des Deux Mondes*, 15 juin 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1935

La chronaxie chez l'homme. Son rôle en clinique.— *M. Georges Bourguignon*. — Le rôle de la chronaxie en clinique est double. D'une part, elle sert à préciser le diagnostic, d'autre part, elle permet de suivre par des courbes l'évolution des affections nerveuses et musculaires et, par suite, d'en préciser le pronostic et les indications thérapeutiques et de suivre de près les effets des traitements employés.

Son rôle diagnostique n'est important que pour les lésions centrales, pour les lésions périphériques à leur période initiale, et pour les répercussions de ces lésions.

Comme son importance est grande, surtout là où les variations sont légères, il est nécessaire d'opérer avec la même précision qu'en physiologie, c'est-à-dire de réaliser des mesures à une approximation minima de 5 à 10 p. 100. Une mesure de chronaxie chez l'homme est une véritable expérience de physiologie humaine.

La technique qui permet de réaliser la plus grande précision est celle de la mesure de la chronaxie par les décharges de condensateurs.

Celui qui se charge d'appliquer les mesures de chronaxie à la clinique doit être à la fois un homme de laboratoire et un clinicien : homme de laboratoire pour avoir la précision du laboratoire, clinicien pour diriger l'examen électrique et en interpréter les résultats. Comme je le répète souvent, un électro-diagnostic est un véritable chassé-croisé perpétuel entre la clinique et la physiologie.

Les mesures de chronaxie sur l'homme resteront donc l'apanage d'un petit nombre, comme toutes les techniques de précision.

Vaccination polyvalente contre la pasteurellose des chiens, les effets de la morsure des vipères et les piqûres d'Abeilles. — *Mme Phisalix*. — Deux inoculations faites à huit jours d'intervalle, d'une culture de pasteurella canis, renfermant 1 pour 2.000 de venin chauffé de vipère, suffisent pour assurer aux animaux qui les reçoivent l'immunité contre la septicémie pasteurellique, les morsures graves et les piqûres multiples. L'auteur rappelle que les doses vaccinantes de venin de vipère, soit 10-15 mgr. lui ont permis antérieurement de vacciner aussi le lapin contre l'inoculation intra-cérébrale de virus fixe, et préconise pour les jeunes chiens de chasse qui courent tous ces risques au début de leur carrière cette vaccination polyvalente.

La prophylaxie pratique de la fièvre ondulante des services d'hygiène. — *M. F. Barbary* (de Nice), en se basant sur une expérience de plusieurs années insiste sur la collaboration étroite indispensable des services d'hygiène et des services vétérinaires pour assurer les mesures de prophylaxie de la fièvre ondulante.

Après avoir rendu hommage à la conscience professionnelle à la passion de recherches des vétérinaires il indique qu'il faut répandre les notions nouvelles sur les deux affections groupées sous le nom de brucelloses fièvre de Malte ou fièvre ondulante due au micrococcus melitensis et l'avortement épizootique du bétail dû au bacillus abortus de Banq.

Il montre la nécessité de vulgariser dans les milieux ruraux par des causeries, des circulaires la connaissance des éléments de contagion non seulement les laits de chèvre et de vache et, là, l'ébullition suffit à vous préserver, mais aussi sur les fumiers, la mauvaise tenue des étables.

En un mot il faut assurer, déclare le Docteur Barbary, un assainissement complet des villages. Evacuation des eaux usées, propreté des rues, des étables, lutte contre les insectes piqueurs les moustiques en particulier.

En terminant l'auteur aborde la question spéciale de la fièvre ondulante et de l'ultra virus. Il cite l'allure ondulante que peuvent présenter certaines formes de tuberculoses étudiées par le Docteur Mazet.

En conclusion il déclare que pour lutter efficacement contre la fièvre de Malte et arrêter sa marche envahissante il faut dans les milieux ruraux appliquer parallèlement le dépistage par l'intra-dermo-réaction aussi nette chez les bovidés que

chez les ovins et les caprins, et les mesures générales d'assainissement des villages. Les expériences en cours permettront peut-être prochainement de répandre la connaissance de la vaccination préventive chez l'homme.

L'endémie typhique du littoral français. — *M. G. Dubreuil.* — La répartition géographique par départements des décès par fièvre typhoïde ou paratyphoïde, calculée pour une période de sept ans (1925-1931), montre que cette affection a son maximum de fréquence dans les départements côtiers, elle est donc une endémie à prédominance littorale, sauf une localisation intérieure sur la frontière Nord-Est.

Deux zones sont spécialement atteintes, en premier lieu le littoral méditerranéen, zone de consommation spéciale de coquilles crues, dans laquelle les chiffres proportionnels des décès dépassent le double ou le triple de la moyenne générale de la France. En second lieu les côtes Ouest, de l'Ille-et-Vilaine à la Gironde, où les chiffres approchent du double de la moyenne générale.

L'étiologie de ces endémies à prédominance littorale se trouve dans la consommation de coquillages crus, souillés. La plupart des hygiénistes qui ont eu à connaître la question sont d'accord et ont apporté des faits confirmatifs. C'est également l'opinion des agents de surveillance administrative et même celle de certains producteurs.

Un grand nombre des cas de la zone intérieure de la France ont la même origine par les expéditions sur les marchés des villes. Si dans cette zone intérieure les chiffres de mortalité par fièvre typhoïde sont très inférieurs à ceux du littoral, c'est que la consommation des coquilles crues, à l'exception des huîtres, soumise à un contrôle sanitaire, y est très rare.

A l'heure actuelle les épidémies ayant pour origine l'eau, le lait et ses succédanés, les légumes crus sont négligeables en face des endémies d'origine coquillère.

Une surveillance efficace des lieux de culture, d'élevage, de ramassage, d'expédition et de vente des coquilles, avec détermination des zones salubres autorisées et des zones insalubres interdites, obligation de certificat de salubrité, est susceptible de faire disparaître la majorité des cas de fièvre typhoïde de notre pays ; il ne persistera plus que des accidents locaux.

L'Académie de Médecine doit donc demander :

1° La modification du décret du 31 juillet 1923 suivant les directives de l'Office scientifique et technique des Pêches maritimes ;

2° L'extension aux moules du décret susdit qui ne vise que les huîtres.

3° La détermination, sous le contrôle de l'Office des Pêches, des zones salubres où le ramassage des coquilles diverses sera autorisé et des zones insalubres où le ramassage sera interdit.

Une statistique de cuti-réaction tuberculinique dans l'armée. Pourcentage élevé des réactions négatives. — *MM. Jean Troisier, Maurice Bariéty* et *Paul Nico.* — Cette statistique apporte pour l'étude de la primo-infection tuberculeuse de l'adulte deux notions importantes :

1° Un pourcentage élevé, surtout chez les recrues rurales, des réactions négatives à la tuberculine ;

2° Un pourcentage élevé des réactions tuberculiniques violentes parmi les réactions positives des recrues rurales.

Election d'un membre titulaire de la deuxième section (Chirurgie et spécialités chirurgicales). — *Classement des candidats.* — En première ligne : M. Terrien.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par lettre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Fredet, Grégoire, Robineau.

M. Terrien est élu par 65 voix, contre 1 à M. Fredet.

M. Félix Terrien est né en 1872 à Amiens. Venu ensuite à Paris pour ses études médicales, il est successivement interne des hôpitaux, chef de laboratoire et chef de clinique du Professeur Panas, ophtalmologiste des hôpitaux en 1904, agrégé en 1910. En 1925 il était nommé professeur de Clinique ophtalmologique, où il succédait dans la chaire de l'Hôtel Dieu à son maître le professeur F. de Lapersonne.

Ses travaux ont porté sur quelques points de l'anatomie de l'œil et sur nombre d'affections oculaires de préférence en rapport avec la médecine générale.

Mentionnons parmi ses œuvres didactiques ses travaux sur le strabisme, sur la séméiologie, son important « Traité de chirurgie de l'œil et de ses annexes » et son « Précis d'ophtalmologie » qui ont vu trois éditions successives.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 6 juillet 1935

Une correspondance de Philippe Hecquet. — Le Docteur *P. Lemay* a retrouvé 63 lettres inédites du célèbre médecin de Port-Royal et Doyen de la Faculté de médecine de Paris, adressées à son élève et ami Hallays, installé médecin à la Rochelle. De copieux extraits de ces lettres nous renseignent sur l'état de la médecine et sur ses rivalités au début du dix-huitième siècle. Il y est longuement parlé de la saignée, marotte de Hecquet, des principaux praticiens et de leurs ouvrages, en particulier de Hoffmann, et des chirurgiens qui sont la bête noire de notre épistolier. Enfin dans plusieurs de ces lettres, Hecquet affirme n'être pas l'auteur du Brigandage de la médecine, or jusqu'ici tous les biographes et toutes les bibliographies, notamment le dictionnaire des anonymes, lui avaient attribué la paternité de cet ouvrage.

Un hydrologue inconnu du XVIII[e] siècle. — *M. Bertrand de Gorsse.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juin 1935

Diabète insipide au cours d'une maladie de Besnier-Bœck. — *MM. E. Lesné, C. Launay* et *G. Sée* rapportent l'observation d'un enfant de 10 ans, porteur de sarcoïdes hypodermiques digitales et d'altérations radiologiques lacunaires cystoïdes des phalanges et des métacarpiens, qui dataient déjà de deux ans au moment du premier examen, en 1932.

Pendant les deux années qui ont suivi se sont développés un érythème pernio des doigts puis de la face et des altérations unguéales qui ont permis d'identifier la maladie à ce que décrivent certains auteurs étrangers sous le nom de Bœck (lymphogranulomatose bénigne de Schaumann, maladie de Besnier-Bœck suivant la terminologie proposée par Pautrier à la réunion dermatologique de Strasbourg de 1934). La biopsie d'une sarcoïde digitale a permis de constater la présence, dans un tissu conjonctif indistinct, de nombreuses formations folliculaires faites chacune de grandes cellules épithéloïdes et, à la périphérie, des cellules lymphoïdes ; cet aspect histologique a confirmé le diagnostic clinique.

Il est survenu, un an après le début des sarcoïdes, un diabète insipide qui a pu être réduit complètement par l'administration nasale d'extrait post-hypophysaire mais qui reparaissait aussitôt après la cessation de cette thérapeutique. Plus tard, le développement progressif d'une obésité de type hypophysaire est venu confirmer l'existence d'une lésion infundibulaire ou glandulaire.

Si l'on connaît les manifestations viscérales variées (pulmonaires, osseuses), signalées au cours de la maladie de Bœck, il n'est pas illogique de supposer qu'une localisation infundibulo-tubérienne puisse aussi se produire et déterminer cette association morbide non encore signalée.

Les recherches étiologiques sont restées vaines. Comme dans la plupart des maladies de Bœck, les réactions tuberculiniques sont négatives ; c'est seulement à une époque très récente, après quatre ans de la maladie qu'elles sont devenues positives. Les inoculations aux animaux, les examens radioscopiques n'ont apporté aucun argument en faveur d'une étiologie tuberculeuse, étiologie à laquelle se rallie actuellement la majorité des auteurs étrangers.

Deux cas d'érythème noueux. — *M. Huber.*

Diabète insipide et obésité avec vergetures par altération infundibulo-tubérienne d'origine ourlienne. — *MM. Flandin, Poumeau-Delille, Puech* et *Auzépy.*

Syndrome de Still avec endocardite streptococcique. — *MM. E. Lesné, R. Clément, C. Launay* et *R. Lançon* rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans atteint, après plusieurs mois de crises douloureuses polyarticulaires récidivantes, d'un rhumatisme fibreux subaigu des coudes, des poignets et des tibio-tarsiennes avec déformations carpiennes, ankylose partielle, atrophie musculaire, splénomégalie, tuméfaction ganglionnaire qui ont fait porter le diagnostic de maladie de Still. Au deuxième mois de cette évolution, une hémoculture a révélé la présence dans le sang d'un streptocoque

hémolytique qui a pu être retrouvé par la suite à deux reprises ; la maladie a évolué à ce moment comme une endocardite maligne avec fièvre élevée, irrégulière, suppurations sous-cutanées, syndrome hémogénique. La mort s'est produite au troisième mois. L'autopsie a confirmé l'existence de lésions endocarditiques avec infarctus spléniques.

Loin de prétendre déduire de ce cas particulier une étiologie générale de la maladie de Still, les auteurs rapprochant leur cas de quelques autres antérieurement publiés, concluent que le syndrome décrit par Still peut s'observer dans des conditions variables : si le rhumatisme de Still réalise chez l'enfant un tableau assez univoque et d'étiologie inconnue, les éléments dont il est composé peuvent être reproduits en particulier par une streptococcémie.

Sur un nouveau cas de cirrhose pigmentaire avec infantilisme et myocardie. — *MM de Gennes, Delarue* et *de Véricourt.*

Xanthomatose cranio-hypophysaire. (Maladie de Schuller-Christian). Epilogue. — *MM. E. Lesné, Robert Clément, Ch. Oberling* et *J. Fleury* apportent les constatations nécropsiques faites chez une fillette de 16 ans, atteinte de maladie de Schuller-Christian typique et présentée à la Société le 2 décembre 1932.

Cette enfant a succombé à une méningite purulente avec abcès cérébelleux dus à la propagation d'une infection otitique à travers le tissu d'infiltration lipoïdique qui avait détruit la mastoïde et une partie du rocher et envahissait méninges et encéphale.

L'autopsie confirme la localisation prédominante et presque exclusive du crâne, particulièrement à sa base, de la reticulo-endothéliose à cholestérol qu'est la maladie de Schuller-Christian.

Les pièces anatomiques montrent bien l'envahissement des os et leur destruction par le tissu de granulation lipoïdique ; elles permettent de se rendre compte du mécanisme réalisant l'abaissement de l'arcade sourcillière, la protubérance oculaire, l'asymétrie faciale et crânienne caractéristique et la surdité.

L'envahissement des méninges et de la substance cérébrale elle-même par les histiocytes surchargés de cholestérol explique le retard de développement intellectuel et peut-être somatique, bien que celui-ci puisse aussi être attribué à un trouble hypophysaire.

C'est probablement par l'infiltration histiocytaire ou de la région tubérienne du mésencéphale ou de l'hypophyse ou des deux, que s'explique le diabète insipide.

Sur un cas de maladie de Hodgkin avec anémie intense. — *M. Thoyer* et *Mlle Gauthier-Villars.*

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1935

Pancréatite œdémateuse secondaire à une pancréatite chronique. — *M. Cunéo* apporte une observation, où la pancréatite œdémateuse survint chez une malade atteinte d'une pancréatite chronique qui avait été constatée antérieurement. Chez la malade, aucune autre cause gastro-duodénale ou biliaire ne pouvait expliquer cette affection.

Péritonite biliaire sans perforation visible. — Nouvelle observation de cette maladie présentée par *M. Mondor.*

A propos des infarctus intestinaux sans lésions vasculaires. — *M. Moulonguet* rappelle les cas connus d'infarctus sans lésions vasculaires, et insiste particulièrement sur les infarctus qui sont consécutifs aux lésions septiques de l'intestin.

A propos de la résection préalable de la clavicule dans la thoracoplastie. — *M. Maurer* proteste contre la communication de *M. Fiolle* et de ses collaborateurs, qui préconisaient cette technique. Il rappelle les inconvénients de la manœuvre, qui détruit la statique et la cinématique de l'épaule et préconise les procédés de Proust et de ses élèves pour l'abord de la première côte.

M. Fruchaud est tout à fait du même avis. Il rappelle que l'on atteint parfaitement la première côte sans toucher à la clavicule et que l'obstacle est bien plus l'omoplate que celle-ci.

M. R. Monod s'associe à ces conclusions.

Fonctionnement du Service de Santé pendant le combat sur mer. — *M. Oudard* (Marine), décrit le fonctionnement du Service de Santé, et présente un film sur la question.

Calcul intra-hépatique reconnu au cours de l'intervention par la radiologie. — *M. Heitz-Boyer.* — Il s'agit d'un calcul qu'on avait cru rénal puis vésiculaire, et que la radiologie sous table chirurgicale montra intra-hépatique.

Migration d'un calcul biliaire de la vésicule dans l'estomac. — *M. Fruchaud* (Angers). — C'est au cours d'une intervention pour sténose pylorique que l'auteur trouva un calcul biliaire dans l'estomac. Il y était passé par double perforation de la vésicule et de l'estomac, le calcul fut extirpé, l'estomac suturé, et on fit une gastro-entérostomie complémentaire.

Deux cas de kystes pelviens rétro-péritonéaux. — Deux observations de *M. Pinsan* (Béziers), rapportées par *M. Okinczyc*, concernent un kyste qui fut marsupialisé, et un deuxième kyste que l'examen montra être un lymphangiome kystique.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 juin 1935

Etude sur un procédé de rénovation épidermique. — *M. Dufourmentel* fait un rapport sur un travail adressé par *M. Lagarde* (de Paris) et qui est intéressant par l'analyse du mécanisme intime de la cicatrisation et de la régénération tégumentaire. D'autre part, il fait apparaître les dangers des larges destructions escharrotiques de la peau et leurs complications possibles, parfois graves. Par contre, il montre que peut-être un espoir apparaît de combattre efficacement les cicatrices pathologiques ou chirurgicales.

La restauration chirurgicale de graves brûlures de la face. — *M. Dufourmentel* fait un rapport sur ce travail adressé par le Professeur *Sanvenero-Rosselli* (de Milan) et qui constitue une sorte de mise au point pour 1935 des différents traitements de réparation employés par lui en cas de brûlures graves de la face. Successivement, les greffes de remplacement par déplacement de voisinage, par lambeaux pédiculés sous leurs différentes formes, par transport à distance (lambeaux à migrations successives), enfin, les différentes greffes libres, sont passées en revue. Des figures très démonstratives justifient l'exposé de l'auteur et illustrent de façon saisissante la description des terribles mutilations faciales consécutives aux brûlures.

Plaies œsophagienne et trachéale par os de poulet. Phlegmon péri œsophagien. Guérison. — *M. Guisez* fait un rapport sur cette observation de *M. Bellanger* (de Paris). Il s'agissait d'un cas de phlegmon périœsophagien à forme gangréneuse dû à la déglutition d'un os de poulet. L'opération externe, largement faite, a amené la guérison. L'examen aux rayons X avait donné un résultat négatif. Le rapporteur insiste sur le peu de valeur qu'ont souvent ces explorations aux rayons X lorsqu'il s'agit d'un petit os et sur la nécessité qu'il y a toujours, en pareil cas, de faire une œsophagoscopie pour prévenir de semblables et graves complications infectieuses : celles-ci se produisent, en effet, de façon précoce lorsqu'il s'agit de corps étrangers septiques tel qu'un petit os ou une arête.

Fibrome musculaire développé au niveau des insertions scapulaires du muscle grand dentelé. — *M. Gasne* fait un rapport sur ce cas de fibrome enlevé par *M. Bellanger* (de Paris). La tumeur avait 17 centimètres de long sur 13 centimètres de large et était développée au niveau du bord spinal de l'omoplate droite, dans les insertions du grand dentelé. L'omoplate était repoussée en arrière et en dehors mais complètement indépendante de la tumeur. Le rapporteur signale un cas de fibrome musculaire qu'il a opéré : celui-ci, pris au

début de son développement, siégeait dans la partie supérieure du bord inféro-externe du trapèze.

Contribution à l'étude des occlusions aiguës, précoces, post opératoires du grêle (causes, diagnostic, traitement), à propos de six observations personnelles. — *M. Pierre Laurent.* — Ces six cas d'occlusions aiguës du grêle se produisirent : trois après laparotomie pour affections gynécologiques non suivies de drainage : deux après appendicites aiguës drainées ; une après hystérectomie élargie pour cancer du col, drainée par Mikulicz. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic lorsque l'occlusion se produit durant la phase d'atonie post-opératoire normale. L'emploi systématique de la fistulisation du grêle et de la rechloruration prolongée lui a donné quatre guérison.

Ulcus à forme rare du duodénum. — *M. G. Luquet* communique l'observation d'un ulcus duodénal ayant à peu près complètement détruit le duodénum, remplacé en haut et en avant par le foie, en arrière par le pancreas, sur une longueur de 1 centimètre et demi. Le malade, traité par résection, guérit. A ce propos, l'auteur insiste sur certains points concernant la section, la fermeture du duodénum et sur la question de l'anastomose ainsi que sur celle du drainage.

Selon les statistiques des derniers recensements voici la durée de la vie moyenne pour les diverses professions (les cas de mort violente étant exclus) :

Souverains et princes	58,8 ans
Voyageurs et explorateurs	60 ans
Agriculteurs	61,6 ans
Marchands	62,4 ans
Artistes	66,2 ans
Littérateurs	66,9 ans
Militaires	67,7 ans
Hommes de science	68,9 ans
Hommes d'Etat	69,1 ans
Ecclésiastiques	69,1 ans

La longévité diffère selon les peuples. Par exemple, on trouve 13, 70 pour mille habitants de 60 ans en France, 12,20 en Suisse, 9, 42 en Hongrie et 8, 53 en Bulgarie.

(W. N. Kazeeff. — La longévité humaine. *La Nature*, 1er juin 1935.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

Montaigne

Sciences occultes et déséquilibre mental. Les sciences occultes peuvent-elles conduire au déséquilibre mental ? A cette question, le Docteur Ph. Encausse répond par l'affirmative, dans sa thèse (Sciences occultes et déséquilibre mental, Thèse de Paris, 1935). Mais, dit-il, il y a lieu de spécifier :

1° Que c'est surtout la *pratique* des « Sciences occultes » qui, en l'occurence, doit être mise en cause ;

2° Qu'il s'agit presque toujours de *prédisposés* ;

3° Que les pratiques relevant des « Sciences occultes » et, en particulier, celles du *spiritisme*, sont plus néfastes que d'autres pour les âmes déjà troublées.

Parfois dangereux par l'*ambiance* de certaines « séances », le spiritisme l'est aussi par les *pratiques médiumniques* qu'il comporte. Ces pratiques sont un entraînement à l'automatisme, au dédoublement de la personnalité. Si cette désagrégation devient habituelle, si elle se fait malgré le médium, l'hallucination est constituée.

Les cas de transformation de la transe médiumnique en délire ne sont pas rares. Il s'agit alors d'un délire d'influence.

Les pratiques magiques peuvent, elles aussi, être génératrices de troubles mentaux plus ou moins accusés. Là encore les prédisposés sont les plus menacés.

De nos jours, n'importe qui expérimente n'importe quand et n'importe comment en ces domaines... ! De telles recherches, de telles investigations ne sont pourtant pas à la portée du premier venu. Il les faudrait réserver aux seuls chercheurs vraiment qualifiés. Elles demandent, en effet, un esprit critique, une maîtrise de soi et un équilibre psychique des plus complets, ce qui, malheureusement, est loin d'être le cas de nombreux « enthousiastes » dont l'imprudence va de pair avec l'insuffisance...

Elles peuvent donc être et elles sont un danger pour les inaptes. C'est à eux qu'il est nécessaire de s'adresser plus particulièrement, pour les mettre en garde, c'est à eux qu'il faut jeter un cri d'alarme, ce que le Corps médical ne manque pas de faire et ce qui a inspiré le présent travail.

Enfin, il appartient encore aux médecins de s'élever contre les pratiques scandaleuses de ceux que nous avons appelés « les marchands du temple », de tous ces pseudo « voyants » et prétendus « astrologues » qui pullulent présentement et dont l'influence peut être déplorable pour l'équilibre psychique de certains débiles et autres déficients mentaux ».

Pasteur et le berger Meister à l'Hôtel-Dieu. (6 JUILLET 1885). — Les miettes de l'histoire sont toujours dignes d'être recueillies, par celui surtout qui les a vues tomber, car l'histoire s'oublie si vite !

J'en avais la preuve, ces jours derniers encore, à l'occasion du cinquantenaire du traitement antirabique et je surpris fort mon interlocuteur en lui disant que c'était à l'Hôtel-Dieu où j'étais interne que Pasteur avait, pour la première fois, appliqué à l'homme, le traitement préventif de la rage. Cédant aux sollicitations qui lui venaient de toute part, Pasteur s'était décidé à traiter le jeune berger Meister qui venait d'être mordu par un chien enragé et il avait demandé à son collègue de l'Institut, le Professeur Bichat, de recevoir l'enfant dans son service de l'Hôtel-Dieu. Pasteur venait d'annoncer sa visite pour l'après-midi et comme, ce jour-là, j'étais l'interne de garde, l'honneur m'était réservé de guider Pasteur dans le service de Bichat dont j'avais été, d'ailleurs, l'interne, l'année précédente. A l'heure dite, Pasteur arriva, accompagné de Grancher et ce fut celui-ci qui opéra. Après avoir chargé la seringue, il voulut la purger d'une bulle d'air, sans remarquer que l'instrument se trouvait tourné vers la figure de Pasteur qui, d'un mouvement instinctif, leva la main pour protéger ses yeux. Le lendemain, Grancher revint s'assurer du bon état de l'enfant.

Votre anecdote est bien mince, me dira-t-on, mais il ne tiendrait qu'à moi de la corser en relatant les savantes discussions qui s'ensuivirent, en notre salle de garde, entre pastoriens de la veille enthousiasmés par les surprenants résultats des expériences de Pasteur sur le charbon, dans les « champs maudits » de Seine-et-Marne et les pastoriens du lendemain que laissaient encore hésitants les cruelles attaques dirigées contre Pasteur, au sein même de l'Académie.

Dr Paul RAYMOND.

Le nouvel hôpital de Lyon vu par Emile Baumann. *Dans la remarquable collection « GENS ET PAYS DE CHEZ NOUS »* (de Gigord, éditeur), *vient de paraître un volume sur* LYON ET LE LYONNAIS, *dû à la plume d'Emile Baumann. Et voici l'impression finale de l'homme de lettres sur les nouvelles constructions de Grange-Blanche* :

« J'ai quitté Grange-Blanche, étonné de l'effort technique dont cette ville-hôpital est la synthèse. (Il a fallu, pour la mettre sur pied, quinze ans de travail et deux cents millions). La sèche monotonie de l'architecture, la pauvreté de l'art et du sentiment m'ont déçu. Assurément, c'est trop neuf, mais, dans trois siècles, je me demande si la vétusté changera la froideur lugubre d'une installation conforme aux seules exigences de l'hygiène. Des files d'humains souffriront ou disparaîtront entre ses murs. Tant de douleurs et de compassions ne les auront peut-être pas habités en vain. Ces bâtiments recevront avec le temps le je ne sais quoi qui leur manque.

« Tout près de Grange-Blanche, la nouvelle Ecole de médecine est bâtie selon les mêmes principes d'architecture, rien que des cubes et des lignes droites. Les jeunes maîtres qu'elle forme continueront-ils la tradition des Ollier, des Tripier, des Jaboulay, des Poncet, de leur hardiesse originale, de leur ténacité, de leur pondération, de leur haute probité ?

« Tout est là. »

BIBLIOGRAPHIE

1635-1935. Trois siècles de l'Academie française par les Quarante. 1 vol. in-8°, prix : 25 francs. Firmin-Didot, éditeur, 56, rue Jacob, Paris.

L'Académie française ne s'est pas proposé de rédiger une histoire méthodique et suivie de la Compagnie pendant ses trois siècles d'existence. Un tel livre eut fait double emploi avec d'autres ouvrages.

Son dessein a été très différent. Soucieuse d'éviter tout ce qui pouvait avoir une allure didactique, et désireuse de donner à tous ses membres le moyen de participer à l'œuvre collective, elle a demandé à chacun d'eux d'écrire un chapitre en accord avec ses travaux habituels et avec l'ordre d'idées qu'il représente à l'Académie.

De la variété de ces chapitres, dont chacun est une sorte de promenade à travers un passé trois fois séculaire, se dégage une image aussi vivante que possible de l'Académie, de son esprit et de son action.

D'autre part, elle s'est interdit d'imposer pour chaque chapitre un cadre rigide. Elle a tenu à laisser à chacun de ses membres pleine liberté de traiter au gré son honneur le morceau choisi par lui de l'histoire de la Compagnie. De la sorte l'écrivain s'est peint lui-même en même temps qu'il traçait le portrait de tel ou tel de ses prédécesseurs, ou quelque tableau de la vie académique. Ainsi le lecteur aura sous les yeux, aussi bien que l'évolution de l'Académie d'autrefois, une sorte d'image intellectuelle de l'Académie d'aujourd'hui et de la diversité des talents qu'elle réunit.

Le livre est cela même : un hommage des membres actuels de l'Académie à leurs aînés.

Souvenirs d'un médecin opéré de la cataracte, par le Docteur G. G. DE CLÉRAMBAULT. Editions Hippocrate, rue des Grands Degrés, 7, Paris, 1935, 29 p.

Je dois à l'obligeance d'un confrère et maître, et à celle de la secrétaire de l'éminent psychiatre disparu, l'envoi de ce mémoire, le dernier, paraît-il, qu'il publia.

Il faut le lire, non seulement par piété pour sa mémoire, mais encore parce qu'il est l'expression d'une psychologie saine et précise qui nous met à mille pieds des bavardages de quantité d'auteurs et de romanciers voués à l'exploitation du filon psychiatrique. C'est, chose rare, un modèle de constatation objective sur moi-même.

Clérambault a été opéré de la cataracte par Barerquer dont la méthode consiste *à extirper le cristallin dans sa capsule en le fixant par aspiration*, toute cataracte étant opérable *dès le début*.

Jour par jour, heure par heure, et même, lors des phases opératoires, *temps* par *temps*, nous sont révélés les pensées, sentiments et sensations de l'opéré.

Ces pages du maître psychiatre doivent être lues par tous les oculistes et même par tous les médecins et aussi par tous ceux, médecins ou non, qui se piquent de connaissances psychologiques ou littéraires.

Dr G. ESEF de Metz.



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 29 LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 JUILLET 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris.
1° *Prix Gingeot* (1.500 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés sur le bureau de la Société, 1, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Société médicale des accidents du travail à Marseille. — Quelques chirurgiens marseillais se sont réunis pour fonder une Société médicale des « Accidents du travail ».

Le bureau de la nouvelle Société est ainsi constitué :

Président : Professeur Imbert ; vice-président : Docteur Alphonse Michel ; secrétaires généraux : Docteurs Marcel Arnaud et Jean Paoli ; trésorier : Docteur Bonnal.

La nouvelle Société a voté ses statuts qui comprennent quatre réunions par an ou davantage si c'est nécessaire. L'ordre du jour de chacune de ces séances comprendra obligatoirement un rapport sur un sujet intéressant la chirurgie des accidents du travail. Le sujet et le rapporteur seront choisis plusieurs mois à l'avance. Le rapport sera distribué quelques jours à l'avance aux membres de la Société et à leurs invités.

Facultés de médecine de Paris. — A la suite du concours du clinicat du 8 juillet 1935 sont proposés :

Clinicat médical infantile : MM. Veslot et Brisset.
Clinicat de la première enfance : MM. Bosquet et Joseph.
Clinicat des maladies infectieuses : M. Pham-Huu-Chi.
Clinicat médical : MM. Antonelli, Cottet, Deparis, Gallot, Gilbrin, Loisel, Merklen (J.), Perrault (M.), Sée (G.) et Stern (J.).
Clinicat thérapeutique médical : MM. Hurez et Pautrat.
Clinicat de la tuberculose : M. Bousser, Mlle Delon, MM. Joly (F.) et Meyer (A.).

Institut Pasteur. — *Commission du B. C. G.* — La Commission du B. C. G. croit devoir attirer l'attention du public médical sur les faits suivants :

Les expériences sur les animaux et l'observation clinique ont montré que la prémunition conférée par le B. C. G. ne s'établit qu'un certain temps après l'ingestion du vaccin et ce temps est quelquefois très long. Pendant cette période, l'enfant est exposé à contracter la tuberculose comme s'il n'avait pas été vacciné. Il est donc indispensable de le soustraire à tout contact avec un tuberculeux durant les premiers mois. Cet isolement est aussi nécessaire pour lui que pour les non-vaccinés.

Une réunion des phtisiologistes du Nord. — Au cours d'une assemblée tenue à Lille le 7 juillet dernier à la Faculté de médecine de l'Université de Lille, sous la présidence du Professeur Jean Minet, a été créée une « Réunion des phtisiologues de la région du Nord ».

Cette réunion a pour but de grouper, dans le ressort de l'Académie de Lille, les médecins chefs ou assistants de services hospitaliers, d'établissements de cure, ou de sanatoria spécialisés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Le groupement tiendra chaque année plusieurs séances d'études dans les divers établissements de l'Académie.

Le bureau de la réunion a été composé ainsi qu'il suit : président, M. le Professeur Jean Minet, professeur de phtisiologie à la Faculté de Lille ; vice-présidents, M. le Docteur Lacombe, directeur du sanatorium de Liessies et M. le Docteur Lienhardt, directeur du sanatorium d'Helfaut ; trésorier, M. le Docteur Leborgne, directeur du sanatorium de Sailly-les-Lannoy ; secrétaire général, M. le Professeur René Legrand, professeur d'hygiène et de thérapeutique à la Faculté de Lille ; secrétaire des séances, M. le Docteur Raymond Swynghedauw, assistant au sanatorium de Sailly.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, 206, rue Nationale, Lille.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (treize leçons), du 4 au 9 novembre 1935, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

PROGRAMME. — Première leçon. M. le Professeur GOUGEROT, lundi 4 novembre, à 9 heures : Danger des maladies vénériennes. — Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. — Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

Deuxième leçon. M. le Professeur GOUGEROT, lundi 4 novembre à 10 heures : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

Troisième leçon. M. le Docteur MILIAN, mardi 5 novembre, à 9 heures : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. — Modes de contamination.

Quatrième leçon. M. le Docteur Marcel PINARD, mardi 5 novembre, à 10 h. 15 : Les modes de traitement de la syphilis.

Cinquième leçon. M. le Docteur JANET, mercredi 6 novembre, à 9 heures : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. — Moyens de diagnostic.

Sixième leçon. — Mme GELTTING, mercredi 6 novembre, à 10 h. 15 : Technique du service social dans un dispensaire. — Devoirs de l'assistante sociale.

Septième leçon. M. le Docteur Marcel PINARD, mercredi 6 novembre, à 15 heures, à la clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. — Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. — Rôle de l'assistante sociale. —

Huitième leçon. M. le Docteur Robert Rabut, jeudi 7 novembre, à 9 heures : La lutte contre la prostitution. — Œuvres de protection et de relèvement.

Neuvième leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, jeudi 7 novembre, à 10 h. 15 : Histoire de la syphilis.

Dixième leçon. M. le Docteur Pierre FERNET, vendredi 8 novembre, à 9 heures : Les hérédo-syphilitiques.

Onzième leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, vendredi 8 novembre, à 10 h. 45 : Syphilis familiale. — Les enquêtes dans les familles.

Douzième leçon. M. le Professeur GOUGEROT, samedi 9 novembre, à 9 heures : Propagande antivénérienne.

Treizième leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, samedi 9 novembre, à 10 h. 30 : Éducation et hygiène des vénériens. Examen prénuptial.

VISITES DU MUSÉE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur BRODIER, le jeudi 7 novembre, à 16 heures, et le samedi 9 novembre, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible. Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée.

Droit d'inscription : 10 francs. Numéro compte chèque postal 627.00.

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire antituberculeux d'Oran.

Les conditions de nomination sont celles prévues au règlement type des dispensaires.

Le titulaire du poste devra renoncer à faire de la clientèle. Le traitement de première année sera de 38.000 francs avec augmentation de 2.000 francs tous les deux ans jusqu'à concurrence de 64.000 francs. Il bénéficiera en outre du quart colonial s'élevant à environ 9.500 francs, ce qui porte le traitement de début à 47.500 francs.

Les demandes des candidats accompagnées de leurs titres et références devront être adressées au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), avant le 1er septembre 1935.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Médecins lieutenants-colonels : Duchêne-Marullaz, de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, désigné comme médecin-chef ; Pons, maintenu à l'hôpital Robert-Picqué, Talence ; de Lagoanère, de l'hôpital Robert-Picqué, Talence, à l'hospice mixte de Limoges.

Médecins commandants : Riss, du 19e C. A., au centre de réforme de Constantine ; Noël, de l'hôpital de Grenoble, à l'hôpital Robert-Picqué, à Talence ; Bourgeois, de la base aérienne 121, à la base aérienne 101 ; Combalat, de l'hôpital Legouest à Metz, à l'hôpital de Grenoble ; Fontaine, de la 7e compagnie rég. du train, au 7e esc.

Médecins capitaines : Donon, de la 2e compagnie du train, au 2e esc. ; Detang, de la 8e compagnie rég. du train, au 8e esc. ; Meidinger, des troupes du Maroc, à l'hôpital Gaujot, à Strasbourg ; Cosnier, de la 16e compagnie rég. du train, au 16e esc. ; Villequez, du 1er d'art., à l'hôpital Legouest, à Metz ; Horrenberger, du 19e C. A., à l'hôpital de Bordeaux ; Coutie, du 51e bat. de chars, à Bourges, au 51e bat., à Verdun ; Martinet, de la 18e compagnie rég. du train, au 18e esc. ; Carolus, du 122e esc. du train, à Toul, au 122e esc. à Metz ; Bodet, de la 4e compagnie rég. du train, au 4e esc. ; Conze, des troupes du Levant, au 24e d'inf. ; Stauffer, de la 9e compagnie rég. du train, au 9e esc.

Médecins lieutenants : Richard, de l'hôpital Gama, à Toul, à la section technique du Service de santé à Paris ; Armengaud, du 1er chasseurs à cheval, à l'hospice mixte du Mans.

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde méditerranéen antique, l'*Association Guillaume Budé* organise du 17 août au 9 septembre une huitième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce préhellénique et classique.

Le voyage qui aura lieu à bord du *Théophile-Gautier* des Messageries maritimes, comportera l'itinéraire suivant : Marseille, Messine, Taormina, Corfou, Preveza, Actium, Ithaque, Olympie, Sparte, Mistra, la Crète (Candie, Knossos, Phaestos, Haghia-Triada, Gortyne), Santorin, Délos, Mykonos, Syra, Nauplie, Tirynthe, Argos, Mycènes, Épidaure, Rhamnonte, Chalcis, Érétrie, Salamine, Égine, Athènes, Daphni, Eleusis, Corinthe, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'*Association*, la croisière sera accompagnée, au titre de conférenciers, par M. Charles Picard, membre de l'Institut, professeur d'archéologie antique à la Faculté des lettres de Paris, directeur honoraire de l'École française d'Athènes et par M. André Boulanger, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, ancien membre de l'École française d'Athènes.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe), Téléphone : Littré 70-55.

Nécrologie. — Médecin lieutenant François ARZEL, élève à l'École d'application de santé coloniale, décédé accidentellement à l'âge de 26 ans. — Jean TOULON, interne en médecine des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à l'hôpital Ambroise-Paré. — Joseph-Ernest VIAL, de Lyon, pharmacien, ancien administrateur des hôpitaux de Lyon, décédé à l'âge de 84 ans.

Docteur BOLESLAS-MOTZ, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Wilno, sénateur de la République polonaise, décédé à Paris. — Docteur Alexandre GUÉNIOT, décédé à Paris. Il était né à Tignécourt (Vosges), le 8 novembre 1832 et était membre de l'Académie de médecine depuis 1880.

BIBLIOGRAPHIE

Endoscropie et pleurolyse (*Méthodes d'applications et techniques*), par O. MISTAL. Préface du Professeur JACOBÆUS. Un volume de 436 pages, avec 184 figures (*Bibliothèque de Phtisiologie*), 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les avantages du pneumothorax artificiel sont universellement reconnus, il constitue une arme efficace contre la tuberculose, mais la présence d'adhérences est un facteur qui réduit considérablement nombre des guérisons au cours de ce traitement ; situées surtout au-dessus des régions malades, cavernes et foyers d'infiltration, elles empêchent d'obtenir un collapsus là où il serait le plus nécessaire et entravent la guérison.

Cet ouvrage basé sur des observations personnelles, a été écrit afin de permettre aux spécialistes de la tuberculose pulmonaire ne s'adonnant pas aux interventions endothoraciques de s'initier à ces méthodes. Il est donc destiné à la pratique, en effet toutes les techniques ainsi que les instruments connus jusqu'à ce jour y sont décrits.

Le premier chapitre expose le rôle que jouent les adhérences dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax. L'auteur développe l'histo-pathologie des adhérences et illustre son exposé de nombreuses figures instructives. Il donne un aperçu général instructif des modifications apportées au cours des années à l'instrumentation.

La partie la plus importante de ce travail est celle où il étudie l'intervention elle-même et son procédé opératoire ainsi que l'exposé des complications qui peuvent se produire.

Les règles que le Docteur Mistal expose en quelques points concis sont précieuses non seulement pour les débutants dans ce domaine chirur-





gical, mais encore pour les praticiens qui recourent depuis longtemps à cette opération.

Ce travail permet enfin de suivre les résultats opératoires non seulement pendant les années qui suivent immédiatement l'intervention, mais encore à distance.

L'auteur a étendu lui-même considérablement le domaine des opérations intrathoraciques en développant la pleuroscopie qui permet une sorte d'examen anatomo-pathologique sur le vivant, ainsi que de nouvelles applications diagnostiques et thérapeutiques. Il a réalisé ainsi de nouveaux et intéressants progrès.

Leçons de Physiologie, par Léon Binet, avec la collaboration de MM. Arthus, E. Benhamou, R. Fabre, J. Hagueneau, Mme C. Jeramec; MM. J. Gosset, M. Kaplan, J. Marie, J. Patel, A. Sicard, M. Sureau. Un vol. de 246 p. avec 53 fig. et 4 planches en couleurs, 40 francs Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dix-sept conférences de biologie appliquée faites par le Professeur L. Binet et ses collaborateurs, dans son service, en vue de réaliser un enseignement de *physiologie médico-chirurgicale*. Ces conférences portent sur des sujets variés auxquels des recherches et des travaux récents d'ordre biologique confèrent un intérêt certain pour la médecine et la chirurgie.

Les sujets traités sont les suivants : La réanimation par Léon Binet. Sur la physio-pathologie des embolies artérielles, par Jean Patel. — L'athérome artériel, par Léon Binet. — Le pneumothorax des tuberculeux, par Julien Marie. — A propos de la pathogénie et du traitement des ulcères gastro-duodénaux, par Jean Gosset. — Le coli-bacille par Mme Colette Jeramec. — L'occlusion intestinale, son syndrome humoral. Son traitement dit médical, par Léon Binet. — La pancréatite aiguë hémorragique, par Léon Binet. — L'exploration fonctionnelle de la rate, par Ed. Benhamou. — La néphrite aiguë (thérapeutique expérimentale) par Léon Binet. — Introduction à l'étude des maladies de la moelle épinière, par J. Hagueneau. — Les grands syndromes douloureux de la face, par André Sicard. — Le rachitisme spontané et le rachitisme expérimental. — Les substances antirachitiques, par le Professeur René Fabre. Thymus et glandes sexuelles (résultats cliniques de l'opothérapie thymique) par M. Kaplan. — Le diagnostic biologique de la grossesse par M. Sureau. — Les venins, par André Arthus. — Les injections d'huile par Léon Binet.

La cure balnéaire de Royat (*Recherches récentes*), par MM. P. Petit A. Mougeot et V. Aubertot, in-8, 5 francs.)

Cet ouvrage se borne à envisager le traitement balnéaire des troubles circulatoires et réalise une publication en rapport étroit avec la spécialisation la station. De plus, la méthode expérimentale a conquis toutes les branches de la médecine et les auteurs n'ont pas manqué de l'appliquer à l'étude serrée des bains de Royat.

Si l'ouvrage devait embrasser toutes les applications des eaux minérales, il prendrait une ampleur démesurée qui ne serait pas en rapport avec le but poursuivi ; aussi les auteurs se sont-ils bornés à ce qui fait le nœud de la question, c'est-à-dire l'usage balnéaire des eaux thermales carboniques et des gaz thermaux de Royat dans les indications qui font sa spécialisation thérapeutique : troubles cardio-artériels et gouttes viscérales. Cette spécialité est devenue, également, celle des eaux qui, par leur température et la richesse en gaz carbonique et radio-actifs ont été amenés à répondre, d'une façon très étroite, aux mêmes indications thérapeutiques.

Actualités biologiques. Six leçons, par R. Fabre, Cl. Wangermez, Ch. Petiteau. Prix : 18 franns, Editions Delmas, Bordeaux.

Il est bon que les étudiants en fin de scolarité soient informés par une vue d'ensemble de « l'état actuel » de certains problèmes importants de biologie qui se sont relativement classés ou clarifiés pendant le cours de leurs études.

C'est dans ce but que les A. ont publié ces leçons sur : Le potentiel, d'oxydo-réduction. — La perméabilité cellulaire. — L'hypophyse. — Physio-pathologie du tonus musculaire. — Le sommeil.

Les Propos de Campagnon, par Paul Voivenel, 1 vol. Prix : 20 francs Librairie des Champs-Elysées, 22, rue Marbeuf, Paris.

Chaque mois, dans l'*Archer*, cette chronique : *Les propos de Campagnon*, qu'on lit avant tout autre article, à moins qu'on ait commencé par un autre ; *Avec la 67e Division de réserve*. Chroniques qu'on voudrait avoir toutes sous la main, pour les relire.

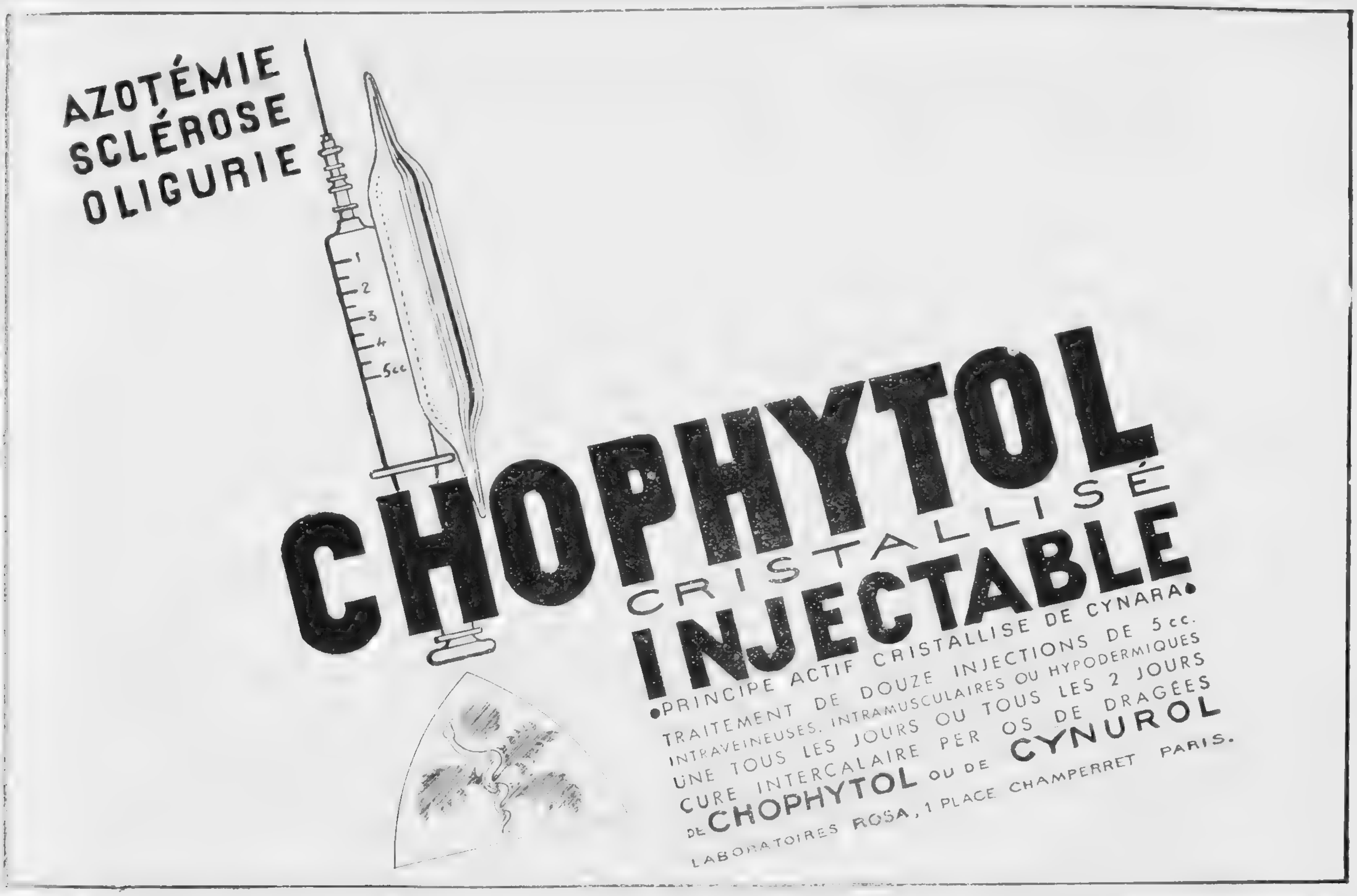
Et voilà que le désir est une réalité. Le Docteur Voivenel a réuni en volume ces propos, où, « entraîneur d'hommes, et, comme il se définit lui-même « fumeur d'idées », il parle sans fard, avec la paisible exactitude de la force et la simplicité directe de l'autorité légitime.

Sans vouloir lui faire son compliment, égoïstement, on lui dit reconnaissance et admiration.

Les œillets. — Culture. — Variétés. — Emplois, par S. Mottet. Septième édition entièrement remaniée, par S. Sabourin. Un vol. 256 pages, 84 figures. Broché : 12 francs. (Librairie agricole et horticole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Considérablement augmenté puisqu'il a cent pages de plus que les éditions précédentes, ce livre a été, grâce à la photographie, illustré plus abondamment aussi. Tous les renseignements techniques s'y trouvent : principales espèces, emplois, œillets remontants et non remontants, variétés, semis, bouturage, marcottage, greffage, culture en pots, culture en pleine terre, culture pour floraison hivernale, culture des œillets à grandes fleurs, croisement, insectes et maladies, traitements, Œillet mignardise, œillet d'Allewood, œillet de Chine, œillet de poète, œillet Flon, œillet superbe, œillets hybrides et divers, etc...

Cet ouvrage informera parfaitement et complètement tous ceux qui s'intéressent à cette belle fleur, et leur sera précieux soit pour la culture soit pour le choix des variétés.


AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE
CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
•PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA•
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES
DE CHOPHYTOL OU DE CYNUROL
LABORATOIRES ROSA, 1 PLACE CHAMPERRET PARIS.


iodaseptine
cortial
SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE
TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE
Doses faibles 2 à 5 cc par jour
en séries de 20 jours
ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE
XX à L gouttes par 24h
en trois fois suivant l'âge
RHUMATISMES
CHRONIQUES
Doses Fortes 5 à 20 cc par 24h
ECHON LITTÉRATURE
LABORATOIRES
CORTIAL
7, rue de l'Armorique
PARIS
RHUMATISMES
AIGUS
iodaseptine
salicylée UNIT
L'ACTION DE L'IODE À L'EFFET SALICYLE

TRAVAUX ORIGINAUX

Vaccination contre la diphtérie avec l'anatoxine de Ramon

Par le Pr Robert DEBRÉ

On avait depuis longtemps associé aux différentes toxines microbiennes, pour les atténuer, des antiseptiques variés, sans aboutir à la fabrication d'un bon vaccin applicable à l'homme, lorsque M. G. Ramon, en 1923, constata qu'en ajoutant à 2 litres de toxine 4 centimètres cubes de formol et en laissant le mélange à l'étuve, l'injection ultérieure de la substance ainsi formée n'avait plus aucun pouvoir offensant pour le cobaye, animal cependant très sensible à l'injection de toxine diphtérique. En outre — et surtout — il constata que le cobaye qui avait reçu cette injection, résistait à une injection seconde de toxine à doses plusieurs fois mortelles et avait acquis une très forte immunité. M. G. Ramon donna au corps nouveau qu'il avait ainsi isolé le nom d'*anatoxine* et put l'utiliser avec des résultats excellents pour la vaccination de l'homme.

I. — *Les propriétés de l'anatoxine.*

L'anatoxine, produit dérivé d'une toxine active, doit présenter, pour mériter son nom, un certain nombre de qualités : une innocuité absolue, une valeur antigène intrinsèque élevée, un pouvoir immunisant, une fixité, une stabilité et une irréversibilité complète. Examinons ces différentes propriétés ; d'abord l'*innocuité*. La qualité primordiale d'une anatoxine doit être son innocuité absolue : l'inoculation à l'animal ne doit provoquer aucune réaction ni générale, ni locale, même si l'on injecte des doses considérables. Les cobayes, si sensibles à la toxine diphtérique, ne doivent pas, même après l'injection d'une dose importante d'anatoxine, présenter le moindre trouble morbide. Les animaux doivent augmenter de poids, ne présenter ni œdème, ni escarre au point d'injection, bref se comporter comme des cobayes sains et bien portants. L'anatoxine, en effet, n'est pas une toxine atténuée, mais un produit devenu inoffensif ; il possède donc la plus précieuse des qualités pour un vaccin destiné à l'homme. La seconde propriété capitale d'une anatoxine est une *valeur antigène intrinsèque* élevée. Rappelons à ce propos que lorsqu'on met une certaine quantité de toxine dans un tube en présence d'une quantité définie d'antitoxine, la toxine est neutralisée. Or, cette neutralisation est indiquée par le phénomène de la floculation. Le mélange antitoxine-anatoxine flocule comme un mélange toxine-antitoxine ; l'anatoxine a gardé de la toxine, dont elle dérive, la propriété de floculer. Le fait est d'une importance capitale parce qu'il permet le titrage de l'anatoxine.

Si dans une série de tubes à essai placés les uns à côté des autres, on met une quantité fixe de toxine, et qu'on ajoute dans tous ces tubes, en allant de gauche à droite, des doses décroissantes de sérum (c'est-à-dire d'antitoxine) ; 0,9, 0,8, 0,7, 0,6, 0,5 centimètres cubes, et qu'on laisse ces tubes pendant un certain temps à l'étuve, on constate que les premiers tubes sont clairs, puis on voit des tubes un peu troubles, dans les tubes suivants le trouble augmente encore, plus loin le trouble diminue et les derniers tubes sont clairs comme les premiers. Dans le tube où se fait la floculation initiale, il y a une neutralisation rigoureuse de la toxine par l'antitoxine. Vers la gauche se trouvent les tubes ayant un excès d'antitoxine et dans les derniers tubes, qui sont à droite, se trouve un excès de toxine. Si on remplace la toxine par l'anatoxine, on observe le même phénomène.

Or, la rigueur de cette méthode est telle qu'elle permet le titrage exact de la toxine à partir d'une antitoxine ou inversement, de l'antitoxine ou de l'anatoxine à partir de la toxine. Ainsi, par exemple, si la quantité d'anatoxine, mise dans chaque tube, est de 4 centimètres cubes, et que la floculation initiale est apparue dans le tube où le sérum antidiphtérique représente 44 unités antitoxiques on en conclut qu'il faut 44 unités antitoxiques pour saturer 4 centimètres cubes d'anatoxine, soit 11 unités pour 1 centimètre cube. On dira donc que cet échantillon d'anatoxine a une valeur intrinsèque de de 11 unités antigéniques, ou si l'on veut de 11 unités anatoxiques. Si, pour un second échantillon, la floculation apparaît avec 7 unités antitoxiques pour 1 centimètre cube d'anatoxine, cet échantillon aura une valeur antigène intrinsèque de 7 unités anatoxiques. En d'autres termes, la valeur antigène intrinsèque d'une anatoxine correspond à la quantité d'unités anatoxiques capables de faire apparaître la floculation initiale dans 1 centimètre cube d'anatoxine.

Or, la valeur antigène intrinsèque, déterminée *in vitro*, correspond au pouvoir immunisant établi *in vivo*. Si, par exemple, on choisit trois lots de cobayes sains de même poids et que l'on injecte aux animaux du premier lot 5 centimètres cubes d'une anatoxine dont le titre est égal à 11 unités anatoxiques, aux animaux du second lot, 5 centimètres cubes d'une anatoxine, dont le titre est égal à 7 unités anatoxiques et aux animaux du dernier lot, la même dose d'une anatoxine très faible (1 unité anatoxique, par exemple), on verra, un mois après, les cobayes du premier lot résister à 200 doses mortelles de toxines diphtérique, dans la proportion de 92 p. 100, les cobayes du second lot ne supporteront en moyenne que 100 doses mortelles et ceux du dernier lot ne résisteront, et encore pas toujours, qu'à quelques doses mortelles.

L'anatoxine, avons-nous dit, doit avoir une valeur antigène intrinsèque élevée, c'est-à-dire qu'elle doit contenir un nombre appréciable d'unités anatoxiques au centimètre cube. L'anatoxine dont on se servait jusqu'à ces dernières années titrait 10 unités anatoxiques. L'anatoxine dont on se sert aujourd'hui titre 20 unités anatoxiques.

La troisième qualité d'une anatoxine est un *pouvoir immunisant* solide. Injectée à dose convenable à l'animal, l'anatoxine doit le protéger contre l'injection de plusieurs doses mortelles de toxine. Le pouvoir immunisant de l'anatoxine est valable vis-à-vis de tous les échantillons de bacilles ou de toxines diphtériques.

La *fixité* et la *stabilité* de l'anatoxine se traduisent par sa résistance à la chaleur ; alors que les poisons microbiens ne résistent pas au chauffage, l'anatoxine chauffée pendant une heure à 60° et même 85° n'est nullement modifiée. On sait qu'une toxine diphtérique, après un

séjour d'une heure à 65-70°, a perdu toute sa toxicité et presque complètement son pouvoir floculant. Elle a aussi perdu presque en totalité son pouvoir antigène, c'est-à-dire, qu'injectée à l'animal, elle ne provoque plus chez lui la formation d'une quantité importante d'antitoxine. Au contraire, l'anatoxine, chauffée dans les mêmes conditions, garde son pouvoir floculant ; tout au plus, la floculation est-elle un peu plus lente : elle conserve aussi tout son pouvoir antigène, c'est-à-dire sa capacité de faire produire de l'antitoxine à l'animal auquel on l'injecte ; on peut ajouter qu'elle a gardé aussi tout son pouvoir protecteur pour l'homme (Loiseau).

L'anatoxine possède encore une propriété précieuse ; elle est stable dans le temps. Conservés en flacons bouchés ou ouverts, à la température du laboratoire ou de la chambre froide, elle garde toutes ses propriétés ; innocuité, pouvoir floculant (tout au plus la vitesse de la réaction de floculation peut-elle diminuer légèrement dans le temps), activité immunisante enfin. M. G. Ramon, qui a vérifié le fait après sept années, conclut avec raison : « On conçoit combien cette stabilité dans le temps est précieuse pour l'utilisation de l'anatoxine dans la pratique de l'immunisation active vis-à-vis de la diphtérie ».

L'*irréversibilité* est la dernière propriété fondamentale de l'anatoxine. On sait que les anticorps mis en présence des antigènes correspondants ne les détruisent pas ; l'antitoxine diphtérique ne détruit pas la toxine diphtérique ; mieux encore le complexe toxine-antitoxine est dissociable. De nombreux travaux ont démontré que, par des procédés divers on pouvait, à partir du mélange toxine-antitoxine, récupérer soit la toxine, soit l'antitoxine (Morgenroth), Madsen et S. Schmidt, Glenny et ses collaborateurs, Ramon, Sordelli, etc.). Or, il est impossible de dissocier l'anatoxine ; tous les agents physiques, chimiques, biologiques échouent ; jamais l'anatoxine, ainsi attaquée, ne retrouve la moindre propriété nocive de la toxine, dont elle dérive.

Faut-il, après tant de preuves, poser la question de la *spécificité* de l'anatoxine ? Spécificité du pouvoir floculant, du pouvoir saturant, immunisation spécifique, production d'antitoxine spécifique, la spécificité absolue de l'anatoxine est trop démontrée pour qu'il soit utile d'insister. L'action du formol et de la chaleur, en faisant disparaitre les qualités nocives de la toxine, n'a nullement altéré les qualités antigènes de l'anatoxine ainsi produite.

De cet exposé biologique, nous pouvons donc retenir les qualités éminentes de l'anatoxine : substance particulière, bien différente d'une simple toxine atténuée, vaccin fixe et stable, résistant au temps et aux variations de température, doué d'une action efficace et mesurable *in vitro*. Son emploi chez l'homme s'imposait.

Pour fabriquer l'anatoxine, il faut partir d'une bonne toxine : on met en culture un bacille diphtérique, bien choisi, dans un milieu approprié et dans des conditions convenables, on recueille le filtrat et on éprouve sa qualité : si la toxine est active, on en tire une bonne anatoxine. On la titre, on vérifie son innocuité, son pouvoir immunisant et, par la réaction de floculation, sa teneur en unités anatoxiques.

Lorsque M. G. Ramon eut vérifié la parfaite innocuité de l'anatoxine, il eut l'idée de l'injecter à des convalescents de diphtérie qui, pensait-on, étaient déjà doués d'une immunité naturelle assez forte et devaient, en conséquence, tolérer mieux que d'autres l'injection d'anatoxine. Or, ces sujets eurent, après l'injection d'anatoxine, des réactions assez fortes : fièvre élevée, malaises, vomissements, céphalée.

Ces réactions immédiates, mais sans aucune suite fâcheuse, n'arrêtèrent pas les expérimentateurs. Par la suite, toute une série d'essais, entrepris sous la direction de M. L. Martin, à l'hôpital de l'Institut Pasteur, avec MM. Darré, Loiseau et Laffaille, et à l'hôpital du Val-de-Grâce, par M. Ch. Zoeller, démontrèrent et la parfaite innocuité de l'anatoxine diphtérique pour l'homme, et la valeur de l'immunité vis-à-vis de la diphtérie que provoquait l'injection de cet antigène. Bien vite, on vit que, chez les sujets doués d'une certaine immunité, la teneur du sérum en antitoxine augmentait dans de très fortes proportions, et que chez les sujets ayant, avant les injections d'anatoxine, une réaction de Schick positive et ne possédant aucune immunité, la réaction de Schick devenait négative après la vaccination, témoignant de l'apparition rapide de l'immunité. L'homme se comportait donc comme l'animal d'expérience, et il fut aisément démontré que l'anatoxine agissait chez lui comme un excellent vaccin.

Actuellement l'anatoxine a servi à vacciner plus d'un million d'enfants contre la diphtérie dans le monde entier et n'a jamais provoqué le moindre incident ou même la moindre ébauche d'incident sérieux, alors que les vaccins antidiphtériques préconisés avant l'anatoxine avaient donné quelques sérieux mécomptes. Ces vaccins, en effet, qui étaient surtout des mélanges de toxine diphtérique et de sérum pouvaient déterminer, lorsque le mélange n'était pas réalisé de façon parfaite ou lorsque, pour une raison quelconque, l'antitoxine contenue dans ce mélange s'était affaiblie, des accidents toxiques voisins des paralysies diphtériques graves, avec paralysie du voile, paralysie oculaire, paralysie des membres, et même des accidents cardio-bulbaires mortels.

L'anatoxine a permis l'élaboration d'un vaccin remarquable qui n'a jamais eu à son passif aucun accident sérieux et qui est doué de qualités remarquables.

Les *réactions* consécutives à la vaccination par l'anatoxine sont des réactions légères et sans gravité. Elles sont d'autant plus fréquentes que le sujet est plus âgé, mais elles ne sont, en aucun cas, redoutables. Les réactions locales : rougeur, gonflement, douleur sont le plus souvent très discrètes. Les réactions générales : élévation de température, mal de tête, vomissements, malaises, ne doivent pas inquiéter le médecin ni l'entourage, car elles n'ont jamais la moindre suite. Il est vraisemblable que ces réactions ne sont pas dues à la toxine diphtérique elle-même, mais à la sensibilité de certains sujets vis-à-vis des poisons contenus dans le corps même du bacille diphtérique.

En effet, lorsque des sujets, au cours de leur enfance ou de leur adolescence, se sont peu à peu immunisés vis-à-vis de la diphtérie par la présence dans leur gorge de quelques bacilles diphtériques, ils sont devenus quelque peu sensibles aux poisons, aux substances contenues dans le corps microbien et l'injection d'anatoxine, laquelle dérive de la toxine, qui dérive elle-même d'une culture de bacilles diphtériques, provoque de petites réactions d'hyper-sensibilité qui ne sont jamais redoutables. C'est pourquoi on les observe avec une violence particulière chez des convalescents de diphtérie au moment où on a pratiqué les premières injections d'anatoxine, c'est pourquoi aussi ces réactions sont plus fréquentes chez les adultes que chez les enfants.

II. — *Méthode de vaccination*

La méthode initiale comportait trois injections, d'une anatoxine titrant 10 unités au centimètre cube :

une première injection de 1/2 c.c., soit 5 unités
une deuxième injection de 1 c.c., soit 10 unités
une troisième injection de 2 c.c., soit 20 unités
le sujet recevait donc en tout 35 unités d'anatoxine

Les résultats étaient à peu près les suivants : après la première injection le nombre des réactions de Schick négatives était de 35 p. 100, après la deuxième injection ce nombre s'élevait à 80 p. 100 et après la troisième injection à 90 p. 100. Ces résultats étaient confirmés par les examens du sang et les constatations d'antitoxine dans le sang des vaccinés. Les études épidémiologiques montrèrent de la façon la plus nette, dans tous les milieux et dans tous les pays, l'efficacité de la méthode. Cependant on observe des échecs ; le pourcentage des sujets, que la vaccination n'immunise pas, les explique fort bien. Ces diphtéries des vaccinés sont tantôt très légères, tantôt sévères, voire mortelles. Il fallait donc améliorer la méthode.

Grâce à des modifications du milieu de culture, réalisées par M. G. Ramon, et à l'obtention d'une toxine très forte, on se sert aujourd'hui d'une anatoxine plus riche en unités. Avec l'anatoxine actuellement employée et qui titre au moins 20 unités, on peut réaliser la vaccination en deux fois de la façon suivante :

première injection : 1 c.c. = 20 unités.
deuxième injection : 2 c.c. = 40 unités.

Dans ces conditions, le sujet reçoit 60 unités anatoxiques. On observe alors des résultats beaucoup meilleurs et le pourcentage des sujets réellement immunisés (réaction de Schick négative) avoisine 100 p. 100. Un point très important doit être signalé : l'intervalle entre les injections est de trois semaines ; il n'y a aucun inconvénient à allonger cet intervalle si l'enfant est atteint d'une maladie intercurrente, ou pour tout autre raison ; mais il y a, par contre, un inconvénient majeur à le raccourcir et l'on doit toujours conserver cet espace entre les deux injections. Un autre perfectionnement intéressant est réalisé par les vaccinations associées (Ramon et Zoeller) : l'expérimentation sur le cheval a montré que si on inocule à cet animal, en même temps que la toxine diphtérique, mais en un autre point du corps, une substance inerte et irritante, comme le tapioca, on constate que ce cheval produit beaucoup plus d'antitoxine que celui qui a reçu seulement la même dose de toxine. Cela signifie qu'en provoquant une inflammation locale dans le tissu cellulaire de l'animal, inflammation du reste absolument aseptique, on favorise la fabrication des anticorps.

C'est ainsi que MM. Ramon et Zoeller eurent l'idée d'associer à la vaccination par l'anatoxine le vaccin antityphique dans le but de provoquer une réaction locale assez vive. Le vaccin contre la fièvre typhoïde est composé, en effet, de corps microbiens tués, qui, injectés sous la peau, déterminent une irritation locale comparable à celle que provoque l'injection de tapioca sous la peau du cheval. Cette méthode a, en outre, l'avantage de vacciner le sujet en même temps contre deux maladies. On met dans une même seringue les corps microbiens tués et l'anatoxine et on réalise ainsi une vaccination associée antitypho-paratyphique et antidiphtérique. On peut aussi associer à ce mélange de l'anatoxine tétanique et réaliser alors une triple vaccination.

Les résultats des vaccinations associées sont excellents et l'on ne saurait trop conseiller la diffusion de cette méthode.

Il nous reste à envisager maintenant quelques points importants de pratique vaccinale. D'abord à quel âge doit-on effectuer la vaccination ? A cette question, nous répondrons qu'on peut vacciner contre la diphtérie l'enfant à partir de 18 mois : à ce moment les réactions sont quasi-insignifiantes car le petit enfant n'est pas encore en état d'allergie et il est tout à fait capable de s'immuniser, alors qu'il ne le serait pas dans la première année de la vie. Du point de vue épidémiologique, l'expérience a montré qu'il y a intérêt à vacciner avant la période scolaire. Si l'enfant n'a pas été vacciné avant l'âge scolaire, on le vaccinera sans faute au moment où il entre à l'école. Pour l'adulte, la vaccination n'est conseillée que s'il s'agit de sujets vivant en milieu épidémique ou exposés à contracter la diphtérie, du fait de leur profession (étudiants en médecine, infirmières). Chez l'adulte, et dans ce cas seulement, il est conseillé de faire une réaction de Schick préalable : si celle-ci est négative la vaccination n'est pas utile.

L'immunité obtenue par la vaccination ainsi pratiquée est-elle définitive ? Nous ne le savons pas d'une façon absolue, mais elle est certainement durable. Nous conseillons, en tout cas, de compléter la vaccination telle que nous l'avons exposée par ce que nous avons proposé d'appeler : l'injection de rappel, qui consiste, un an après la vaccination, à injecter une nouvelle dose de 2 centimètres cubes. Si on a négligé de pratiquer l'injection de rappel au bout d'un an, il y aura toujours avantage à la faire, même au delà de ce délai. Par contre, si le sujet se trouve en milieu épidémique, on pourra faire cette injection de rappel avant le délai habituel d'un an.

Il n'existe pas de contre-indication à la vaccination par l'anatoxine, hors celles qui dérivent du simple bon sens : état de maladie ou de convalescence. La tuberculose elle-même ne nous a pas semblé, tout au moins chez l'enfant, constituer une contre-indication : on observe seulement, dans ce cas, plus de réactions qu'à l'ordinaire et il est préférable, chez les tuberculeux, d'avoir recours à une vaccination plus lente et plus fractionnée : injecter alors 60 unités en quatre ou cinq fois au lieu de deux.

Une dernière question intéressante est celle-ci : peut-on vacciner en milieu épidémique ? On avait pensé, à un moment donné, que la vaccination était suivie d'une phase dite négative, pendant laquelle le sujet était plus sensible vis-à-vis de la maladie qu'il ne l'aurait été s'il n'avait pas été vacciné. Cette phase négative n'existant pas, on peut parfaitement effectuer la vaccination contre la diphtérie en milieu épidémique. Ici certaines remarques sont nécessaires. S'agit-il de collectivités, dont la surveillance médicale est bien assurée et dans lesquelles des cas isolés de diphtérie sont apparus ? On commencera d'emblée la vaccination. S'agit-il de collectivités, où l'épidémie prend de suite un caractère envahissant, s'agit-il encore d'une famille, où un cas de diphtérie éclate chez un enfant et où l'isolement des frères et sœurs est impossible ? Il est préférable alors de faire aux sujets qui sont sous la menace immédiate de la contagion, une injection de sérum antidiphtérique (1.000 à 5.000 unités antitoxiques suivant l'âge). On aura tout avantage à faire précéder cette injection protectrice de sérum par une injection d'anatoxine, pour commencer ainsi une immunisation active, que l'on poursuivra ensuite. Il faut, en pareil cas, injecter l'anatoxine quelques instants avant

le sérum, pratiquer les deux injections en des endroits différents du corps et ne pas se servir, pour les deux injections, de la même seringue, car une petite quantité d'anatoxine restant dans la seringue pourrait neutraliser l'antitoxine.

Si dans la collectivité ou la famille, que la diphtérie menace, se trouvent des sujets vaccinés quelques mois ou quelques années auparavant, on leur fera une injection de rappel (2 centimètres cubes).

De cette étude, nous pouvons conclure avec M. G. Ramon, que les résultats déjà acquis dans tous les pays ont consacré l'efficacité de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique, efficacité que des progrès réalisés au laboratoire rendent de plus en plus grande. Ils ont affirmé l'exactitude des principes qui ont présidé à l'élaboration, à la mise au point de cette méthode d'immunisation et qui, dans la suite, ont servi de guide dans les progrès effectués. Ils entraînent la conviction de voir disparaître la diphtérie par la pratique systématique et précise de cette méthode de prophylaxie qui, déjà à l'heure actuelle, partout où elle a été mise en œuvre, a permis une réduction, le plus souvent considérable, de la morbidité et de la mortalité diphtériques.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Récalcification des dents

Par **A. WILCKEN** (de Paris)

Depuis nombre d'années les médecins praticiens et les odonto-stomatologistes ont essayé de combattre la décalcification des dents chez leurs malades. Tous les sels calciques ont été essayés : chlorure de calcium, lactate de calcium, carbonate de calcium, glycérophosphate de calcium, phosphate tri-calcique. Les résultats furent absolument nuls, les sels de chaux ingérés étaient retrouvés dans les urines.

En vue de fixer la chaux on adjoignit des sels de strontium et de l'adrénaline. Il n'y eut aucun gain. Manoussakis (1) prétend même, que leur emploi augmente les pertes calciques des tuberculeux. Ses expériences faites dans des conditions particulièrement minutieuses, l'amenèrent à établir rigoureusement le bilan des ingesta et des excreta *de toutes sortes*. Les résultats sont de nature à ébranler la foi de tout praticien dans les prescriptions tant magistrales que spéciales de sels calciques.

J'ai comme tout autre prescrit les diverses préparations calciques, pendant plus de trente années, avec l'espoir de constater une heureuse modification des dentures de mes patients. Je n'ai pas le souvenir d'avoir constaté d'amélioration.

J'ai par contre constaté que des dents parfaitement calcifiées, peuvent être obtenues chez l'enfant, en établissant chez la mère pendant la grossesse et la lactation, un régime de substances contenant la vitamine D soluble, calcium et phosphore, c'est-à-dire : lait, jaunes d'œufs, poissons et graisses animales, beurre (2), et en continuant après sevrage à administrer chez l'enfant jusqu'à un âge avancé (14 ou 15 ans) du lait, dont les 2 grammes de CaO par litre, ont le pouvoir d'être assimilés. Ce lait doit être pris de préférence, crû pour contenir la vitamine D, mais bien entendu en s'entourant des précautions d'usage. La vitamine D ramène le taux normal du phosphore dans le sang et assure la fixation du calcium dans l'organisme (1). Le calcium ne paraît être efficace que s'il est alimentaire. On devra donc quand on a pour but la calcification dentaire, éliminer du régime, les aliments peu riches en calcium, tels que oatmeal et céréales dont on paraît faire un abus dans certains régimes ou préparations destinés plus particulièrement aux enfants.

Il faudra se rappeler qu'il ne s'agit pas de donner du calcium chimique à un malade qui n'est même pas capable de garder son calcium organique. Il ne conservera pas plus l'un que l'autre. Il faut l'aider à conserver, c'est-à-dire à fixer son calcium. Il faut lui prescrire le lait contenant à la fois la chaux réparatrice et la vitamine D fixatrice, et d'autre part un régime riche en calcium et un fixateur chimique, tel que l'acide phosphorique. Une excellente préparation déjà très connue des praticiens, le phosoforme remplit admirablement ce but.

(1) MANOUSSAKIS. — (Thèse de Lyon 1923).

(2) Action du régime sur les dents WILCKEN. *Progrès Médical*, 1er septembre 1934.

(1) WILCKEN. — Le lait crû préventif de la carie dentaire. *Progrès Médical*, 5 mai 1934.

VARIÉTÉS

Le Ministre de la Santé publique, un Procureur

Parmi les sujets de thèse qui n'ont pas encore été choisis, et qui, pourtant, permettraient d'aboutir aux conclusions, à la fois instructives et amusantes, qu'il soit permis de citer le suivant : « Essai de classification rationnelle des professions, exercées par les hommes politiques, devenus ministres de la Santé publique ».

Comme tout travail d'une haute tenue scientifique, la thèse offrira une incursion dans le passé, et un exposé de la situation actuelle, avant de se terminer par une vue prophétique sur l'avenir. Quelques tableaux de statistique seraient bienvenus, mais la place prépondérante doit être donnée à une argumentation plus ou moins serrée en faveur d'une profession préférée, ou plutôt considérée comme la meilleure, peut-être la seule appropriée.

Certes, il faut beaucoup de pages pour épuiser le vaste et même — nous ne le dissimulons point — épineux domaine des ministrables qui nous intéressent. Les candidats sont, comme on le sait, nombreux, et les professions exercées par eux sont variées. Faut-il croire que certains métiers présentent un avantage pour obtenir le portefeuille du ministère de la Santé publique, ou bien cette question n'offre-t-elle qu'une importance secondaire : autrement dit la protection de la Santé publique exige-t-elle de ses dirigeants et animateurs une préparation spéciale, ou bien toute carrière, quel que soit son caractère, possède-t-elle toujours des éléments suffisants pour faire un ministre de la Santé publique ?

Avant de discuter les divers arguments, nous voudrions dissiper un malentendu concernant la sélection professionnelle pour le poste d'un ministre en général. Certains s'imaginent, vu quelques exemples par trop connus, qu'en somme, tout parlementaire possède l'étoffe d'un homme d'Etat. Ni la capacité de travail, ni l'intelligence, ni le savoir faire, ni même le savoir tout court, ne seraient in


Percaïnal
CIBA
Percaïnal
CIBA
PERCAÏNAL
ANALGÉSIE SURE
ET PROLONGÉE DE LA
DOULEUR OU DU PRURIT :
Brûlures, Eczéma, Gerçures,
Crevasses du sein, Macérations,
Prurit anal et vulvaire, Fissures,
Hémorroïdes, Intertrigo, Impétigo,
Folliculites, Sycosis, etc.
CALME ET ANALGÉSIE
LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

BIBLIOGRAPHIE

L'Alimentation du nourrisson malade, par les Docteurs M. Péhu et Paul Bertoye. 1 vol. in-8 de 207 pages. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

A l'heure actuelle, des changements considérables ont été accompli dans le domaine de la diététique appliquée au nourrisson. Pour des raisons diverses, il a fallu composer des préparations alimentaires, susceptibles de combattre efficacement les multiples troubles digestifs, survenant à cet âge de la vie. Dans ces dix dernières années, nombre d'aliments ou de régimes spéciaux ont été imaginés. Il est de la plus haute importance que les médecins, praticiens ou spécialistes, connaissent la composition exacte, la valeur diététique et les indications de ces diverses préparations.

C'est à présenter clairement et substantiellement ces notions que se sont employés MM. Péhu et Bertoye. Leur monographie est conçue dans un esprit essentiellement pratique. Ils ont banni toute bibliographie. Ils n'ont en aucune manière cherché à faire un ouvrage traitant, même en raccourci, des maladies digestives du nourrisson.

Tout d'abord, ils rappellent les acquisitions réalisées au cours de ces dernières années en diététique du premier âge. Ils étudient ensuite les aliments par groupes : les *laits modifiés*, les *hydrates de carbone, bouillies maltosées, légumes*, etc., les *aliments azotés*, en particulier les *protéines végétales*, permettant d'instituer des régimes sans lait, les *fruits*, par exemple *pommes crues*, les *vitamines* dont l'étude tient, légitimement à l'heure actuelle, une si grande place dans la pédiatrie, etc.

Ayant présenté ces notions diverses, MM. Péhu et Bertoye exposent les indications diététiques dans les maladies du nourrisson. Ils insistent sur la *nécessité d'étudier avec soin le régime pour qu'il assure l'équilibre en calories et qu'il renferme les vitamines nécessaires*.

Ce livre, d'un format commode, rendra certainement beaucoup de services pour la pratique courante. Il renseignera tous ceux qu'intéressent la diététique et ses applications multiples dans les nombreux troubles digestifs du premier âge.

Le traitement de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles, par le Docteur Sigwald. Un volume in-8 de 52 pages (Collection Les thérapeutiques nouvelles), Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille Paris (VIe).

Dans sa première partie, l'étude thérapeutique est d'abord historique, rappelant les nombreuses tentatives, celles qui ont été utiles, et aussi celles qui ont échoué, l'auteur montre l'importance de l'effort dans ce domaine. C'est uniquement dans cette partie qu'il décrit brièvement le: méthodes qui, préconisées à une époque, ont été depuis abandonnées e ainsi l'exposé de la thérapeutique active, qui est déjà long et complexe, ne sera pas encombré par celui des essais sans lendemain.

Dans une deuxième partie, le Docteur Sigwald se propose d'exposer tous les traitements utiles de l'encéphalite et de ses séquelles ; cette étude analytique est aussi précise qu'il est possible.

Dans la troisième partie, il envisage la manière de conduire le traitement aux diverses époques de la maladie, se basant et sur ses pro pres constatations, et sur l'expérience du Professeur Guillain, au cours de son enseignement à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Victor Hugo. Prix : 35 francs. Arts et métiers graphiques, 18, rue Séguier, Paris (VIe).

Cet ouvrage nous révèle un aspect nouveau du grand poète romantique. De l'œuvre considérable de Hugo sont dégagés les éléments d'ordre purement graphique qui en constituent en quelque sorte l'armature.

Son écriture, ses dessins de tous ordres, ses croquis, ses carnets, ses corrections d'auteur, sa correspondance, ses proclamations politiques, ses dédicaces, etc., restitueront l'atmosphère de son activité. L'immense reflet de sa personnalité dans l'époque qu'il a dominée de son génie apparaît dans les illustrations de ses œuvres, dans l'imagerie, la caricature, la photographie et la publicité.

Pour la première fois sont présentés en un seul ensemble tous les frontispices de ses livres. On trouvera dans cet ouvrage la feuille de location de la Première de Lucrèce Borgia, une dédicace inédite extrêmemnt curieuse à Sainte-Beuve. Enfin Hugo apparaîtra transposé au cinéma à travers des images extraites de films aujourd'hui disparus. D'autre part Jean Hugo a dressé spécialement pour cet ouvrage l'arbre généalogique de sa famille. Cet ouvrage constitue donc un document capital sur Victor Hugo et révélera un grand nombre de documents encore inédits. Il comprend 80 pages, de nombreux hors-texte, dont 2 planches en couleur et près de 100 illustrations. Parmi les collaborateurs : MM. Jean Hugo, Escholier, Guegan, Jouvet, Heilbrun, Sergent, Noriey, Rhum.

Le génie morbide d'Edgar Poe, par Emile Lauvrière. Un vol. in-8° écu de 420 pages, 4 illustrations hors texte. Prix : 20 francs. Collection « Temps et visages ». Desclée de Brower, édit., Paris.

Impossible de comprendre l'œuvre de Poe sans connaître sa vie, tant celle-là est en fonction de celle-ci. Or, *l'étrange Vie d'Edgar Poe*, si bien accueillie par le public français et étranger, nous montre en son irréfutable précision un malheureux déséquilibré qui, tour à tour exalté et déprimé, inférieur ou supérieur au commun des mortels, se trouvait, de par sa naissance, voué aux pires excès alcooliques et aux plus éclatants succès littéraires, aux plus lamentables déchéances sociales et aux plus rares manifestations géniales.

Que nous montre maintenant, en ce second volume, au point de vue critique, l'étude consciencieuse de l'œuvre ? Sur ce fond de vitalité instable, la poésie fait, de ses premiers bégaiements à ses ultimes divagations, chanter une dolente et parfois singulièrement émouvante mélodie, qui sortie des profondeurs inconscientes de l'être, survit à la raison qu'elle a précédée. La critique, bien que souvent raisonnée, y mêle l'âpre intolérance d'un égotisme aussi plein d'orgueil que de soupçons. Les contes, vraiment « extraordinaires, » prodiguent tantôt les plus hallucinantes visions de la peur et les plus obsédantes impulsions du crime, tantôt les plus aventureuses envolées de l'intuition et les plus saisissantes ou les plus insaisissables chimères de l'imagination. Il n'est pas jusqu'à l'humour le plus grotesque qui ne vienne derrière le rictus d'un masque grimaçant cacher les hantises macabres de sa tristesse foncière ni la plus enragée des dialectiques qui n'aille intrépidement improviser sur une frêle base de science et de divination les plus fantasques construction d'un panthéisme occulte. Sous un vent de folie tremble donc toute cette œuvre qui, aussi monstrueuse que merveilleuse, ne se soutient que par l'invisible logique d'heureuses proportions et par la secrète vertu d'un art infiniment subtil.

Génie certes ; mais génie morbide.

De L. Barbedette : **Aux sources de la douleur**. Recherches philosophiques. Edit. La Fraternité Universitaire, Limoges. Imprimerie Rivet, Ancienne route d'Aixe 21, 1935.

Lire du Barbedette est toujours un plaisir fructueux pour quiconque aime la philosophie et la sociologie. L'analyser est difficile, car chaque page mérite des commentaires et la place est mesurée au critique.

L'ouvrage du maître est divisé en quatre parties : *préliminaires* ; *la vie personnelle* ; *la société* ; *la nature*.

Ecoutons les sages conclusions :

« Parce qu'elles concernent des maux d'origine et de nature différentes des thèses que l'on déclare contradictoires nous apparaissent comme également vraies. C'est uniquement de l'étroitesse du point de vue adopté, que découlent certaines oppositions ; elles s'évanouissent lorsque la perspective est plus profonde ou que l'horizon s'élargit.

« Réaliser en soi-même un équilibre harmonieux, briser les chaînes dont on nous couvre, domestiquer les énergies physiques, telle est la triple condition et du bonheur individuel et de l'harmonie collective. »

Signalons que Barbedette ne craint pas d'affronter la question du néo malthusianisme (p. 71 et suivantes).

Parbleu ! Il faudra bien y venir tôt ou tard. L'humanité ne peut pas continuer à surpeupler la planète et il y a bel âge qu'hypocritement la bourgeoisie en France (et en d'autres pays) est néomalthusienne. Mais non seulement elle se refuse à l'avouer, mais elle frappe impitoyablement ceux qui ont le mérite de la franchise.

G. Espé de Metz.

dispensables, et il suffirait, tout simplement, de savoir parler, et de faire savoir.

Sans doute, s'il s'agissait, pour un ministre, de remplir uniquement le rôle d'un médecin auprès des malades atteints d'une affection incurable, auxquels on doit faire oublier leur mal, que l'on console par une belle, mais mensongère phraséologie, un orateur habile serait incontestablement le mieux choisi. Or, depuis des années que les divers ministères meurent et renaissent, l'on sait trop que le verbe ne supplée pas à la carence de l'action. La maladie et la mort ne se laissent pas intimider par les belles paroles, et un défaut d'organisation sanitaire imprime son cachet à la morbidité et à la mortalité.

Un ministre de la Santé publique doit donc être un homme d'action, qui défendra les intérêts de la société qui opérera avec une notion simple, mais malheureusement méconnue ou non admise, à savoir que c'est un crime de laisser, à la maladie évitable et à la mort prématurée leur libre cours.

Pour cette raison, on voudrait que le ministre de la Santé publique, indépendamment de sa profession, soit inspiré des principes qui guident un procureur. On introduira, de cette façon, dans le domaine de la Santé publique, les principes fondamentaux de la criminologie. Ainsi, les relations entre la cause et l'effet, le crime et le châtiment, seront recherchés avec toute la sévérité nécessaire.

La tendance du ministre-procureur se traduira, tout d'abord, par une terminologie adaptée aux circonstances. On ne parlera plus d'une statistique de mortalité, mais d'un acte d'accusation ou des crimes qui ont occasionné d'innombrables morts prématurées. Le massacre des innocents sera le titre de la rubrique pour la mortalité infantile. Et lorsqu'on dressera le bilan des ravages des maladies contagieuses, on parlera du gaspillage du capital humain, délit autrement grave que le détournement de fonds.

L'emploi d'une terminologie vigoureuse, empruntée aux hommes de loi qui réclament des foudres sur la tête du criminel, ne manquera pas de produire son effet salutaire. Nous assistons, par trop impassibles, aux attentats multiples et si protéiformes, contre notre santé. Le fait brutal dû à la main d'un assassin ou d'un bandit même de second ordre nous frappe, et pourquoi n'en serait-il pas de même en face d'un acte lent, sournois ou dissimulé ?

Notre devoir, en face de la mortalité, en tant que phénomène de statistique, ne devra pas se borner à la simple curiosité. La mort prématurée et la maladie évitable nécessitent une intervention énergique. Certes, la tâche n'est pas toujours aisée, mais il faut chercher les coupables, il faut mettre à nu les divers facteurs en jeu, il faut stigmatiser l'insouciance, l'imprévoyance et l'ignorance.

Que le ministre de la Santé publique, en sa qualité de procureur, ne se promène pas à travers l'immense cimetière où se trouvent entassées les victimes d'une existence gâchée, uniquement avec les sentiments de tristesse, mais qu'il y puise un enseignement, digne d'un homme d'action, impitoyable envers les criminels facteurs d'une morbidité et d'une mortalité évitables.

G. Ichok

« Malgré l'intérêt évident qu'il y a pour *pharmaciens* et médecins à s'entendre, à unir leurs efforts pour ne pas empiéter sur les domaines respectifs, de trop nombreux pharmaciens continuent à délivrer des médicaments sans prescription médicale et à donner des conseils médicaux le plus souvent même sans avoir vu le malade, causant ainsi un réel préjudice au corps médical et prenant inconsidérément de très lourdes responsabilités.

« Les *infirmières*, pour lesquelles n'existe aucun statut légal, sortent, elles aussi, parfois du rôle de collaboratrices qui devrait leur être assigné, pour supplanter ou combattre le médecin. » (De Bersaques, Gand. — En Belgique. Situation de la médecine. Remèdes préconisés. *La Presse médicale*, 8 mai 1935).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE

Médecine générale

« Lorsqu'on étudie les différents traités de pathologie, on reste étonné de voir les variations considérables des auteurs sur le chiffre moyen de la tension artérielle du sujet normal. » Quant aux variations suivant l'âge, elles sont encore plus sujettes à l'appréciation personnelle des auteurs ; il existe un schéma commode disant que la tension artérielle tend à s'élever à partir de la cinquantaine pour passer à l'hypotension chez le vieillard très âgé.

La tension a été mesurée au Vaquez-Laubry chez 216 vieillards hospitalisés dans des asiles, ayant des régimes identiques, ne faisant pas de gros travaux et comprenant une forte proportion de campagnards.

Chez 101 sujets de 60 à 70 ans, la maxima a été de 12 à 14 1/2 dans 26 cas, de 15 à 18 dans 43 cas, de 18 1/2 à 22 dans 27 cas et au-dessus de 22 dans 5 cas.

Chez 76 sujets de 70 à 80 ans, la maxima a été au-dessous de 12 dans 2 cas, de 12 à 14 1/2 dans 16 cas, de 15 à 18 dans 33 cas, de 18 1/2 à 22 dans 20 cas et au-dessus de 22 dans 5 cas.

Chez 33 sujets de 80 à 90 ans la maxima a été au-dessous de 12 dans 1 cas, de 12 à 14 1/2 dans 9 cas ; de 15 à 18 dans 12 cas, de 18 1/2 à 22 dans 10 cas et au-dessus de 22 dans un cas.

Chez 2 sujets de plus de 90 ans, la maxima était de 12 à 14 1/2.

La question qui se pose est de savoir quelle sera l'évolution de chacun de ces sujets au point de vue de la tension artérielle ; les auteurs espèrent publier ces résultats dans quelques années.

(A. Basset, R. Lapine, Marchais et Saulay. La tension artérielle chez le vieillard. *Gazette Médicale Limousine*, avril 1935.

« On sait combien nombreux sont les différents facteurs pathologiques qui peuvent intervenir dans le déclenchement des accès de migraine » ; un d'entre eux semble devoir émerger et mériter une place à part, c'est le facteur hépatique.

Les migraineux, suivis et traités, sont au nombre de 75, soit 35 hommes et 40 femmes ; tous étaient des migraineux indubitables ; d'une manière générale ils se rangeaient en deux grands groupes, tout au moins en se plaçant au point de vue du rythme d'apparition des accès.

Chez 47 (19 hommes et 28 femmes) les paroxysmes migraineux étaient classiquement séparés par des intervalles absolument libres de tout trouble.

Chez les 28 autres (16 hommes et 12 femmes), au contraire, la restitution ne se faisait pas dans l'intervalle des accès ; il y avait entre temps un état de mal migraineux, caractérisé par une céphalée tenace, un état nauséeux, une sensation de fatigue, une impossibilité de fixer l'attention, une impuissance complète au travail intellectuel.

Si on se place au point de vue de la date d'apparition dans l'existence, on trouve encore deux groupes : d'une part les patients chez qui les accès remontent à l'enfance et, au plus tard, à l'âge de la puberté ; d'autre part ceux chez qui l'apparition des migraines est bien plus tardive et se fait vers la quarantaine.

Chez tous ces migraineux on put mettre en évidence des signes pathologiques hépatiques.

(G. Etienne et L. Collesson. Etude documentaire sur le substratum et le traitement hépatique de la migraine. *Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1935.)

Chirurgie générale

Il est des affections « empoisonnantes », la scoliose en est une ; aussi accueillera-t-on avec satisfaction le nouveau traitement préconisé par Jean Le Cam, de Saint-Servan.

Voici la loi qui commande le traitement radical de la scoliose et qui rend sa guérison certaine :

Toute épaule, maintenue en position surélevée, redresse, dilate et hypertrophie l'hemithorax correspondant, affaisse et

atrophie l'hémithorax opposé, oblige la colonne vertébrale à s'incliner et provoque inévitablement la formation d'une scoliose dont la convexité se trouve de son côté.

On peut lui ajouter le corollaire suivant :

Cette loi ne souffrant aucune exception, si au moment où l'on surélève une épaule, il existe une scoliose dont la convexité se trouve du côté opposé à l'épaule surélevée, cette scoliose sera redressée et la colonne vertébrale passera par un stade de rectitude absolue avant de se tordre en sens inverse de sa première déformation.

L'appareil de réduction peut se schématiser ainsi : un corset en tissu ordinaire, divisé en deux parties, se laçant sur le dos, se boutonnant sur la poitrine ; des baleines métalliques plus fortes et plus longues en arrière ; un bequillon pour la surélévation de l'épaule affaissée ; un tampon pour la compression élastique de l'hémithorax opposé ; une fronde élastique enlaçant le tout.

Cet appareil élastique est supérieur aux appareils rigides actuellement employés.

La guérison, obtenue avec une rapidité stupéfiante, est définitive.

(J. Le Cam. La « réduction » rapide et idéale des scolioses infantiles par la surélévation de l'épaule. *Gazette médicale du Sud Ouest*, 15 mai 1935.)

Les cas d'actinomycose sont suffisamment rares pour que le diagnostic en soit malaisé.

Un homme de 76 ans présente, sous l'angle de la mâchoire, une petite grosseur de la dimension d'une noisette, mobile et presque indolore.

Le premier diagnostic fut celui d'adénopathie ; après deux mois d'un traitement symptomatique, la tumeur avait augmenté de volume, était étalée, un peu adhérente à la peau et légèrement douloureuse.

Le principe d'une intervention chirurgicale ayant été posé, le diagnostic pré-opératoire resta incertain entre les deux hypothèses suivantes : tumeur maligne de la parotide ou adénopathie cervicale tuberculeuse.

Après intervention le laboratoire fit le diagnostic d'actinomycose.

Il eût fallu penser à la possibilité d'une mycose et faire un traitement d'essai énergique.

(R. Pétrignani et R. Bugeau. Actinomycose cervicale. *Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de La Rochelle*, mars 1935.)

Obstétrique

Il y a deux schémas classiques de la grossesse extra-utérine rompue ; soit la forme Nélaton avec accidents à prédominance locale et la forme cataclysmique de Barnes caractérisée par des accidents généraux.

Il y a en outre quelques signes décrits par Chaton et dont nous devons tenir grand compte.

1° Tout d'abord, dans les manifestations pelvi-péritonéales avec un peu de température, il est parfois important de préciser si on se trouve en présence d'un état gravidique ou d'un état infectieux ; la réaction d'Ascheim-Zondeck permet souvent de répondre à la première question.

2° Dans les formes à manifestations générales plus graves, l'état syncopal est de première importance, s'il s'est produit au lit en position couchée ; la numération globulaire donne un renseignement précieux ; l'analyse des urines révèle la présence d'une quantité considérable d'urobiline ; enfin la recherche de l'hématome pelvi-pariéto-colique est particulièrement importante.

Aucun de ces signes ne donne une certitude absolue ; ils sont de simples éléments en faveur de l'intervention. En pareil cas le danger consiste dans une temporisation particulièrement dangereuse.

(M. Chaton. Quelques signes non classiques pour servir au diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue. *Revue médicale de la Franche-Comté*, février 1935.)

Ophtalmologie

La valeur séméiologique de l'œdème papillaire est des plus importantes ; fréquemment des neurologistes demandent à l'examen du fond d'œil la confirmation d'un diagnostic resté incertain.

L'extrême début de l'œdème consiste dans l'égalisation des teintes des deux moitiés de la papille avec un surplomb des bords ; mais il est effarant de constater qu'un sujet sur deux présente normalement des papilles susceptibles de faire songer à ce début.

C'est à l'étude attentive des changements éventuels de l'aspect du disque optique que l'on a recours. On note avec soin, dès le premier examen, l'aspect exact de chaque papille, le degré de dilatation vasculaires, les modifications des contours ; on pourra ainsi comparer, à un mois ou six semaines de distance, les différences qui auront pu se manifester.

(A. Colrat. La papille normale et ses variétés. Diagnostic de début de la stase papillaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1935.)

Radiologie

La radioscopie gastro-duodénale, d'interprétation souvent si délicate, même entre les mains du spécialiste, s'est attachée surtout à mettre en évidence les signes directs de la lésion ; or il est un signe indirect auquel on n'a jamais accordé jusqu'ici qu'une valeur secondaire, c'est le décentrement pylorique, dont la valeur diagnostique est cependant de tout premier ordre.

Le décentrement pylorique doit être recherché par la radioscopie et sur le sujet debout, dans une position rigoureusement frontale.

Dans un estomac normal comme situation, le pylore se trouve toujours dans l'axe de la région antrale.

Dans les cas d'ulcère, le pylore paraît plus ou moins attiré à gauche ; ce décentrement est presque toujours d'une grande netteté et les cas litigieux sont rares.

(A. Chapuy. Valeur séméiologique du décentrement pylorique en radioscopie gastro-duodénale. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1935.)

Clinique thérapeutique

Le traitement du tétanos comprend trois parties : traitement préventif, traitement prophylactique, traitement curatif.

1° La vaccination par l'anatoxine antitétanique comprend trois injections sous-cutanées (1 c. c., 1 c. c. 5, 2 c. c.) à trois semaines d'intervalle.

La vaccination permet d'éviter les inconvénients de la sérothérapie prophylactique : accidents sériques (fièvre, urticaire, arthralgies), paralysies post-sérothérapiques, séro-résistance.

2° Le traitement prophylactique, à mettre en œuvre dès qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte d'infection tétanique, comprend la désinfection chirurgicale de la plaie et la séro-vaccination préventive.

En temps de guerre les plaies tétanigènes sont en général profondes et anfractueuses ; en temps de paix ce sont souvent des plaies minimes, de simples piqûres qui déterminent le tétanos.

L'immunité, conférée par le sérum, est immédiate, mais elle n'est que temporaire ; tel est le secret des tétanos tardifs, qui sont souvent des tétanos localisés et bénins, mais qui parfois entraînent la mort. Il est nécessaire de savoir qu'une seule injection est insuffisante ; il faut en pratiquer une deuxième de 20 c. c. sept jours après la première et la renouveler de sept en sept jours jusqu'à cicatrisation complète de la blessure ; toute intervention chirurgicale secondaire sera précédée d'une injection de 30 c. c. de sérum antitétanique.

On comprend qu'il faut une quantité de sérum considérable pour mettre à l'abri du tétanos un blessé grave, dont la cicatrisation des plaies peut durer plusieurs mois ; il est donc tout naturel de le faire bénéficier des avantages de la vaccinothérapie, qui crée un état durable d'immunité active et transforme son sérum en un véritable sérum antitétanique.

Il n'y a pas d'inconvénient à injecter l'anatoxine en même temps que le sérum, pourvu qu'on ne les mélange pas dans la même seringue.

En cas de réintervention, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, on fera un rappel de vaccination, en réinjectant 1 ou 2 c. c. d'anatoxine, ce qui dispensera de l'emploi du sérum et évitera les accidents sériques.

3° Le traitement du tétanos confirmé comprend essentiellement le traitement local de la plaie ou des plaies d'inoculation ; il doit viser à la neutralisation et, si possible, à la suppression du foyer tétanigène.

Le tétanos une fois déclaré, les injections de sérum antitétaniques seules sont incapables de détruire la combinaison du poison tétanique et des cellules nerveuses, mais elles res-



tent capables de neutraliser la toxine non encore fixée que les bacilles demeurés dans la plaie continuent à déverser dans la circulation. L'accord est fait sur les hautes doses, mais non sur la voie d'introduction.

Il est illusoire de compter sur la vaccinothérapie dans une intoxication générale comme le tétanos ; cependant elle est appelée à rendre des services dans le tétanos chronique, le tétanos intermittent et le tétanos récidivant.

L'association de l'urotropine au sérum a donné des résultats remarquables.

(A. Hamant et L. Grimault. Le traitement du tétanos. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1935.)

Le **traitement de la syphilis** doit être intensif au début (cure d'attaque) énergique et regulier pendant trois et même quatre ans (traitement de fond) et prolongé indéfiniment sous une forme atténuée (traitement de garantie).

Cette formule, si décevante soit-elle, permet d'obtenir une guérison pratique, c'est-à-dire la certitude de ne plus présenter d'accidents contagieux, de ne pas contaminer sa descendance et de mener une existence individuelle à l'abri des réveils douloureux.

L'espérance de guérir complètement et définitivement la syphilis n'a pas résisté à l'épreuve du temps ; on ne doit accorder aux réactions sérologiques qu'un crédit très limité, en les plaçant non plus au rang d'un test infaillible, mais à celui d'un banal symptôme.

La puissance et la variété des agents thérapeutiques spécifiques permettent d'entreprendre des traitements efficaces, que nous ne savons à quel moment interrompre, puisqu'il n'existe à l'heure actuelle aucun critère absolu de guérison. Nous restons donc dans l'obligation de nous plier à la règle logique du traitement *indéfiniment prolongé*.

La majorité des syphiligraphes reste fidèle à la saine clinique et aux idées de Fournier.

(J. Gaté et P. Cuilleret. La thérapeutique indéfiniment prolongée demeure actuellement la seule formule de traitement rationnel de la syphilis. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1935.)

Hygiène

Le danger de l'eau, mise en contact du plomb, est loin d'être une nouveauté pathologique, mais il a besoin d'être rappelé de temps en temps.

Dans bien des cas le saturnisme est méconnu ; suivant le terrain personnel, l'intoxiqué aboutit à l'artério-sclérose, à la néphrite chronique, aux paralysies avec atrophie musculaire, aux troubles nerveux, aux encéphalopathies, aux arthrites, à la goutte, etc...

La suppression de l'eau toxique est le seul traitement efficace ; dans certains pays l'usage des tuyaux de plomb est interdit.

(A. Thouvenet. L'eau des pays granitiques au contact du plomb. Son danger. *Gazette Médicale Limousine*, avril 1935.)

J. Lafont.

Si l'on en croit, et les enquêteurs littéraires et les agents de publicité, le monde médical est actuellement le seul où l'on trouve encore de fervents lecteurs. Les autres professions libérales se sont davantage laissées toucher par une sorte de lassitude intellectuelle ; le niveau des études exigées pour l'obtention de certains diplômes a par trop baissé et la spécialisation à outrance a fait de ceux qui s'adonnent à une activité industrielle, des ouvriers de catégorie supérieure. » (Maurice Boissais. *Hippocrate*, mai 1935.)

« Le commerce des autographes n'a jamais été plus florissant...

« J'ai connu — mais c'était autrefois — des admirateurs qui poussaient la dévotion pour une main illustre jusqu'à faire encadrer, ni plus ni moins qu'un dessin d'artiste, les lignes écrites par le maître vénéré. Saluons ce que jamais on ne reverra plus.

« L'ère du mufle est hostile à ces marques de respect. On fait argent de tout. » (Lucien Descaves. — Les morts aux enchères. *Le Journal*, 26 juin 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1935

Syndromes vago-sympathiques et équilibre glycémique. — De nos recherches disent *MM. G. Carrière* et *P. J. Gineste* (de Lille), il résulte que dans la régulation de l'équilibre glycemique, le facteur vago-sympathique ne doit pas être négligé. Nous irons plus loin : on peut se demander si les troubles de la glycémie observés dans de nombreuses affections endocrinennes sont bien liées à un facteur hormonal, et si le mécanisme nerveux n'intervient pas dans leur histoire. Dans la maladie d'Addison, dans l'acromégalie, dans les cirrhoses, nous avons observé des courbes glycémiques exactement superposables à celles obtenues dans les syndromes vago-sympathique, ce qui diminue la valeur des épreuves glycémiques comme tests des troubles endocriniens.

La question se pose surtout dans la maladie de Basedow, où la coexistence du syndrome sympathicotonique et de l'hyperthyroïdie rend difficile le partage entre le mécanisme nerveux et le mécanisme purement hormonal.

Contribution à l'étude de la floculation des eaux minérales. — *Mme L. Blanquet* et *M. L. Armand*.

Les fluorescences bactériennes étudiées au moyen de l'analyse spectrale : Bacilles de la tuberculose et de la diphtérie. — *MM. Ch. Dhéré* et *L. Rapetti*.

Sinus carotidien et excitabilité des centres nerveux. *MM. G. Marinesco* et *A. Kreindler*. — Les auteurs ont etudié chez deux malades, l'une avec oblitération complète des deux carotides primitives et accès épileptiques, l'autre avec accès jacksoniens d'un type particulier, les chronaxies de l'appareil vestibulaire et l'action des substances qui modifient la sensibilité du sinus carotidien (strychnine, pilocarpine, calcium, morphine, ergotamine), sur la forme des accès jacksoniens. Ils ont trouvé chez les deux malades une augmentation de chronaxies des neurones vestibulaires bulbaires (mesurées par la méthode des excitations itératives) et une augmentation du temps de sommation.

D'autre part ils ont constaté que les substances, qui augmentent la sensibilité du sinus carotidien diminuent l'excitabilité des centres moteurs corticaux, tandis que celles qui diminuent cette sensibilité ont un effet invers.

La conclusion qui se dégage de ce travail est que le sinus carotidien exerce une influence sur l'excitabilité des centres nerveux. Il serait même possible que cette influence s'exerce d'une manière différente sur des neurones à valeur fonctionnelle différente.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er Juillet 1935

MM. Alexis Carrel et *Charles A. Lindbergh* présentent une note sur « **la culture des glandes thyroïdes entières** »

Opérant en différents milieux : soit du sérum sanguin dilué avec la solution de tyrode et contenant parfois de l'hémoglobine, soit des liquides artificiels, activateurs de la croissance, ces liquides sont des solutions de protéines hydrolysées, d'hémine, de cystéine, d'insuline, de thyrosine, de glutation, de vitamine A, d'acide ascorbique, etc. Le milieu gazeux se compose d'un mélange en diverses proportions d'O., d'Az. et d'ac. carbonique.

Six glandes thyroïdes de chat, et neuf de coq, furent ainsi étudiées en trois milieux différents ; dans celui renfermant des peptones, les thyroïdes doublèrent de poids en trois ou quatre jours. Toutes les glandes libérèrent dans le liquide circulant des substances actives, décelables par leur action *in vitro* sur les leucocytes.

Au point de vue histologique on observa soit une prolifération épithéliale désordonnée avec disparition de la substance colloïde, soit une augmentation du volume des cellules et du nombre des follicules, avec production de substance colloïde.

La glande thyroïde tout entière continue à vivre dans les

conditions expérimentales des auteurs, son activité variant avec la composition du liquide circulant dans ses vaisseaux. Cette méthode paraît donc susceptible d'importantes applications en chimie physiologique, en pathologie et en médecine.

Séance du 8 Juillet 1935

M. le Professeur Bouvier présente, au nom de *Mme Fhisalix* et de *M. F. Pasteur*, une note intitulée : **Action des ondes courtes sur les sérums antivenimeux, ainsi que sur leurs mélanges neutres avec les venins correspondants.** Les auteurs en donnent les conclusions suivantes :

L'action des ondes courtes s'exerce avec rapidité, pénétration et sans échauffement, d'abord sur les antigènes des venins et des sérums antivenimeux, exposés soit seuls, soit en mélanges neutres, rendant ainsi, au bout de 30 à 60 minutes et plus d'exposition, suivant l'espèce, les uns et les autres, impropres à la vaccination et à la guérison de l'envenimation déclarée.

Cette action est, en substance, la même que celle des rayons ultra-violets, mais avec quelques modalités intéressantes. Comme pour celles des ultra-violets sa rapidité d'intensité d'action est d'autant plus marquée que la dilution des sérums est plus grande ; mais elle est aussi une question d'espèce, car après 60 minutes d'exposition côte à côte des sérums également dilués, le sérum antivipère a perdu *in vivo* et *in vitro*, tout son pouvoir antivenimeux, alors que le sérum anticobra a encore conservé intégralement le sien.

Si on joint à ces considérations, l'action bactéricide précoce des ondes courtes, la mesure précise que les auteurs ont pu faire du flux agissant, on constate que de toutes les radiations qu'ils ont essayées (rayons visibles, infra-rouges, ultra-violets) ce sont les ondes courtes qui se prêtent le mieux à l'analyse détaillée des effets obtenus expérimentalement, et de ceux encore un peu occultes, du seul vieillissement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 juin 1935

Sur l'emploi du bleu de méthylène dans l'intoxication par l'acide cyanhydrique. — *M. Hirchberg* fait un rapport sur un travail de *M. Konar* (Pologne) montrant la valeur remarquable du bleu de méthylène en injection intraveineuse dans l'intoxication cyanurée ainsi qu'il ressort des travaux récents. L'action, en quelque sorte, spécifique du bleu de méthylène qui apparaît comme un véritable antidote des cyanures toxiques, mérite d'être connue, d'autant plus que ce colorant montre aussi une activité marquée dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. L'auteur rapporte un cas d'intoxication extrêmement grave par le cyanure de potassium, guérie par deux injections intramusculaires de bleu de méthylène à la dose totale de 1 gramme environ.

Cinquante cas d'anesthésie à l'évipan. — *M. A. Hirchberg* est d'avis qu'avec l'évipan, l'anesthésie générale entre dans une phase nouvelle. Ce barbiturique, non toxique, aux doses employées, donne une narcose « réglable », facile à manier, surtout lorsqu'on le combine à l'injection intraveineuse goutte à goutte, de sérum glucosé ou sucré. De nombreux malades vont bénéficier de ce remarquable procédé d'anesthésie dont l'action sur le psychisme des opérés est particulièrement favorable. Les barbiturates intraveineux sont appelés à combler une lacune importante : ils remplaceront avantageusement certains procédés classiques dans tous les cas où ceux-ci n'étaient pas indiqués ou se montraient nettement insuffisants.

Thérapeutique de la laryngite catarrhale chronique. — *M. R. Grain* montre que dans la laryngite catarrhale chronique la lésion principale et responsable des troubles vocaux n'est pas l'inflammation de la muqueuse mais la parésie l'insuffisance contractile la fatigabilité rapide, l'hypotonie des muscles vocaux consécutives à cette inflammation. En restituant aux muscles leur puissance contractile et leur tonus normal, le traitement électrique par iono-faradisation assure très rapidement et sans dangers la disparition de l'inflammation ainsi que celle des troubles vocaux.

A propos du traitement des brulures. — *M. Joly* rapporte soixante et une observations de brûlures de tous degrés, sièges et étendues traitées depuis dix mois par enveloppements de produits paraffino-radioactivés aisément applicables grâce à un pulvérisateur spécial. Dans tous les cas la cicatrisation a été obtenue dans une moyenne de douze jours sans rétraction, sans chéloïde, résultat qui témoigne de la valeur exceptionnelle de ce mode de traitement.

La réduction de volume de la glande mammaire en chirurgie réparatrice avec présentation de malade. — *M. Claoué* insiste sur la conception d'une réduction de volume permettant une reconstruction rationnelle de la glande mammaire. Cette réduction doit intéresser non seulement toute la portion supéro-externe de la glande mais l'épaisseur du moignon restant et au besoin le bord inférieur dans les très grosses poitrines. Il faut conserver le chorion qui permet la réfection du ligament suspenseur et une partie de l'angle inféro-externe dont la valeur en volume et en rotation conditionne la forme de la glande mammaire.

Contribution à l'étiologie du cancer de l'œsophage. *M. Jean Guisez* est d'avis que de toutes les affections de l'œsophage, le cancer est la plus fréquente. Beaucoup plus fréquent chez l'homme il se développe surtout entre 50 et et 65 ans, mais cette affection peut se rencontrer chez les jeunes sujets, l'évolution en est alors particulièrement rapide : en général primitif, dans douze observations seulement il était secondaire. Il faut l'influence des *causes psychiques*. Mais c'est l'*œsophagite* qui semble être la grande cause prédisposante, qu'il s'agisse d'irritation locale par l'*alcool surtout sous forme d'apéritifs* (et on retrouve cette cause dans la grosse moitié des observations) ou d'*œsophagite secondaire* comme on en voit dans les rétrodilatations consécutives aux spasmes. Au point de vue prophylactique, il faut donc essayer de refréner les habitudes alcooliques, éviter la stase alimentaire, cause de l'œsophagite, opérer les diverticules, etc.. Le radium appliqué localement est d'autant plus efficace que le sujet est plus âgé et que la tumeur n'a pas encore dépassé les limites de l'œsophage. G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Eczéma artificiel dû à l'acide borique

MM. Sézary et Horowitz (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 9 mai 1935) ont observé, chez une femme, une violente dermite artificielle du visage, après l'application dans les narines d'une pommade contenant du camphre, du menthol, de la cocaïne et de l'acide borique. Les intolérances cutanées au menthol étant les plus fréquentes, on était préparé à admettre que cette dermite était due à cette substance, mais la méthode des épidermo-réactions montra qu'elle était due à l'acide borique.

Zona bilatéral

On rencontre exceptionnellement des cas de zona bilatéral comme celui rapporté par MM. Milian et Lafourcade à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (9 mai 1935). Après une période fébrile, un homme a présenté successivement à 24 heures d'intervalle un zona thoracique gauche et un zona lombo-abdominal droit, avec adénopathie régionale correspondante. La ponction lombaire donna 20 centigr. d'albumine et 1 lymphocytes.

Cancer double des seins chez une syphilitique

Chez une femme de 62 ans ayant eu la syphilis vingt ans auparavant MM. Touraine et Duperrat (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 9 mai 1935) ont noté la présence d'un cancer atrophique du sein droit, avec extension en cuirasse datant de cinq ans — et d'un cancer hyperplasique globuleux du sein gauche, remontant à neuf mois. La syphilis avait été traitée irrégulièrement et insuffisamment, ce qui est le cas habituel dans les cancers post-syphilitiques, au sein comme ailleurs.

Contagiosité de la syphilis

Onze malades atteints de syphilis florides ont des rapports en pleine période d'accidents. M. Galliot (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 9 mai 1935) qui a étudié ces cas, n'a observé que cinq cas de contagion : trois malades eurent des accidents syphilitiques typiques ; chez les deux autres, seule la sérologie positive permit de reconnaître la syphilis.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ai point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La crise médicale. — *Du Docteur Comet dans* LE CORPS DE SANTÉ (juin 1935) :

...Car la gêne est grande. Le chroniqueur anonyme qui rédige « Au fil des jours... » dans la *Médecine moderne*, cite la conversation d'un vieux confrère qui se cantonne dans les actes de l'état civil. Celui-ci conclut, après avoir relaté des cas de misère avérée :

« Ces gênes avouées supposent combien de misères cachées ! Car les médecins ne confessent guère des déconvenues de ce genre ; ils plastronnent aussi longtemps que cela est possible ; dans notre métier, il ne faut pas faire pitié ; on tient jusqu'au bout... Et la rumeur apprend ensuite que ce pauvre Docteur Untel n'a pas laissé d'argent pour son enterrement. Le retentissement de la crise médicale parvient jusqu'à nous autres, médecins de l'état civil. Nous ne sommes plus appelés à constater des naissances : on ne naît plus que dans les cliniques ou dans les maternités d'hôpital ; on meurt même moins à domicile. Pas besoin d'une grande sagacité pour comprendre qu'une grosse proportion des malades échappent à la médecine libre ; notamment les *malades à suivre*, tous les malades spéciaux (vous ne voyez plus un seul syphilitique) et un grand nombre de malades aigus graves. Cependant, la profession médicale est comme le métro, jamais complet, où, aux heures d'affluence, il descend une personne à chaque station et il en entre vingt. »

Supposez un médecin de 32 à 35 ans, installé depuis 4 à 8 ans, ayant un passif dû à ses études, augmenté au moment de son installation, avec de la famille et installé dans une de ces bienheureuses cités où sévit la médecine sociale. Il attend un client problématique ; on sonne, et se présente un confrère, visiteur médical, officier de la Légion d'honneur, qui, après avoir exposé le but de sa visite, bavarde un peu. Médecin commandant de l'armée coloniale en retraite, il a 43 ans, jouit d'une retraite de 30 à 35.000 francs et l' « arrondit » en « travaillant de 2 à 4 heures ».

Le confrère parti, le civil ne manque pas de réfléchir et de comparer son sort à celui du militaire qui n'a rien coûté à sa famille à partir de 18 ans, qui a touché sa solde à 23 ans et n'a jamais eu de frais d'installation. Et rien ne peut l'empêcher de penser qu'il a misé sur le mauvais tableau.

Et, en attendant le client qui tarde, il lit le *Concours Médical*. Alors, il reprend courage ; bientôt, peut-être aura-t-il les mêmes avantages que dans l'armée. Et en voilà un de plus acquis à l'« idée ». (*Fonctionnarisation de la médecine.*)

En Angleterre les programmes scolaires sont moins chargés que chez nous. — *De Madame Cailleux dans* LE MOUVEMENT SANITAIRE (mai 1935) ; LE SERVICE SOCIAL EN ANGLETERRE :

...A tous les degrés d'enseignement, travaille-t-on autant que chez nous ?

Non. Les programmes sont moins chargés, les études moins poussées. Dans chaque branche, le niveau est un peu au-dessous du niveau français correspondant.

Mais les enfants sont moins surmenés, mieux portants, plus adonnés aux sports, à la culture physique.

Je disais à un éducateur : « Il me semble que vous passez trop de temps en jeux et récréations. Tout l'après-midi, c'est beaucoup ».

Il me répondit sagement :

« Mais les jeux ne sont pas une récréation. Ils sont obligatoires. C'est de l'éducation à la fois physique et morale ».

Ajouterai-je que je vois aussi, chez eux, un plus grand souci de moraliser l'enfant. Les écoles, presque toutes religieuses, font passer cet objectif bien avant celui d'instruire.

Il m'a paru que l'Angleterre, malgré certains groupes littéraires, aux idées très avancées, est restée assez victorienne, et morale, sinon puritaine. Du moins dans les milieux que j'ai fréquentés.

Les écrivains très libres, très osés, les Laurence, les James Joyce, les Bernard Shaw, les Aldous Huxley y avaient moins d'influence que chez nous.

On disait d'eux : « Ils vivent en France, ce sont presque des Français », et ceci n'allait pas sans une certaine méfiance.

Aujourd'hui et la mort. *Sous ce titre, ces quelques réflexions de M. Gabriel de La Rochefoucauld dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

Une des particularités de notre époque, si fertile en surprises, est son indifférence devant la mort. Il est peu de siècles où l'on ait eu autant — non, certes, le mépris de la vie humaine — mais son évalation à un niveau aussi bas. Les hécatombes de la guerre ont habitué à la douleur, si bien que, de nos jours, la pitié est lasse comme une personne à laquelle, on aurait demandé un effort trop soutenu.

A toutes les époques, la jeunesse a eu le mépris de la mort et a fait bon marché de l'existence, alors que les vieillards s'y sont toujours attachés avec opiniâtreté. Phénomène fort naturel : on ne craint que ce à quoi on pense souvent, la peur venant surtout de l'imagination ; or, un vieillard, voyant le terme approcher, y songe, peut-être dans l'espoir inavouable d'obtenir un délai, mais ses réflexions moroses ne font qu'accentuer ses craintes. La jeunesse, au contraire, ne tient pas à la vie en elle-même, mais à ce qu'elle donne ; puis, son imagination, au lieu, comme chez le vieilard, de lui faire voir la mort, lui fait un épouvantail des difficultés de la vie. L'être jeune est inquiet devant l'existence, et il a, de ce fait, plus peur de la vie que de la mort.

Mais ces considérations ne suffiraient pas à expliquer le dédain actuel de l'homme pour la mort. En lisant les faits divers, on se rend compte du nombre de morts violentes qui se produisent chaque jour.

. . . .

La génération actuelle puise dans le mouvement, dans l'action sportive, une force de vivre qui lui fait oublier le danger. Quand un accident arrive à un compagnon, on a simplement l'impression qu'il a eu la malchance de tomber du train qui n'en continue pas moins sa route.

Cet état d'esprit s'accentue chaque jour. Les vêtements de deuil se font de plus en plus rares. Un brassard de crêpe apparaît souvent comme une belle concession au regret. Finis les longs deuils qui interrompaient la vie et obligeaient les familles à la claustration. La vie en commun, au restaurant, en paquebot, sur les terrains de sport, ne permet pas l'arrêt total qui, autrefois, suivait la mort d'un être cher. Aujourd'hui, le regret s'éloigne de la sensibilité, et il désire, le plus souvent, ne se mesurer qu'à l'utilité. Cela rappelle le mot d'une jeune femme qu'on invitait à dîner par téléphone et qui disait gentiment qu'elle regrettait de ne pouvoit venir, ayant un très gros ennui :

— Et je ne puis quitter maintenant mes enfants ; ma mère les gardait toujours...

— Je ne vois pas le rapport...

— Mais si, elle est morte ce matin.

Les banquets toxiques. — *Dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL, *ces quelques réflexions du Docteur J. Crinon, à propos du banquet des médecins de Picardie.*

... En toute sincérité, pensez-vous qu'on puisse faire de la bonne et saine cuisine pour plusieurs centaines de personnes ? Cela pourrait, à la rigueur, être possible avec quelques-uns de ces mets simples tirés des richesses du lieu. Mais pensez-vous que l'ordonnateur de ces pompes gastronomiques voudra se contenter de prendre autour de lui la substance de ses menus ?

Il lui faut des poissons pêchés au diable, de la volaille expédiée de l'autre bout de la France, des légumes sortis des boîtes. Il lui faut même, pour s'en tirer avec le bénéfice qu'il désire, beaucoup d'autres choses qu'il est décent de ne pas énumérer. Quant aux boissons et aux desserts, ils auraient chance d'être rejetés par les « commissions d'ordinaire » de nos casernes !

Par conséquent, je m'attends toujours au pire quand il s'agit d'ingurgiter le menu d'un banquet. Et je suis stupéfait de la légèreté de ceux qui organisent ces vastes réunions où plusieurs centaines de convives répondent à l'appel des organisateurs et absorbent de tout cœur des préparations culinaires homicides parfois, dangereuses toujours.

Ces organisateurs bien intentionnés ramènent leur travail à trop peu de chose. Ils demandent — pas toujours — qu'on leur soumette un menu. Celui-ci est partout le même : le consommé à la tasse, le saumon sauce verte, la poularde garnie d'une salade de saison, la bombe glacée, les fromages variés et la corbeille de fruits. C'est le menu omnibus, le même pour tous les ventres et toutes les professions. Il n'y a dans cela aucune recherche des maîtres-queux, aucune conscience des traiteurs. Et l'on veut que se perpétue la renommée de la vieille cuisine française. Quelle rigolade !

Certes, je ne veux pas trop brimer ici ceux qui se chargent d'organiser des banquets. Ils m'invitent trop souvent à leurs manifestations pour que je leur témoigne par des quolibets de la gratitude que m'inspire leur geste cordial. Mais qu'ils n'aient, de grâce, aucune confiance dans la collaboration intéressée des traiteurs auxquels ils s'adressent.

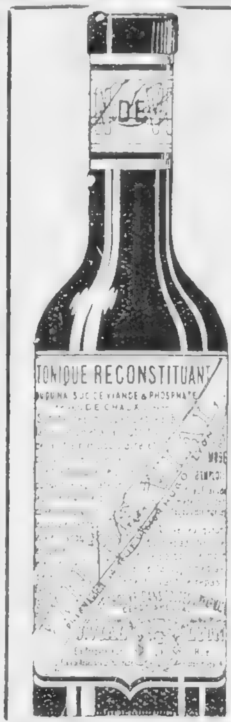
Ils me répondront que l'on ne se rend pas à un banquet pour y bien manger. C'est un postulat qui est dangereux, car il peut être invoqué pour démontrer la parfaite inutilité de ces réunions qui ont lieu à l'heure du dîner. Je considère pour ma part qu'un banquet doit, par la qualité de ses plats, aider au développement de la sympathie qu'il prétend engendrer. La chaleur communicative des banquets n'est pas un mythe ; elle existe, elle est utile. Mais elle ne sera féconde en cordialité que si des mets savoureux vous y prédisposent.

Evitons autant que possible les banquets monstres qui ressemblent par leur cohue à ceux que les partis politiques organisent, où les convives, serrés comme harengs en caque, reçoivent sur leur dos les sauces des plats colportés par des serveurs affolés, où l'usage des deux bras est impossible et où les pieds de tables vous éloignent encore de votre assiette, où il faut crier comme un sourd pour se faire entendre de son voisin, où les discours inintelligibles sont néanmoins acclamés par des bans frénétiques et gouailleurs.

Dans ces banquets, qui respirent le désordre, malgré la majesté du nombre et des salles, on ne peut que trouver des plats préparés sans conscience et servis sans considération. Vous absorbez une nourriture qui est une marchandise sans autre valeur que celle du « tant par tête » qu'elle représentera pour le gargotier.

« La farce de l'opium ». — *M. Léon Daudet écrit dans l'*ACTION FRANÇAISE :

... Aujourd'hui vient de paraître, de l'explorateur M. Jean Perrigault, sous ce titre, *Chez les brigands de la vieille Chine* avec, en sous-titre, la *Farce de l'opium* (1) — un ouvrage étonnant, documentaire, statistique et physiologique, passionnant, qui montre le centre d'empoisonnement opiomane et morphinique à haute puissance qu'est la Chine actuelle, et les procédés


TONIQUE RECONSTITUANT


VIN BRAVAIS

employés par les mandarins pour faire fortune avec l'intoxication au paroxysme d'une Europe désireuse d'oubli, moralement anéantie par quatre ans d'une guerre d'extermination. J'ai lu avec passion ces pages tragiques. Je vous conseille d'en faire autant.

On lisait récemment dans le *Temps*, sous ce titre hilarant, quand on sait le fond des choses — la « Guerre à l'opium en Chine » :

« On compte dans la province chinoise de Kiang-Sou 176.512 personnes s'adonnant à l'opium. Il s'agit là de fumeurs ayant obtenu une licence des autorités, car il existe également des fumeurs clandestins. Une curieuse statistique nous apprend que, sur ce nombre, 86 sont âgés de moins de 20 ans et 241 sont octogénaires ou plus. Or, les autorités du Kiang-Sou ont décidé d'arriver à la suppression absolue des drogues dans un délai de quatre années. Le plan préparé à cet effet par la commission pour la suppression de l'opium prévoit que tous les fumeurs âgés de moins de 30 ans, et qui sont au nombre de 7.319, devront remiser leur pipe un an au plus après la mise en vigueur de la nouvelle réglementation. Deux années de grâce sont accordées à ceux âgés de moins de 40 ans, et ils sont au nombre de 7.956, et trois années aux 50.612 fumeurs n'ayant pas atteint la cinquantaine. Quant aux 7.568 fumeurs ayant dépassé la cinquantaine, ils devront avoir renoncé à la drogue dans un délai de quatre ans. Les fumeurs clandestins, quel que soit leur âge, sont mis en demeure d'abandonner l'opium dans un délai d'un an ».

Ecoutez maintenant M. Jean Perrigault, notre compatriote, qui a traversé et étudié de bout en bout les immenses cultures de l'opium en Chine, interrogé et fait parler les uns et les autres, consulté et confronté les statistiques, et tiré impartialement ces conclusions terribles :

« Depuis une cinquantaine d'années que les Européens y avaient obtenu des concessions et bâti des villes où ils s'administraient eux-mêmes et qui jouissaient d'une certaine autonomie douanière comme Changhaï, la Chine, au début du XXe siècle, se mit tout d'un coup, en matière d'opium, à pratiquer un make believe inattendu :

« — Ce sont, dit-elle, les concessions européennes qui déversent à l'intérieur de notre pays le poison que fume le peuple. Que l'on supprime les concessions et l'opium disparaîtra ! Ces concessions, d'ailleurs, sont une offense à la souveraineté chinoise...

« Dans la réalité, depuis la révolution de 1911, l'opium était devenu pour la Chine une richesse nationale dont vivaient en grande partie les généraux et les armées qui n'ont pas encore, en 1934, cessé de mettre à feu et à sang le pays.

« En 1921, la production de l'opium était évaluée à 15.000 tonnes, soit à 90 % de la production mondiale. En 1934, elle aurait été de 17.500 tonnes.

« Il arriva qu'en 1928 la Société des Nations voulut s'intéresser à la question. On y rappela, entre autres, que l'on s'était engagé à La Haye, puis à Genève, en 1924, entre puissances contractantes, à supprimer la consommation de l'opium dans un délai qui était largement expiré. Un certain article 7, rédigé à Genève, en novembre 1924, ne s'exprimait-il pas ainsi :

« Les puissances contractantes feront leur possible pour combattre l'usage de l'opium préparé dans leurs pays respectifs, « à l'aide de conférences dans les écoles, de distributions de livres « et par tout autre moyen. A moins que, dans leur jugement, elles « estiment qu'il n'y ait pas lieu de le faire (*sic*). »

« En 1928, donc, il fut demandé au délégué de la Chine quelle était la situation dans son pays :

« — Il n'est consommé en Chine, répondit-il en substance, que l'opium de contrebande introduit par les concessions...

« La Commission qui n'ignorait pas l'existence des gigantesques plantations de pavots — niées par l'honorable délégué — répondit en nommant une Commission chargée d'aller étudier le problème de l'opium en Extrême-Orient.

« — Je regrette, déclara, alors le délégué chinois, dont la « face » était depuis un moment en perdition, mais mon gouvernement, malgré sa bonne foi (*sic*) de coopérer avec la Commission, ne peut l'inviter à procéder à des investigations sur le territoire chinois !

« Dans l'ensemble, écrivait la Commission à son retour, la situation en Chine au moment de l'enquête de la commission était pire qu'au cours de ces vingt dernières années ».

Quant au contrôle exercé par la Société des Nations sur la culture de l'opium en Chine et le trafic des stupéfiants, — contigu à la traite des blanches — il n'est qu'une affreuse plaisanterie. Qu'on en juge par la note officielle que voici :

« La Commission de l'opium, au cours de sa réunion de l'automne dernier, n'a pas caché l'extrême anxiété que lui causaient certaines informations suivant lesquelles de l'opium de contrebande, en provenance de Chine, apparaissait dans le trafic illicite et suivant lesquelles des fabriques clandestines de morphine et d'héroïne s'étaient installées dans diverses parties du pays.

« La Commission de l'opium a également attiré l'attention des gouvernements sur les conditions résultant de l'établissement d'un monopole de l'opium en Mandchourie et au Jéhol. Elle a fait observer que les autorités locales escomptaient de ce monopole de larges revenus. Elle a souligné que la politique du nouveau régime risquait d'aggraver la situation et de la rendre dangereuse pour les autres pays. »

Jean Perrigault a raison : la farce est énorme, en effet. Si l'on continue avec ce laisser-aller, l'abrutissement français et belge est en vue.

(1) Collection de l'« Ancre », L. Fournier, Paris. Un volume : 15 francs.

L'impôt sur la dépense. — *Dans le* CAPITAL, *M. Jean-Louis Faure reprend sa thèse de l'impôt sur la dépense :*

Donc, écrit M. Jean-Louis Laure, voici deux ans déjà que la question a été soulevée dans ce courageux journal... Et puis le silence s'est fait.

Quelques réformes ont été, il est vrai, introduites dans notre système fiscal, qui l'ont rendu un peu moins mauvais. Et puis, les mêmes phénomènes se sont reproduits, parce qu'ils ne pouvaient pas ne pas se reproduire, la hache n'ayant pas été mise aux fondations d'un édifice vermoulu.

Bien plus. J'ai appris, il y a quelques jours, par ma feuille personnelle de contributions, que, grâce à une disposition des décrets-lois de 1934, les pertes subies dans une entreprise agricole ne sont plus déduites du revenu global, comme elles l'étaient jusqu'ici, conformément au simple bon sens. Un contribuable qui a, par exemple, du fait de son travail, 100.000 francs de revenus, et qui perd 60.000 francs dans une exploitation agricole, qu'il conserve souvent contre son intérêt, par traditions de famille, ou même par commisération pour de vieux serviteurs qu'il ne veut pas jeter à la misère et qui, jusqu'ici, payait tout naturellement l'impôt global sur 40.000 francs de revenu, paiera maintenant sur 100.000. C'est le procédé de l'escopette au coin d'un bois... Sommes-nous en France, dans un pays libre... ou bien dans le maquis ?... On discute sur les manipulations monétaires. On parle à tort et à travers sur la dévaluation du francs, déjà dévalué, expérience hasardeuse, à laquelle à peu près personne ne comprend rien, mais qui est, en attendant, un prétexte à spéculations éhontées où tout le monde ne perd pas. Pendant ce temps, les faillites succèdent aux faillites, et le déficit continue. Où s'arrêtera-t-on ?... *On ne s'arrêtera pas*, à moins de changer radicalement de méthode. Et c'est pourquoi je viens, à cette haute tribune du *Capital*, défendre, une fois de plus, *l'impôt sur la dépense* et demander que cesse enfin, dans les hautes sphères, l'indifférence qui s'est manifestée jusqu'ici.

On n'a rien répondu aux suggestions de M. J.-L. Faure :

Ah ! sans doute il est doux de planer dans les nuages de l'Olympe financier pendant que les contribuables de France peinent et souffrent, et pâlissent sans y rien comprendre sur leurs feuilles de déclarations, sur ce monument d'imbécillité et de folie, que nous avons vu l'an dernier et qui, cependant, sortait de ses officines ministérielles où les dieux de l'Olympe brandissent le tonnerre !

Fondé en 1873. — N° 30 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 JUILLET 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Toulouse — M. Escat est nommé professeur honoraire.

La chaire de clinique des maladies des voies urinaires (dernier titulaire : M. Martin) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée en chaire de physiologie.

M. Soula, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1935, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

La chaire d'oto-rhino-laryngologie (dernier titulaire : M. Escat), budget de l'Université, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée en chaire de clinique du cancer.

M. Ducuing, professeur sans chaire, est nommé à compter du 1er novembre 1935, professeur de clinique du cancer (budget de l'Université) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

A la dignité de grand officier. — M. Louis Lumière.

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. Lafeuille.

Au grade d'officier. — MM. Magerand, Chaix, de Gauléjac (Henry), Turcan, Billet (Henry), Vincens, de Person, Bordel, Hahn, Lagriffe, Derombrouze, Péhu, Bruzon, Béhard, Aronssohn, Le Meur, Augé, Charles, Cotte, Baudouin, Brouillard, Le C[illegible]ignec, Beau, Trossat, Batier, Rebierre, Nicolas Barthélémy, Saffores, Vendeuvre, Dumoulin, Pons, Martin, Bahier, Dreyfus, Ducos, Castillon, Toresse, Simonot, Marmoiton, Bonnenfant, Faure, Roudouly, Bret, Ginestet, Froment, Gauthier, Fonquernie, Salomon, Bodet, Gouin, Duliscourt, Robineau.

Au grade de chevalier. — MM. Dauch, Senellart, Desruelles, Jacobson, Henry Bresse, Carlioz, Fournes, Fouque, Sautriau, Bousquet, Accoyer, Provost, Frejapon, Carlier, Etienne, Phiquepal d'Arusmont, Puissegur, Demarque, Souilhe, Foucart, Joyon, Marquet, Crépin, Thiers, Croyn, Dartigues, Dreyfous, Forget, Manuel, Granier, Caron, Poussin, Soucy, Gautheron, Chapoy, Cohen, Francillon, Perruc, Reme, Rimette, Debon, Breitel, Fronty, Poingt, de Lombardon Cachet de Montezan, Schneider, Gaillard, Leroux, Mathieu, Bertrand, Ravaud, Gerber, Velin, Prunet, Ballet, Mansuy, Dupui, Galinier, Bonnet, P[illegible]lot, Pons, Gonthier, Eharvier, Masselot, Duthu, Lapeyre, Destrem, Nivière, Abt, Henry, Rainguet, Bour, Blanchereau, Camuset, Proust, Ayraud, Humbert, Rousseau, Crebassol, Bi[illegible]audet, Joussemet, Menereul, Sauvagnat, Gillet, Prince, Ga[illegible]arasse, Puy Le Blanc, Quentin, Bordes, Laroche, Ertzbischoff, Desanti, Carpentier, Boudinski, Bernasconi, Ledroit, Fourcade, Caillibaud, Jardry, Caron, Padieu, Cagnard, Semper, Lafage, Dubois, Barrue, Carey, Jacquemaire, Laborde-Sear, Mo[illegible]aud, Dumolard, Castel, Caucanas, Dieuzeide, Farnarier, Prevost, Le Page.

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — MM. Bellet, Goere, Courtiel, Gueguen.

Au grade d'officier. — MM. Loro, May.

Au grade de chevalier. — M. Rampont (à titre posthume) MM. Marc, Bonnet, Rosenstiel.

Congrès des colites (Plombières-les-Bains, 11, 12 et 13 septembre 1935.) — *Rapporteurs du Congrès.* — Colites amibiennes et post-dysentériques (Prof. CARLES et Prof. BONNIN, Bordeaux). — Colites à lamblia et à trichocéphale (Prof. agr. BRULÉ, Paris). — Colites tuberculeuses (Docteur CAIN, Paris). — Sprue (Docteurs AUGIER père et fils, Nice). — Recto-colites hémorragiques et purulentes (Docteur BENSAUDE et Docteur RACHET (Paris). — Les fausses diarrhées dans les colites (Docteur J.-Ch. ROUX et Docteur GOIFFON, Paris). — Les péricolites droites (Docteur BOLTANSKI, Paris). — Colite et anaphylaxie (Docteur GUTMANN et Docteur TZANCK, Paris). — Formes cliniques des colites de l'enfance (Professeur LEENHARDT et Docteur BOUCOMONT, Montpellier). — Réactions à distance dans les colites (Prof. agr. JUSTIN-BESANÇON et Docteur CACHERA (Paris). — Manifestations ano-rectales dans les colites chroniques (Docteur OURY et Docteur CHENE, Paris). — Le relief interne des plis dans la radiologie des colites (Prof. GILBERT (Genève). — Signes radiologiques de l'appendicite chronique (Docteur Paul JACQUET et Docteur GALLY, Paris). — Diagnostic coprologique des colites (Prof. JOYEUXé et Prof. MONGES, Marseille). — Syndrome colitique dans les dolicho- et méga-côlons (Prof. agr. CHIRAY, Paris et Prof. LEBON, Alger). — Syndrome colitique dans les tumeurs du côlon (Docteur LAMBLING, Paris). — Colites et péricolites diverticulaires (Docteur CHARRIER et Docteur HILLEMAND, Paris). — Colites post-appendiculaires (Docteur BERGERET et Docteur CAROLI, Paris). — Les indications chirurgicales dans les colites droites (Prof. agr. GATELLIER et Docteur MOUTIER, Paris). — Traitement médico-diététique des colites (Prof. SAVY et Docteur CHAPUY, Lyon). — Vaccinothérapie des colites (Porf. BESREDKA et Docteur R. WAHL Paris). — Traitement physiothérapique des colites (Prof GUNZBURG, Anvers). — Traitement hydrominéral des colites (Prof. agr. CHABROL Paris).

Secrétaire général du Congrès : Prof. agr. L. Merklen, 96, rue de Strasbourg, à Nancy, à qui l'on doit envoyer les titres des communications avant le 15 août. (Celles-ci ne doivent comporter au maximum que cinq pages dactylographiées).

Secrétaire administratif du Congrès : M. Pommier, administrateur-délégué de la Compagnie des thermes à Plombières-les-Bains, à qui, il y a lieu de d'adresser : demandes de renseignements, adhésions des membres titulaires et associés, et règlement des membres titulaires et associés, et règlement des cotisations (50 francs par personne).

Hôpital Hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination de trois internes provisoires, aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, salle de la bibliothèque, le lundi 9 septembre 1933, à 10 heures.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 17 juillet 1935, sur la proposition du président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

après avoir pris connaissance des décrets-lois, promulgués ce jour, prévoyant un prélèvement maximum de 10 % sur les

dépenses publiques et un abaissement correspondant du coût de la vie,

accepte d'envisager une réduction, dans la même proportion, du taux des honoraires médicaux minima.

Cette réduction serait applicable aux économiquement faibles, dès la rentrée des vacances (1er octobre 1935) ou au plus tard dès que les Assemblées générales des Syndicats auront pu se tenir.

Le Syndicat des médecins de la Seine espère que les groupements des autres professions feront le même geste de contribution à la baisse du coût de la vie.

XVe Congrès international des physiologistes. (Léningrad, Moscou, 9 et 17 août 1935.) — Conformément à la décision prise par le XIVe Congrès des physiologistes à Rome, le XVe Congrès aura lieu en U. R. S. S.

Les séances se tiendront à Léningrad et à Moscou les 9 et 17 août 1935.

Le Comité d'organisation comprend : MM. I. P. Pavlov, président, Léningrad ; L. A. Orbeli, vice-président, Léningrad ; A. W. Palladin, vice-président, Kiev ; I. S. Béritoff, vice-président, Tiflis ; L. N. Fédorov, secrétaire général, Léningrad ; G. W. Volborth, secrétaire, Kharkov ; Ch. S. Koschtojanz, secrétaire, Moscou.

Le Comité se charge du séjour (logement, pension, moyens de transport, excursions à prix réduit) des congressistes et des personnes qui les accompagneront en U. R. S. S.

Afin de pouvoir remplir cette tâche le mieux possible, le Comité d'organisation prie les personnes désirant prendre part au Congrès d'envoyer sans retard leurs demandes d'adhésion à l'adresse : Comité d'organisation du XVe Congrès international des physiologistes, Poste central box n° 13, Léningrad, et d'une cotisation de 10 roubles remontant à 131 fr. 34 cent.-or, adressée à la Banque d'Etat de l'U. R. S. S. à Moscou (compte courant du Comité d'organisation du XVe Congrès n° 7005). La cotisation doit être accompagnée du nom et de l'adresse de l'expéditeur. Des bulletins consacrés au programme et aux travaux du Congrès paraîtront sous peu. On y trouvera également toute information nécessaire sur les conditions de séjour en U. R. S. S. pendant le Congrès, les itinéraires des excursions, etc.

Cours de vacances d'anatomie. — En raison de la courte durée des études d'anatomie et afin de préparer les étudiants à leurs stages de clinique, il a été institué à Besançon, un cours de vacances d'anatomie avec dissection.

Ce cours est destiné en principe aux étudiants reçus au P. C. N. Il est ouvert cependant à tous ceux qui veulent, soit se perfectionner, soit faire des travaux personnels en anatomie.

Le cours a lieu du 15 septembre au 15 octobre.

Il sera organisé également pendant cette période, pour ceux qui le désireront, un certain nombre d'excursions, de façon à permettre de parcourir la région touristique de la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs, le nombre des inscriptions est limité.

Les auditeurs seront admis à fréquenter les cliniques hospitalières, où des cours spéciaux seront faits à leur intention.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires : Laboratoire d'anatomie de l'École de médecine, Besançon (Doubs).

XVme Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales. — Cette manifestation aura lieu à Belgrade l'an prochain, soit au mois d'octobre 1936 ; elle aura un éclat particulier car elle marquera le cinquantenaire de ces réunions, le premier Congrès ayant eu lieu à Biarritz en 1886. D'autre part, beaucoup de médecins et de savants saisiront cette occasion pour resserrer davantage encore les liens que la guerre et la paix ont noués etnre la Yougo-Slavie et la France.

Sous le haut patronage de S. A. R. le Régent Prince Paul, s'est constitué un Comité national Yougo-Slave qui a désigné comme secrétaire général, le Professeur Miloutine Neskovitch, et comme secrétaire général adjoint, le Docteur Vandjel Tassitch ; il poursuit activement les travaux d'organisation sur le plan comme dans l'ordre matériel.

Pour tout renseignement, s'adresser au P. M. Neskovitch, 3, rue Takowska, Belgrade ; au Docteur Ray Durand-Fardel, à Vichy ; au Docteur Henri Flurin, à Cauterets ; au docteur François Françon, à Aix-les-Bains.

Nécrologie. — Docteur Adrien BÉRANGER, de Mâcon médecin commandant en retraite. — Docteur Joseph CHAUVE

NOUVELLE ADRESSE : 51, RUE NICOLO, PARIS (XVIe)

NET, de Perpignan, décédé à Collioure (Pyrénées-Orientales). — Docteur DE COURTADE, de Paris. — Docteur Ernest COPIN, de Lourches (Nord). — Médecin colonel Hippolyte DOUZANS, de Lyon. — Docteur FONTAGNÉ, de Menton. — Docteur REVIN, de Fontan (Ardennes). — Docteur Louis GUILLERMET, père, de Saint-Germain-de-Joux (Ain), décédé subitement aux Isambres (Var). — Docteur Nicolas LOUMEAU, de Bordeaux. — Docteur André MASSIOT, d'Oran. — Docteur Charles PIQUET, de Dieppe. — Docteur Antoni GLUZINSKI, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Varsovie. — Docteur Emmanuel DE MARNAY BARUCH, professeur de bactériologie et de pathologie à l'Université de New-York. — Professeur Giuseppe CAMPIONE, de l'Université de Bari (Italie).

Echos et Glanures

Madame Bovary 1933. — *Détaché d'un article de Mme Hélène Roudaud dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juillet 1935) *intitulé* : LES BOVARY D'HIER ET D'AUJOURD'HUI :

Madame Bovary 1933 est licenciée ès sciences ou ès lettres, son indépendance spirituelle s'est affirmée ; mais Charles Bovary n'a pas changé. Il est pris dans l'engrenage de son métier, occupé à réaliser des gains matériels et désire — pas autrement que le guerrier de Nietzsche — un délassement sans paroles.

Emma, bourrée d'une culture hâtive, avide d'éclairer toutes les énigmes, de résoudre tous les problèmes, voit s'élargir la distance qui la sépare d'un tel homme. Plus que jamais Emma et Charles Bovary ont des désirs divergents.

Dans sa solitude, l'évoluée n'est que détresse. Est-ce à sa culture qu'elle demandera les satisfactions qui lui manquent ? Françoise Cœuret est bachelière. Cependant toutes ses pensées sont attachées à l'amour au fond duquel le désir crépite. Et le savoir ne l'a pas rendue stoïque. Marcel Prévost nous a montré dans *Les Don Juane*, une femme d'affaires de grande envergure, dévorée de désir d'être aimée. Elle se tue plutôt que de renoncer à l'amour.

. . . .

Au point de vue social, Madame Bovary 1933 reste ce qu'était Madame Bovary 1840. Elle dépend de son mari et du métier de son mari. Elle doit habiter sa maison, entretenir les relations qui lui sont utiles et subir la meurtrissure nocturne. Elle doit être la femme du notaire, la femme du docteur ou la femme du percepteur.

Elle s'ennuie tout autant que ses aînées et dans son cerveau mieux orné, plus ouvert, passent inlassablement les mêmes rêves. L'homme actuel occupe ses loisirs à suivre sur les cartes, les vols téméraires des pilotes, à mesurer la dépense d'énergie d'un champion, à discuter les chances de l'équipe de France ou de celle d'Angleterre. Il écoute, chaque soir, muet et somnolent la voix du monde entier. Il oublie de conter fleurette à sa femme.

Et cependant ?... Pour la femme, les héros n'ont pas changé de plan : ils sont toujours sur le plan de l'amour. Les exploits les plus audacieux, la réalité la plus surprenante, l'effort le plus surhumain, avec son arrière-goût de mort, ne peuvent rassasier son cœur.

Le progrès n'a pas résolu le problème de la solitude conjugale. Il l'a compliqué, dans ces ménages où le mari n'a d'attention que pour son automobile, d'admiration que pour tel champion, et livre, pour l'argent, une lutte si âpre que son âme obscurcie ne sait plus rien deviner et n'a plus rien à donner.

Comment fut aimée l'Impératrice Joséphine, par Paul REBOUX. Un volume in-18 jésus, Ernest Flammarion, éditeur, Paris, 1935.

Le nouveau livre de Paul Reboux est un roman historique qui donne l'impression d'être de l'histoire vraie et qui n'est, sans doute, pas loin de l'être. La *femme* qui était volage et savoureuse enjôlera tous les garçons et intéressera toutes les femmes. Quant à l'Homme, tous ceux qui n'aiment pas Buonaparte — sans se l'avouer — sauront gré férocement à Joséphine d'avoir été volage. D'autres se diront qu'une femme, une simple femme n'est pas forcément éprise de « l'Homme extraordinaire ». Et les Napoléonisants auront l'indulgence qu'on n'accorde pas à la vie quotidienne et qu'on accorde aux histoires passées.

Henri VIGNES.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un nouveau syndrome hypotensif : L'hypotension moyenne orthostatique

Par le Docteur KISTHINIOS
Professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes
Médecin de l'Hôpital « Laïkon »
Lauréat de l'Académie de médecine de Paris

L'hypotension orthostatique, constitue, en général, un syndrome assez rare, puisque, depuis la publication en 1925 des premières observations de Bradbury et Eggleston (1) jusqu'en 1935, on ne trouve, dans la bibliographie internationale, que les cas rapportés par Christ et Brown (2), Riecker et Upjohn (3), Sanders (4), Laubry et Doumer (5), Lian et Blondel (6) et Roger Parlier (11).

Dans toutes ces observations on constatait, au point de vue clinique, des vertiges, des bourdonnements, de la tachycardie, des lipothymies et même des états syncopaux dans la position debout et surtout au moment du passage de la position couchée à l'orthostatisme ; et, au point de vue sphygmomanométrique, on enregistrait une diminution nette et considérable des pressions extrêmes (Mx et Mn) dans la position debout.

Le cas que nous publions aujourd'hui (présenté par nous à la Société médicale d'Athènes au mois de mars 1935) se caractérise par une particularité, signalée, croyons-nous, pour la première fois, c'est-à-dire par un abaissement notable à l'orthostatisme de la tension moyenne seule, les pressions extrêmes restant dans les limites normales, leur abaissement étant peu marqué après le changement de la position.

Cette particularité nous a autorisé à ranger notre cas dans un cadre tout à fait spécial et de parler d'un syndrome nouveau qui est « l'hypotension moyenne orthostatique », syndrome qui peut rester dans l'ombre si l'on se borne à la mesure des pressions extrêmes.

Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, qui nous a consulté pour une tachycardie avec sensation désagréable de palpitations, vertiges et tendance lipothymique, symptômes observés surtout le matin dès que la jeune malade quittait son lit, pour diminuer graduellement dans la journée et disparaître complètement la nuit au cours de son alitement.

La malade n'a observé aucune relation entre ces symptômes et les différents stades de la digestion ; de plus, l'examen clinique et radiologique faite à Constantinople n'ont rien relevé de pathologique du côté du foie et de la vésicule biliaire. Un examen, en outre, oto rhino laryngologique a montré l'état parfait du labyrinthe. La menstruation est normale, la température régulière, les systèmes digestif et respiratoire en bon état, et elle n'a jamais eu ni rhumatisme articulaire, ni chorée, ni maladie infectieuse quelconque.

Au cours de notre examen nous avons constaté une pâleur assez marquée des muqueuses et un léger amaigrissement. Rien du côté des poumons, du système digestif ou des reins. Les dimensions cardiaques sont normales, vérifiées, d'ailleurs, par l'examen radioscopique fait par le Docteur Karzis, qui n'a signalé que l'existence d'une légère hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques. La palpation du cœur et des grands vaisseaux ne montre rien d'anormal ; à l'auscultation on trouve une tachycardie régulière 85 pulsations à la minute) sans aucun souffle officiel. La tension artérielle, prise en position couchée, était de 12 pour la Mx, 8 pour la My et 6 pour la Mn, c'est-à-dire une tension absolument normale.

Ayant l'habitude d'examiner tous nos malades, non seulement dans la position couchée, mais également dans la position debout, nous avons répété notre examen dans cette dernière position et nous avons trouvé une accélération assez marquée du rythme cardiaque 180 pulsations à la minute) et une tension artérielle de 10 1/2 pour la Mx, 6 1/2 pour la My et 5 1/2 pour la Mn, c'est-à-dire nous nous sommes trouvé devant un cas d'hypotension orthostatique, avec cette particularité que l'abaissement de la tension n'intéressait pas tant les pressions extrêmes, mais surtout et presque exclusivement la tension moyenne, sur la valeur physiologique et les variations normales de laquelle nous insisterons le plus brièvement possible.

Comme nous avons démontré avec notre maître, M. le Professeur Vaquez et le Docteur Papaioannou (7 et 8) la pression moyenne normale chez les sujets âgés de 10 à 25 ans, oscille entre 8 et 9 cent. de mercure et présente, à l'état physiologique, des variations minimes, ce qui nous a autorisés à la considérer comme une constante physiologique analogue au pH du sang, ou à la température du corps humain, qui ne sont pas, non plus, très fixes, mais ne présentent, comme la pression moyenne elle-même, que des variations minimes et très passagères.

Ces constatations étant confirmées par tous les auteurs qui, après nos communications, se sont occupés de la question, et même par ceux qui n'ont pas cru nécessaire de citer nos travaux (9), nous avons, croyons-nous, le droit de confirmer, dans le cas qui nous occupe, l'existence d'une hypotension moyenne orthostatique, étant donné que dans la position debout la tension moyenne est au-dessous de sa valeur normale 6 1/2 cent. Hg.) tandis que dans la position couchée elle s'élève à 8 cent. Hg., c'est-à-dire à un chiffre qui doit être considéré comme absolument normal.

De tous les auteurs qui se sont occupés de l'hypotension orthostatique, Lian seul cite un cas avec abaissement notable de la tension moyenne, qui concordait, d'ailleurs, avec l'abaissement également considérable des pressions extrêmes ; dans toutes les autres observations la valeur de la pression moyenne reste inconnue pour la simple raison qu'elle n'a pas été cherchée et mesurée par les auteurs.

Dans toutes ces publications, les symptômes décrits (tachycardie, vertiges, bourdonnements, tendance lipothymique et syncopale) sont analogues à ceux que nous avons observés dans notre cas, ce qui démontre qu'il s'agit bien du même syndrome avec abaissement éclectique de la tension moyenne, considérée, à juste titre, comme pression basale (d'après M. Vaquez et nous-même) ou efficace (d'après Pachon).

Le diagnostic du syndrome est très facile : il suffit d'y songer et de le rechercher ; et nous sommes sûr qu'un examen systématique en position couchée et debout de tous les malades, surtout de ceux qui présentent des symptômes caractéristiques, démontrera que la rareté de cette hypotension n'est pas aussi absolue que nous le croyions jusqu'à présent. D'ailleurs l'orientation vers cette recherche constitue le but principal de notre publication (*).

En ce qui concerne la pathogénie, les opinions sont très partagées. L'opinion qui semble correspondre à la réalité, est celle exprimée par Laubry et Doumer (5), qui attribuent l'hypotension orthostatique à un dérèglement

(*) Un cas d'hypotension moyenne orthostatique nous a été signalé dans ces derniers jours par M. le Docteur Elchwitch.

du centre régulateur de la tension, situé dans le sinus carotidien.

Il est vrai que Lian (6) a remarqué que le centre régulateur carotidien, ayant une action surtout dépressive, la diminution de son excitabilité doit être suivie d'une augmentation de la tension et non d'une diminution : mais les travaux récents de Tournade (10) montrent bien que le mécanisme régulateur du sinus n'est pas si simple, et que ce dernier se comporte comme un véritable centre réflexogène de l'adrénalino-sécrétion pouvant, selon les circonstances, augmenter ou diminuer tant l'adrénalinogénèse que la décharge d'adrénaline dans la circulation, le dérèglement de cette dernière fonction pouvant être la cause de l'hypotension orthostatique.

Au point de vue thérapeutique on a préconisé les calmants du système nerveux autonome, l'adrénaline, l'éphédrine, etc., etc., mais les résultats ont été fort inconstants et d'une durée très variable. La physiothérapie, d'après Laubry, donnerait des résultats assez satisfaisants. Personnellement, nous avons administré, en dehors de toutes ces médications, le chlorure de calcium, en raison de son action récemment démontrée sur l'excitabilité du sinus carotidien, sans que nous puissions, d'ailleurs, nous exprimer sur ce sujet d'une façon nette et définitive.

Le pronostic est, en général, bon, et dans la plupart des cas publiés on a observé une tendance de diminution d'intensité des symptômes, et même de disparition du syndrome dans un délai de temps fort variable d'ailleurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRADBURY et EGGLESTON. — Postural hypotension. (*Am. Heart Journal*, I, 73, 1925, II, 105, 1927.)
2. CHRIST et BROWN. — Postural hypotension with syncope. Its successful treatment, with ephedrine. (*Am. Journal Med. Sc.*, 175, p. 336, 1928.)
3. RIECKER et UPJOHN. — Postural hypotension. (*Am. Heart Journ.*, VI, p , 225, 1930.)
4. SANDERS. — Postural hypotension. A case report. (*Am. J. Med. Sc.*, 182, p. 217, 1931). — Postural hypotension with tachycardia. (*Am. Heart Journ.*, VI, p. 807, 1932.)
5. LAUBRY et DOUMER. — L'hypotension orthostatique. (*La Presse Méd.*, n° 2, 6 janvier 1932.)
6. LIAN et BLONDEL. — L'hypotension artérielle orthostatique. (*Paris Médical*, 25 février 1933.)
7. VAQUEZ et KISTHINIOS. — La pression moyenne considérée comme pression basale. Communication à l'Académie de médecine de Paris, le 24 mars 1931.)
8. VAQUEZ, KISTHINIOS et PAPAIOANNOU. — Pression moyenne constante sphygmomanométrique. (*Presse Médicale*, 22 avril 1931.)
9. E. AVARITSIOTIS. — La pression moyenne dynamique. (Communication à la Soc. méd. d'Athènes, séance du 11 novembre 1931.)
10. DONZELOT et KISTHINIOS. — La tension artérielle (maxima, moyenne, minima)), l'hypertension, l'hypotension et leur traitement. (Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1935.)
11. Roger PARLIEZ. — La maladie orthostatique. (Doin et Cie, éditeurs, Paris 1932.)
12. ASHWOOD. — Postural hypotension. (*Virg. Méd. Monthly*, July 1929, p. 260).

« Celui qui veut répandre une opinion doit d'abord être bien sûr de son terrain et s'y établir solidement. Il est aussi vain d'essayer de faire fructifier une opinion facile que d'essayer de faire fructifier une variété faible, soit animale, soit végétale. Plus un homme est pénétré d'une opinion et plus il peut se permettre d'être modéré, et plus il est modéré, plus il aura d'autorité auprès de ceux qui finiront toujours par avoir le plus d'autorité. De même que les organismes vivants, les idées et les opinions ont une allure normale de croissance qui ne peut être ni ralentie, ni forcée au delà d'une certaine limite. Il est moins dangereux de les ralentir que de les forcer. Elles peuvent aussi être tuées, et un des plus sûrs moyens de les faire périr, c'est d'essayer de les forcer. » (Samuel BUTLER, Carnets. *La Nouvelle Revue Française*, 1er juin 1935, traduit par Valery Larbaud.)

ACTUALITÉS

A l'unanimité la Chambre des Députés fait sienne la conception : « Lieu de Genève »

La Chambre et le Lieu de Genève ; la séance du 8 juin 1935. — L'évolution de la conception : *Lieu de Genève* **; les phases du** *passé*. **— Le** *présent* **et ses objectifs immédiats : la neutralisation des personnes assimilables aux blessés et aux malades ; les formations pour mamans et nourrissons ; les** « *Lieux de Genève* » *pour mamans et nourrissons*. **— L'avenir.**

A Messieurs les Membres de la Société des Nations.

Le *Journal Officiel de la République Française* dans son n° 135 du 9 juin 1935 ; débats parlementaires, Chambre des Députés ; compte rendu *in extenso* des débats du *samedi 8 juin 1935* publie page 1832 le texte ci-joint :

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de M. Maurice ROBERT.

La Chambre consultée décide de passer à la proposition de résolution.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne lecture de la proposition de résolution :

La Chambre invite le Gouvernement à saisir la Société des Nations des propositions suivantes :

> *Etudier les moyens d'assurer pratiquement le bénéfice de la neutralité tel qu'il est reconnu présentement aux blessés du fait de la Convention de Genève de 1864 (et des adjonctions faites à ladite Convention) aux différentes catégories de personnes que l'usage et la pratique hospitalière ont accoutumé d'assimiler aux blessés ou aux malades : parturientes, mères avec leurs nourrissons, vieillards impotents, infirmes, mutilés, etc. ;*
>
> *Etudier les moyens d'assurer aux établissements ou formations abritant, au cours des conflits armés, de quelque nature que soient ces conflits, les susdites catégories de personnes assimilées aux blessés et malades, la neutralité qu'il est de règle, du fait de la Convention de Genève, de reconnaître aux formations sanitaires ;*
>
> *Etudier les moyens de constituer dans chaque nation, grâce à des accords entérinés par la Société des Nations, des endroits, lieux ou zones devant être soustraits, en cas de conflits armés, à toute action comme à toutes fins militaires, endroits, lieux ou zones, du territoire national, dénommés, jusqu'à plus ample informé,* LIEUX DE GENÈVE, *placés au cours des hostilités sous le contrôle de commissaires neutres agréés par les deux parties, et où pourraient être rassemblées les personnes précitées susceptibles d'être assimilées aux blessés ou aux malades, où pourraient être groupées, à l'occasion, des formations ayant recueilli ces personnes.*

Je mets aux voix la proposition de résolution.

La proposition de résolution mise aux voix est adoptée.

Sans une seule voix d'opposition, la Chambre a ainsi fait siennes les propositions formulées dans mon article du *Progrès*

Médical du 27 avril 1929 (1) et adopté intégralement les termes des paragraphes a, b, c des statuts dont j'ai obtenu le vote de l'Association : le *Lieu de Genève* (2) fondée en mai 1931.

Le 28 juin 1935 marquera une date importante dans l'histoire de l'humanité, car il aura dans cette histoire d'immenses, d'infinies répercussions.

Grâce à la Chambre, voici l'œuvre au seuil de la phase réalisatrice.

Il est juste de noter les noms de ceux dont l'intelligence, le sens humain et la ténacité assurèrent le succès :

L'auteur de la proposition Maurice ROBERT, député de l'Aube, que ne découragèrent ni les manœuvres adverses ni la lenteur des travaux parlementaires et à qui, le 20 novembre 1932, fut décerné par acclamation à l'Assemblée générale du Lieu de Genève, le titre de *Bienfaiteur du Lieu de Genève* « le premier parlementaire du monde, consigne la motion qui ait saisi un Parlement d'une proposition en faveur du Lieu de Genève »

Paul BERNIER, député d'Indre-et-Loire, le collaborateur avisé, zélé, dévoué, infatigable de Maurice Robert.

HENRY-HAYE, député de Versailles dont le rapport lumineux enleva le vote *unanime* de la Commission des Affaires Etrangères, où toutes les opinions politiques sont représentées —, comme l'avait fait lors de la précédente législature, celui du Docteur Jean MOLINIÉ, député de l'Aveyron (3).

Le Docteur PÉCHIN, député de Paris.

A ceux de ces parlementaires, bien des noms pourraient être ajoutés de personnalités qui luttèrent énergiquement pour le *Lieu de Genève*. Je me contenterai aujourd'hui de rappeler avec l'infatigable Docteur WITRY, celui qui *ab ovo* fut l'inébranlable champion de la cause, l'ami sûr de tous les instants, le compagnon inaccessible au découragement, le conseiller sagace et hardi dont nulle traverse, nul artifice, nul coup adverse n'ébranlent la résolution : le Colonel ROFFIDAL.

Quelques mots maintenant sur l'évolution de la conception, *Lieu de Genève*.

LE PASSÉ

L'histoire détaillée du *Lieu de Genève* sera écrite pour la gloire des uns et pour la honte de certains autres. Je me contente aujourd'hui d'indiquer en deux mots les phases traversées :

Phase de l'incompréhension. — Lieu de Genève ? Qu'est-ce à dire ? Jamais vu. Stupide.

Manque de réflexion ou pour des raisons d'ordre personnel, beaucoup de gens, parfois des plus huppés, en sont restés à cette phase.

Phase de l'ultra-pacifisme. — Lieu de Genève ? A quoi bon ? La paix est assurée à tout jamais. Jamais plus nous ne verrons de guerres étrangères ou civiles, en quelque endroit que ce soit de la planète. Inutile de s'occuper de *Croix-Rouge*, de *Lieu de Genève* et autres fariboles qui ne riment plus à rien.

Notons aussi qu'au regard de certaines gens seules comptent, seules sont dignes d'attention les guerres où serait engagé leur pays. Les nations éloignées peuvent s'entretuer, voilà qui les laisse complètement indifférents. D'où l'argument, d'ailleurs stupide en soi : l'ennemi ne respectera pas les conventions d'ordre humanitaire.

Phase des bavardages et de la resquille. — Lieu de Genève ? Ah ! non, certes nous nous refusons à accorder à cette misérable petite chose rien d'autre que notre mépris et notre silence intégral (1). Ce que nous voulons, nous autres, c'est, d'emblée, la neutralisation de villes entières, voire d'Etats entiers. C'est de toute simplicité. *Il n'y a qu'à* réunir les délégués des différentes puissances ; il *n'y a qu'à* inviter ces délégués à décréter immunisés contre toute tentative guerrière villes et Etats de notre choix ; *Il n'y a qu'à* étendre ces immunités aux habitants de ces villes et Etats (et, sans doute aussi, aux formidables flots de populations qu'ils attireraient comme l'aimant ainsi qu'aux officines d'espionnage qui y foisonneraient comme champignons après une pluie d'été) ; *il n'y a qu'à...*

Dans le domaine de ceux que l'on appelle plaisamment en France *les Nyakas*, une mesure ne peut manquer de paraître beaucoup plus simple encore ; *Il n'y a qu'à* ordonner la paix universelle et éternelle, la destruction de tout armement et de tout ce qui, éventuellement, en peut tenir lieu.

En adoptant la proposition Maurice ROBERT, la Chambre vient de mettre un terme aux bavardages des grégaires aux palabres intéressées des bureaucrates et de certains politiques. Elle s'est accrochée à la terre ferme et a chassé les nuées.

LE PRÉSENT

Que les Hautes Personnalités de la Société des Nations, qui, à Genève, ont été saisies ou vont être saisies du vœu de la Chambre française consentent à accepter de l'auteur de la conception : *Lieu de Genève* un conseil que lui permettent de donner des années d'études consacrées à une question qui s'est imposée à lui, au cours de la dernière guerre, à la vue lamentable de mères et d'enfants sous le bombardement ou fuyant le bombardement.

Ce conseil le voici :

Ecartez résolument tout ce qui, présentement, est chimérique, irréalisable. Consacrez uniquement vos efforts à ce qui est, présentement, réalisable.

Qu'est-il présentement de réalisable ?

D'abord la chose la plus simple du monde, celle que ne peut refuser aucun esprit sain

> — la reconnaissance *en quelque endroit* et *en quelque circonstance que ce soit* de la qualité de blessé aux personnes que leur état assimile dans la vie courante aux blessés et aux malades (femmes gravides, infirmes, vieillards, etc.).
>
> Notons que cette reconnaissance ne serait que la confirmation d'un état de fait ; mais cette pure et simple reconnaissance restreindrait *certainement* le nombre des sauvageries en temps de guerre (nationale ou *civile*).

Puis, par voie de conséquence naturelle :

> — la reconnaissance *en quelque endroit et en quelque circonstance que ce soit* de la qualité de formation sanitaire aux formations et établissements n'ayant d'autre objet que de recueillir les personnes susdites.

Enfin, ces points obtenus, s'attaquer à la question du *Lieu de Genève* proprement dit c'est-à-dire tenter d'obtenir

> — la reconnaissance par entente internationale ou bilatérale de la qualité de *lieux de Genève* jouissant des immunités conférées aux formations sanitaires à des endroits où, *sous le contrôle de commissaires neutres*, pourraient être rassemblées les formations précitées et, d'une façon générale, *sur leur demande ou sur celle de leurs ayants-droit*, des personnes assimilées aux blessés ou aux malades.

(1) V. la documentation concernant le *Lieu de Genève* dans l'ouvrage : *La Paix, la Guerre, le Lieu de Genève et la Biologie*. Vigot frères, édit. rue de l'École-de-Médecine, 23, Paris (VIe).

(2) L'Association compte présentement *plus de quatre mille cinq cents membres*, hommes et femmes de toutes nationalités. Il est à souhaiter qu'un développement rapide et des moyens puissants permettent à cette Association de convaincre au plus tôt l'opinion — et les gouvernants — de la nécessité de créer des *Lieux de Genève* pour les cas de guerre nationale ou de *troubles civils* et aussi pour faire campagne, selon les termes de ses statuts, en faveur de divers autres projets.

(3) La fin de la législature et certaines embûches rendirent caduque la proposition de la Commission des Affaires étrangères votée *à l'unanimité* par cette Commission à la suite du rapport du Docteur Jean MOLINIÉ. La constance et l'énergie de HENRY-HAYE, député de Versailles permirent enfin le vote de la Chambre le 18 juin 1935.

(1) Il est toutefois juste de noter que — si je suis bien informé — un honnête homme, le Colonel-médecin belge VONCKEN, se substituant aux délégués français, a tenté de rompre à Monaco la consigne du silence opposé au *Lieu de Genève*. Mais pourquoi donc est-il impossible de se procurer le texte de ce que le Colonel-médecin belge Voncken a dit sur ce sujet ?

Notez, je vous prie, *qu'il ne s'agit pas de lieux de Genève* ***d'une étendue considérable*** mais bien d'espaces, de terrains de **1 ou 2 kilomètres** de longueur sur autant de largeur, où pourraient être recueillis quantité de malades, d'infirmes, de parturientes de la ville ou de la région desservies par eux.

Dans un des numéros du journal « *Le Lieu de Genève* » j'écrivais :

Admettons que labeur, intelligence, organisation, documentation attentive aient permis que chaque citoyen, et chaque citoyenne soient munis d'un masque antigaz d'efficacité certaine.

Parfait.

Mais, les tout-petits, ceux qu'on allaite encore, ceux qui viennent de naître ou *qui sont en train de naître*...

Avez-vous pensé à eux ?

OU EST VOTRE MASQUE POUR NOURRISSONS ?

Vous n'en savez rien.

Je vais vous le dire.

LE MASQUE ANTIGAZ POUR NOURRISSONS, C'EST LE « LIEU DE GENEVE ».

Tant que vous n'aurez pas trouvé solution plus *efficace* je serai en droit de clamer mon indignation à ceux qui ont osé soutenir que le *Lieu de Genève* devait être condamné au nom des principes de l'art militaire.

Comme si un *Lieu de Genève* de un ou deux kilomètres carrés, situés à 20 kilomètres de Lyon, par exemple, dans un coin sagement choisi et desservant cette ville, pouvait déranger quelque plan tactique que ce soit !

Et Dieu sait quelles quantités on en pourrait loger de nourrissons avec leurs mamans sur un carré de terrain de un kilomètre de côté !

Quant à l'argument : *les ennemis ne respecteront pas ce Lieu de Genève*, réfléchissez un instant, je vous prie :

Les nations les plus vulnérables à l'avion et au gaz toxique sont CELLES QUI COMPTENT LE PLUS DE NOURRISSONS, c'est-à-dire celles qui ont les plus *nombreuses* et les plus *grosses* agglomérations citadines.

De gré ou de force, j'entends par la force des circonstances, toutes les nations — y compris celles que l'on accuse à tort ou à raison de ne rêver que destruction et extermination générales — toutes les nations en viendront au *Lieu de Genève pour nourrissons* par la raison péremptoire que, *grâce à l'avion*, le vaincu pourra toujours se venger terriblement sur les nourrissons du vainqueur des attentats sur ses propres nourrissons.

Mais — une fois de plus — c'est DURANT LA PAIX qu'il faut s'occuper de la question, conclure les ententes internationales ou *bilatérales* nécessaires.

Les hostilités une fois déchaînées, IL EST TROP TARD.

Faites donc, Messieurs de la Société des Nations — vous le pouvez — l'ambulance pour mamans et nourrissons, la formation pour mamans et nourrissons, le *Lieu de Genève pour mamans et nourrissons.*

Au lieu de vous perdre dans les nues, de risquer, comme il advient parfois hélas, de faire le mal en voulant et en croyant faire le bien, vous aurez rendu un immense, un incomparable service.

L'AVENIR

Que les projets modiques que nous venons d'exposer viennent à être réalisés, rien n'empêchera d'attendre davantage de l'avenir.

Nous ne demandons, certes, qu'à voir éclore, l'ère des villes et des États de Genève. Qui ne souhaiterait semblable rôle dévolu en temps de guerre au Grand-Duché de Luxembourg ? Qui n'applaudirait Monaco supprimant la roulette pour se muer en *Lieu de Genève* ?

Il n'est pas interdit de faire des rêves et il advient parfois qu'à la longue certains rêves deviennent réalité.

Je renvoie ceux que n'effraie pas la hardiesse au texte de ma lettre à S. Exc. le Maréchal von Hindenburg (1), lettre à laquelle il me fut répondu avec une courtoisie tout à fait ignorée, soit dit en passant (je reviendrai sur ce point) d'une certaine populace de parvenus de la politique, de la presse ou de la bureaucratie — tout au moins de la bureaucratie militaire.

Mais quelle que soit l'audace d'une suggestion où le charme d'un rêve, la sagesse exige (et je renvoie derechef à la lettre précitée) que l'effort soit limité à tenter d'atteindre ce qui peut être atteint au moment de l'effort.

L'écueil pour l'instant serait de s'attaquer à des plans présentement irréalisables dont l'échec aurait bien des chances de faire sombrer dans le discrédit les suggestions, les tentatives les plus modérées elles-mêmes.

Tandis que si les plus modestes réalisations sont obtenues, du moins les populations belligérantes en bénéficieront-elles à l'avenir — et l'espoir subsistera d'augmenter par la suite possibilités et rendement des mesures protectrices, par exemple d'étendre le nombre et l'étendue des *lieux de Genève*, d'en accorder l'accession à des catégories plus nombreuses de non-combattants.

Mais la plus extrême prudence doit être recommandée. L'excès dans le désir du bien peut stériliser l'effort.

Et la sentimentalité doit être exclue des recherches. C'est guidés par l'*intérêt* des *belligérants*, à la seule lumière du bon sens, du *sens commun*, Messieurs de la Société des Nations, que vous devrez étudier le problème et que vous parviendrez à le résoudre heureusement — non aux lueurs d'un droit international, aux clartés de données juridiques dont, mieux que personne, vous savez la fragilité au contact de la force et des instincts nationaux.

En satisfaisant raisonnablement à des exigences raisonnables, en obtenant la réalisation des contrats *présentement* réalisables, non seulement vous rendrez aux hommes un service d'une portée incalculable, mais encore vous ferez infiniment plus pour le *prestige* et pour la *longévité* de la Société des Nations que par quantité de ces merveilleux discours qui, non sans fracas parfois, prétendent au prix de solutions inévitablement successives et contradictoires, atteindre l'inaccessible et résoudre l'insoluble.

(*Reproduction autorisée.*)

Médecin général G. SAINT-PAUL (G. ESPÉ DE METZ).

(1) Ouvr. précité : *La Paix, la Guerre, le Lieu de Genève et la Biologie* Paris, Vigot frères, p. 188 à 203.

« Un médecin pour 600 ou pour 5.000 habitants, ça ne signifie rien. C'est une statistique, c'est un mensonge.

« Ce ne sont pas les « habitants » qui font vivre le médecin, ce ne sont même pas seulement les malades, ce sont les gens qui se soignent.

« Pour se soigner, il faut avoir de l'argent et tout est là. Il y a des campagnes très riches, elles ont beaucoup de médecins — des médecins riches. Il y a des villes pauvres, des campagnes pauvres, les médecins y sont rares et pauvres. »

(Docteur BONHOMME, de Fontainebleau. — *Concours Médical*, 26 mai 1935.)

« Beaucoup de chirurgiens se plaignent de nos jours de n'avoir plus le temps d'écrire. Il ne leur serait pas difficile de le trouver, s'ils consentaient à ne dire que ce qu'ils savent, que ce qui est d'eux-mêmes. A partir d'un certain moment de la vie, un chirurgien a le droit, le devoir de dire : « J'ai vu 100, 200 cas de ceci. Et voici ce que je pense *actuellement* de ce problème ». A quoi bon nous infliger le détail de ses premiers essais, de ses erreurs, de tout ce dont il a payé l'acquisition de son expérience ? Je sais bien qu'il est courant de confier à quelqu'un en mal de thèse le soin de dépouiller des observations, de les commenter, et parfois de signer à deux ou trois un long mémoire dont la lecture conduit parfois à de singuliers quiproquos. D'habitude, les attelages de chevaux dépareillés ne mènent guère l'équipage là où il devrait aller. » (Professeur LERICHE. *Lyon Médical.*)


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

BIBLIOGRAPHIE

Le Château d'Amboise, par le Docteur Frédéric LESUEUR. Un vol. in-8 (20 × 13), 38 gravures et 1 plan hors texte. Broché : 7 fr. 50. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

Amboise est un des plus connus, des plus visités des châteaux de Touraine. Sa façade dominant la vallée de la Loire, sa gracieuse chapelle, ses grosses tours « par où l'on monte à cheval », ont une renommée universelle.

Ces édifices célèbres sont eux-mêmes les restes d'un monument beaucoup plus vaste, en grande partie détruit, monument construit au cours du Moyen-Age par les seigneurs d'Amboise, transformé par Louis XI, considérablement agrandi par Charles VIII, qui en fit la plus vaste demeure royale de son siècle, complété encore par Louis XII et François Ier.

Amboise enfin a joué un rôle important dans l'histoire de l'art de notre pays. C'est de là que sont partis la plupart des artistes, français et étrangers, qui allaient, au début de la Renaissance, orienter notre architecture dans des voies nouvelles.

Ce sont ces différents points que développe l'auteur, qui retrace d'abord l'histoire si complexe de ce monument, puis tente de le restituer tel qu'il était au temps de sa splendeur, avant de le décrire dans son état actuels.

L'abondante illustration qui accompagne le texte montre les différents aspects de l'édifice et, grâce aux documents reproduits, en fait revivre les parties disparues.

La Cathédrale de Bordeaux, par M. Paul COURTEAULT. Un vol. in-8 (20 × 13), 38 gravures et 1 plan. Broché : 7 fr. 50. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

La cathédrale de Bordeaux méritait de trouver place dans la collection des *Petites monographies des Grands édifices de la France*.

L'originalité trop méconnue de sa large nef unique, dont les voûtee reposent sur des ogives audacieusement jetées sur les murs d'une église romane antérieure, la beauté parfaite de son chevet, chef-d'œuvre de l'art gothique, les admirables sculptures de ses portraits du XIIIe et de XIVe siècle, en font un des édifices religieux de France les plus dignes d'être étudiés.

M. Paul Courteault, professeur d'histoire locale et régionale à l'Université de Bordeaux, s'aidant des travaux du regretté maître J. A. Brutails et de nombreuses études de détail, en a fait d'abord l'histoire, puis la description minutieuse au point de vue archéologique et artistique ; il a ensuite passé en revue le mobilier, emprunté pour la plupart à d'autres églises bordelaises et girondines, et terminé par deux notices sur le cloître disparu et sur le clocher isolé de Pey-Berland, qui complète de façon si heureuse l'imposante silhouette du monument.

Une illustration abondante et choisie met en valeur chacun des aspects de l'édifice et facilite la lecture de ce volume intéressant à la fois pour le spécialites et pour les simples curieux du patrimoine d'art de notre pays.

La Grèce. Un volume in-8°, sur papier de luxe, 100 illustrations, broché couverture en 4 couleurs : 5 francs. Librairie Hachette.

Cette péninsule si curieusement articulée en caps, baies, isthmes, et enveloppée d'îles comme un astre l'est de ses satellites, cette terre où le plus beau des marbres est la pierre courante et usuelle, cette région logée entre un puissant système montagneux, les Balkans et deux mers tièdes, l'Egée et l'Ionienne, cette Grèce où les villes portent des noms retentissants, Athènes, Spartes, Corinthe, conserve l'auréole d'avoir été l'initiative de toute la civilisation méditerranéen ne et soutient la gloire de s'être vue toujours, depuis lors, à travers le moyen âge, la Renaissance, les temps modernes, et de continuer de se voir aujourd'hui l'éducatrice de la pensée et du goût universels...

Ecrivains, artistes, philosophes, historiens de toute la race blanche depuis deux mille cinq cent ans ont, en tout, dépendu de la Grèce.... Impossible, aussi bien, d'aborder le rivage hellénique sans une profonde émotion ni de parcourir les trois Grèces : la continentale, la péninsulaire et l'insulaire, avec tout leur ensemble de merveilles naturelles ou artistiques, sans en ressentir un profond bouleversement du cœur et de l'âme..

De Adolphe GRAND : **Rappel au bon sens ou du danger de l'analyse et des fictions**. Edit. Jouve, rue Racine, 15, Paris (VIe).

J'ignore ce qui me vaut l'honneur d'avoir reçu ce savant ouvrage consacré en partie à l'étude de la formule cartésienne : *Je pense donc je suis.*

Si l'auteur veut mon avis — dont il n'a sans doute que faire — je lui dirai qu'à mon sens, cette formule, que le *donc* fait mal construite, est cependant admirable, parce que typique de la spécificité de l'homme, parce qu'elle trahit par excellence l'autoconscience.

Pour le surplus je le renvoie à ma brochure : *La religion de l'intelligence et la morale scientifique*, Paris, Vigot frères (ESPÉ DE METZ) :

Henri MAZEL : **Au pays des leviers de commande**. Edit. de l'Espoir français, rue de Liège, 38, Paris. Propositions originales de réformes constitutionnelles. A examiner et à méditer, en tout ou partie. Ouvrage de bibliothèque. E. DE M.

De Henry DE LALUNG. **Le Serpent de la Martinique**. Edité par les Laboratoires Corbière, rue Desrenaudes, 27, Paris (XVIIe).

Un magnifique travail aussi bien présenté qu'intéressant quant au fond sur le bothrops ou serpent de la Martinique. On le lit tout surpris que pareil sujet soit aussi captivant. Un bien joli et curieux ouvrage de bibliothèque. E. DE M.

DES ÉDITIONS DE LA VIE MODERNE, rue de la Renaissance, 4, Paris-VIIIe :

Qui est ce ? Ceux dont on parle. Ouvrage très artistique de biographies de contemporains de toutes professions (artistes, avocats, industriels, médecins, militaires, etc., etc., etc. E. DE M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 Juillet 1935

La tuberculose parmi les étudiants en médecine d'Oslo et sa prévention par la vaccination au BCG. — *M. Scheel.* — La morbidité tuberculeuse constatée parmi les étudiants en médecine est plus accusée chez ces derniers que parmi les sujets des mêmes âges, mais exerçant des professions différentes, tels les serviteurs à gages et les facteurs des postes d'Oslo (morbidité moitié moindre chez ceux-ci). Donc la nécessité de protéger spécialement les étudiants dans les milieux hospitaliers tuberculeux.

D'autre part les sujets qui présentent des cuti-réactions négatives avant leur séjour dans les salles de tuberculeux, accusent une morbidité tuberculeuse triple de celle constatée chez les allergiques.

Une troisième il faut noter le bénéfice de la vaccination par le BCG chez les sujets à cuti-réaction initiale négative ; ils accusent une morbidité de 1,95 p. 100, plus de moitié moindre que celle présentée par les non-vaccinés.

Natalité et mortalité comparées dans quelques pays européens. — *M. Marcel Moine.* — Pour maintenir un potentiel démographique, deux problèmes se présentent et sont étroitement liés :

a) Augmenter la natalité pour diminuer, dans un avenir prochain, la mortalité générale ;

b) Lutter contre la mortalité précoce pour conserver à la vie les jeunes existences qui deviendront des procréateurs.

L'influence des facteurs activants spécifiques contenus dans les filtrats de champignons inférieurs sur la croissance du « Micrococcus gonorrheae ». — *MM. A.* et *R. Sartory, J. Meyer* et *Mme B. Sauter*, dans leurs expériences sur la culture du gonocoque ont montré que le sang des blennorragiques renferme des facteurs accessoires activant spécifiquement la croissance de ces microorganismes : ces facteurs sont liés à l'émoglobine ; se détruisent par la chaleur et agissent même très fortement dilués.

D'autre part les auteurs, en cultivant le gonocoque sur jus de broyage de Mucor Koji, de Mucor spinosus et de Schizosaccharomyces hominis ont mis en évidence, dans les filtrats de ces champignons la présence de facteurs activant la croissance de la bactérie ; ces substances ne doivent pas être assimilées aux vitamines ; elles sont différentes des facteurs accessoires du sang. Il paraît exister une spécificité entre certains organismes cryptogamiques et certaines bactéries car l'Aspergillus fumigatus activant la croissance du Bacille de Koch et du Bacille de Hansen (Vaudremer et Mlle Brun) reste sans action sur le gonocoque ; inversement le Mucor spinosus par exemple stipule la croissance du gonocoque et reste sans action sur le Bacille de Koch.

Un nouvel antithermique. — *MM. Raymond-Hamet* et *Colas* font connaître les résultats de leurs recherches sur une drogue végétale péruvienne encore inconnue en Europe, le Chuchuara. Cette drogue contient un alcaloïde nouveau qui — bien que très peu toxique — produit un abaissement considérable de la température.

L'épreuve à la santonine comme procédé d'exploration fonctionnelle du foie. — *MM. G. Carrière, P. Martin* et *A. Dufossé*.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1935

Lymphangite péritonéale aiguë. — *MM. Folliasson* et *Fayollat* (Grenoble) après avoir opéré un enfant de 9 ans pour appendicite aiguë avec des suites normales, observent chez lui ultérieurement un syndrome péritonéal fruste avec état général très grave. A l'intervention, traînées lymphangitiques et masses ganglionnaires volumineuses au niveau du mésentère. Après lavage au sérum et drainage du péritoine, la guérison survint. Il s'agit donc là d'une poussée de lymphangite sous-péritonéale aiguë. *M. Basset*, rapporteur, rappelle les travaux étrangers sur cette affection, dénommée par les uns : lymphadénite mésentérique, par les autres : lymphadénite abdominale. Il trace la symptomatologie de l'affection : syndrome péritonéal aigu, élévation marquée de la température et du pouls. La tendance actuelle est de ne pas intervenir, mais le diagnostic certain est difficile.

Hernie diaphragmatique congénitale gauche. — *M. Menegaux* présente une observation de *M. R. Didier* : hernie diaphragmatique découverte à la radiographie chez une femme de 64 ans qui avait quelques troubles digestifs. L'intervention confirma les renseignements de la radioscopie quant au siège et à la taille de l'orifice. Le sac, lisse, sans adhérences, contenant de l'estomac, put être réséqué par voie abdominale simple.

Infection opératoire et stérilisation totale. — *M. Gudin* (Rio-de-Janeiro) emploie une méthode de stérilisation chimique qui lui permet de stériliser l'air des salles d'opérations et leur contenu. Il réalise ainsi une asepsie totale qui lui donne une cicatrisation des plaies opératoires remarquable.

M. Chevassu pense que les vapeurs d'aldéhyde formique ne peuvent stériliser que ce qu'elles touchent et qu'il est très difficile de les faire pénétrer partout.

M. Gudin montre en effet qu'il a combiné des systèmes spéciaux permettant cette parfaite pénétration. Il emploie depuis six ans cette méthode avec plein succès.

Résultats éloignés du traitement des fractures de la diaphyse fémorale. — *M. Auvray* apporte des conclusions fondées sur l'étude parallèle de deux séries de cas opérés et non opérés. Sur treize ostéosynthèses, quatre donnèrent lieu à suppuration prolongée. Les cals osseux ne sont pas plus volumineux dans le traitement opératoire. Les grands raccourcissements ne sont pas seulement l'apanage du traitement orthopédique. La comparaison de deux séries montre que la raideur du genou est beaucoup plus prononcée dans les cas opérés. Enfin la durée d'incapacité temporaire et le taux d'incapacité permanente sont plus élevés dans des cas opérés. Il y a donc lieu de chercher à améliorer les résultats en surveillant de plus près le traitement orthopédique habituel.

Séance du 10 juillet 1935

A propos de la torsion des annexes. — *M. Picot* rappelle que *M. Regade* (Lyon) avait décrit dans sa thèse (1932) le syndrome de torsion, récemment redécrit par les auteurs Génevoix.

Traitement du dolicho-sigmoïde volvulé ou non. — *M. Goinard* (Alger) emploie la résection du côlon suivie d'anastomose immédiate mais incomplète des deux bouts qui restent partiellement fistulisés à la paroi. *M. Okinczyc* (rapporteur), rappelle les origines de la méthode due à *Volkmann*, et préconisée depuis par *Delore*. Elle lui paraît favorable et préférable actuellement aux techniques en plusieurs temps. Peut-être vaudra-t-il mieux encore employer la résection suivie de suture immédiate, mais extériosée, que propose *Sénèque*.

Perforation traumatique d'un ulcère de l'estomac. — *M. Menegaux* rapporte une observation de *MM. Cordier* et *Calvet*, concernant une femme de 62 ans sans passé gastrique qui présenta à la suite d'un traumatisme certain un syndrome de perforation viscérale. L'opération montra qu'il s'agissait de la perforation d'un ulcère calleux de la face antérieure de l'estomac.

Les cas authentiques de perforation ulcéreuse traumatique sont encore très rares.

Traitement des phlébites post-opératoires et variqueuses. — *M. Roux Berger* présente un travail de *MM. Kunlin* et *Lucinesco* (Strasbourg). Les auteurs sous l'impulsion de *M. Leriche*, réalisent l'anesthésie du sympathique lombaire par infiltration novocaïnique à 1 %. On observe dans les heures qui suivent une disparition des phénomènes douloureux, un abaissement thermique et une diminution des œdèmes. Il y a intérêt à pratiquer cette section physiologique du sympathique le plus rapidement possible une fois le diagnostic fait, et à la répéter dans les jours qui suivent. Les accidents

qui peuvent survenir sont d'ordre douloureux, cédant à la morphine.

M. Moulonguet demande si cette technique agit sur le processus embolique. L'action sur les œdèmes lui paraît un progrès secondaire.

M. Mondor à l'occasion de quatre cas de phlébite oblitérante du membre supérieur opérés par lui, pense qu'on a exagéré le rôle du sympathique aux dépens du rôle certain des lésions endoveineuses.

M. Roux-Berger déclare que *Leriche* pense agir ainsi sur les accidents d'irritation secondaire du sympathique au cours de la phlébite, et non sur la cause même de celle-ci.

Ectromélie des membres inférieurs avec amputation congénitale des membres supérieurs. — *M. Ombrédanne* apporte une observation de cette association qui est rare, envoyée par *MM. Perrignon* et *Guillermo* (Troyes).

Le rapporteur pense qu'il s'agit d'une variété de maladie ulcéreuse et non de maladie amniotique.

Cadre d'immobilisation et de transport pour blessés. *M. Rouvillois* présente les simplifications de cet appareil qu'il avait présenté autrefois et qui en permettent l'emploi plus aisé dans toutes les conditions d'utilisation du brancard habituel. L'immobilisation du blessé sur ce cadre est rigoureuse.

Deux cas d'ulcères peptiques. — *M. Abadie* (Oran) dans le premier cas, a observé l'existence d'un véritable écheveau de fils non resorbables, au niveau de l'ulcus peptique. Il préfère donc l'emploi de fils à résorption retardée. Dans le deuxième cas, une exclusion pylorique ancienne, qui est peut-être responsable de cet ulcus peptique.

M. P. Duval pense qu'il s'agit dans le premier cas non d'un ulcère peptique vrai mais d'une stomite ulcéreuse. Le rôle des fils non resorbables lui paraît tout à fait douteux.

M. Bergeret a remarqué que chaque fois qu'on fait une exclusion haute, il apparaît ultérieurement, si on ne réintervient pas, un ulcère peptique. Ce fait est d'autant plus curieux qu'on observe inversement la cicatrisation de l'ulcère duodénal primitif.

M. J.-Ch. Bloch a observé trois cas d'ulcères peptiques où il n'y avait aucun fil non résorbable, et un cas sans ulcère peptique où il y avait des soies pendant dans la bouche d'anastomose.

M. Desplas dans cinq cas d'ulcus peptiques ou de stomite ulcéreuse a observé l'association de fils non résorbables et d'une bouche placée à un point non déclive. Dans les exclusions pylorique, il a toujours constaté de mauvais résultats. Il préfère dans ces cas l'antropylorectomie.

M. Bréchot dans ces cas de syndromes d'antrite préfère la pylorectomie à la gastro-entérostomie.

M. Duval insiste sur ce que la pathogénie de l'ulcus peptique est due essentiellement à ce qu'on place la bouche de gastro-entérostomie trop à gauche.

Extraction d'une balle de la deuxième vertèbre lombaire. — *M. Abadie* a été amené à enlever une balle de revolver située dans le corps de la deuxième vertèbre lombaire. Il opéra par voie lombaire. Après repérage préalable il put enlever la balle et les suites furent excellentes.

Un cas de rate ectopique à pédicule tordu. — *M. Desplas* a observé chez une jeune femme de 22 ans un syndrome douloureux, rappelant le syndrome de torsion d'un kyste ovarien. L'opération faite d'urgence montra qu'il s'agissait d'une rate en position d'ectopie pelvienne, comprimant l'utérus. Son pédicule était tordu et passait devant le côlon transverse. L'examen histologique de la rate ne montrait que peu de lésions histologiques, bien que le pédicule fût tordu depuis huit jours.

M de Fourmestreaux rappelle que Péan a opéré le premier cas de rate ectopique croyant qu'il s'agissait de kyste de l'ovaire.

M. Grégoire distingue deux sortes d'ectopie de la rate, la rate ectopique mobile de l'observation de Desplas qu'on confond toujours avec le kyste ovarien, et la rate ectopique fixe qui est souvent une rate accessoire bien développée.

M. Forgue a enlevé chez un homme une rate accessoire très développée, située au-dessus de la vessie.

M. Mondor rappelle que la rate ectopique est toujours confondue avec le kyste ovarien. Une fois, une rate accessoire tordue a été confondue cliniquement avec une crise d'appendicite.

M. Lardennois présente un malade chez lequel étant intervenu pour infarctus intestinal, l'étendue des lésions lui parut contre-indiquer la résection. La guérison fut obtenue par une série de piqûres d'adrénaline, et se conserve depuis trois mois.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1935

Mélitococcie pleuro-pulmonaire (congestions et épanchements). — *MM. Hugues Gounelle* et *Julien Warter* (Strasbourg), au cours d'une fièvre de Malte, ont assisté cliniquement et radiologiquement à l'évolution durant deux mois d'accidents pleuro-pulmonaires ayant simulé une tuberculose pulmonaire aiguë. Infiltrations étendues des deux bases, pleurésies, à gauche transitoire, à droite d'abord de la grande cavité, puis diaphragmatique et se terminant par double scissurite. Le liquide pleural citrin comporte 60 % de lympho et 40 % de poly ; culture stérile. L'apparition des localisations respiratoires ne modifie pas l'allure ondulante de la courbe thermique ; persistance d'une leucocytose normale ou diminuée et poussée mononucléaire au détriment des granulocytes. Agglutination au 1/2.560. Réaction de Burnet positive,

Après une phase vraiment critique, état général très atteint, amaigrissement prononcé, anémie hypochrome jusqu'à 1.800.000, dyspnée angoissante, point de côté intense, violentes transpirations, insomnies, ulcération linguale interdisant presque toute ingestion, extra-systoles, température entre 38°4 et 40°5, la situation s'améliore rapidement avec le vaccin antimélitococcique Pasteur jusqu'à guérison. Cette dernière se maintient un an après.

Endocardite ulcéro-végétante au cours d'une mélitococcie. — *MM. Hugues Gounelles* et *Julien Warter* (Strasbourg).

Un type nouveau probablement spécifique de méningite lymphocytaire bénigne : deux cas de maladie des jeunes porchers. *MM. Roch, J.-M. Demole* et *R. S. Mach* décrivent une maladie qui sévit en Suisse et en Haute-Savoie depuis quelques années. Elle frappe dans les premiers mois de leur activité, les jeunes gens qui travaillent dans les porcheries. Elle est caractérisée par un état fébrile aigu durant quelques jours, terminé par une brusque défervescence à laquelle succède une nouvelle et brève reprise de fièvre. Les symptômes principaux sont des douleurs abdominales et de la constipation, des céphalées et quelques signes de méningite.

La ponction lombaire a montré une lymphocytose rachidienne considérable et passagère. L'agent infectieux n'a pu être décelé.

M. Lemierre demande si les auteurs ont dirigé leurs recherches du côté de la spirochétose.

M. de Massary souligne l'absence complète de corrélation entre les signes cliniques de l'atteinte méningée et l'intensité de la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien. De tels faits ont été observés autrefois par lui dans les oreillons et la nouvelle maladie décrite par les auteurs suisses confirme pleinement ces observations anciennes.

M. Roch répond à M. Lemierre que dans les cas de maladie des jeunes porchers publiés, qui sont actuellement au nombre d'une quarantaine, il n'a jamais été observé d'ictère ni chez l'homme ni chez le porc. Les injections au cobaye restèrent constamment négatives. Dans ces conditions, l'hypothèse d'une étiologie spirochétosique de la maladie lui paraît peu vraisemblable.

Les injections intracardiaques d'ouabaïne. — *MM. C. Lian* et *A. Abaza* rappellent les faits cliniques où des injections intracardiaques de strophantine ont pu réanimer le cœur dans des états de mort apparente ; aucun cas nocif n'a été publié. Ils mentionnent les deux succès cliniques de MM. Faure-Beaulieu et Paraf avec l'ouabaïne intracardiaque ; ces faits montrent que la réanimation cardiaque est possible même chez des cardiaques arrivés à un stade ultime.

Comme suite à leurs deux observations cliniques étudiées avec le contrôle de l'électrocardiographie, ils rapportent le résultat de recherches expérimentales qu'ils ont faites sur des chiens ; de longs films électrocardiographiques ont été recueillis après des injections intracardiaques d'ouabaïne et d'adrénaline.

Toutes ces données cliniques et expérimentales montrent que la fibrillation ventriculaire est beaucoup plus à redouter

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

avec l'adrénaline qu'avec l'ouabaïne, car l'adrénaline augmente beaucoup plus l'excitabilité myocardique que l'ouabaïne. A noter cependant que sur des chiens sains, l'injection intracardiaque tant d'adrénaline que d'ouabaïne n'a pas provoqué la fibrillation ventriculaire. Les troubles du rythme ainsi provoqués d'intensité beaucoup plus grande avec l'adrénaline.

Toutes ces nouvelles données viennent à l'appui des conclusions formulées par Lian et Abroza dans leur travail antérieur ; l'ouabaïne mérite de prendre place à côté de l'adrénaline parmi les médicaments susceptibles d'être employés en injection intracardiaque dans les états de mort apparente dus à une syncope brutale et prolongée résistant aux moyens thérapeutiques habituels.

M. M. Renaud demande s'il existe des différences importantes entre les électrocardiogrammes et recueillis après injection intracardiaque et après injection intraveineuse.

M. Lian répond que les perturbations du rythme sont beaucoup plus considérables quand l'injection est faite dans le cœur. On a l'impression que l'action du médicament est immédiate, ce qui permet sans doute d'expliquer son efficacité. Les indications des injections intra-cardiaques d'ouabaïne doivent cependant être limitées ; cette voie ne saurait remplacer la voie habituelle intraveineuse.

Paralysie sérique à forme de radiculo-myélite. — *MM. Claude Gautier* et *P. Seidmann* rapportent une observation de paralysie sérique à forme généralisée. Ces paralysies ont intéressé au maximum les muscles des membres inférieurs, à un moindre degré ceux du tronc, du cou, des membres supérieurs et la musculature externe de l'œil. Signe de Babinski. D. R. partielle apparue très tardivement. Longue évolution. Les auteurs concluent à la probabilité d'une radiculo-myélite.

A propos de la carotinémie. — *MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon* et *Philippe Baumgartner*, présentent un cas de carotinémie prolongée, secondaire à une cure d'oranges. Une atteinte hépato-vésiculaire semble avoir favorisé la rétention du carotène et sa localisation au niveau des extrémités semble s'expliquer par une stase veineuse périphérique vérifiée par la mesure de la pression veineuse.

M. Chabrol souligne la grande fréquence de l'association de la carotinémie et d'un trouble de la nutrition tel que diabète ou d'une lithiase biliaire.

Un cas d'ostéopsathyrose associé à des troubles mentaux. — *M. Crouzon* présente une malade atteinte d'ostéopsathyrose chez laquelle l'existence d'une psychose hallucinatoire chronique retient d'abord l'attention. Un dysfonctionnement ovarien, thyroïdien et surrénal put être mis en évidence par l'examen interférométrique. L'auteur souligne la relative fréquence de l'association de troubles mentaux à la maladie du Lobstein.

M. Grenet pense qu'il y aurait peut-être lieu de limiter le cadre de la maladie de Lobstein dont il souligne l'imprécision.

A propos d'un épanchement pleural hémorragique survenu au cours d'une poussée aiguë de purpura. — *M. R. Benda* et *Mlle M. H. Salembiez* soulignent les particularités étiologiques, pronostiques et biologiques de leur observation. En ce qui concerne spécialement le point de vue biologique, ils insistent sur cette anomalie que le liquide pleural hémorragique, partiellement hémolysé, ne contenait plus qu'une partie des agglutinines du sang retiré des vaisseaux. Cette anomalie s'oppose aux constatations qu'ils ont faites dans tous leurs autres cas de pleurésies hémorragiques, spontanées ou « artificielles », où le liquide pleural, précisément, n'était jamais hémolysé.

L'épreuve de la centrifugation appliquée à l'étude des hémo-agglutinines de divers liquides organiques. — *M. R. Benda, Mlle M.-H. Salembiez* et *M. Coro del Pozo* dégagent l'ensemble de leurs observations les quelques conclusions suivantes :

1° Analogie de la plupart des liquides organiques avec les sérums sanguins correspondants, en ce qui concerne leur mode d'action sur les diverses catégories de globules rouges ;

2° Possibilité d'une action aggressive de certains liquides organiques vis-à-vis des hématies des donneurs universels ;

3° Coexistence d'une accélération de la vitesse de sédimentation globulaire chez les malades dont le sérum ou le liquide pleural agglutinent les hématies des donneurs universels.

Un cas de syndrome latéral du bulbe. — *MM. Georges Marchal* et *Jean Lereboullet* rapportent un cas typique de syndrome latéral du bulbe caractérisé par les manifestations suivantes : du côté de la lésion, paralysie du voile, hémisyndrome cérébelleux, syndrome de Claude Bernard-Horner, anesthésie dans le domaine du trijumeau ; du côté opposé, hémianesthésie à type syringomyélique. Ils insistent sur la topographie dissociée de l'anesthésie du trijumeau, limitée au territoire de l'ophtalmique, et sur l'œdème aigu terminal, en rapport avec l'atteinte brutale du pneumogastrique.

Séance du 5 juillet 1935

L'anatoxine staphylococcique. Son emploi dans un cas de staphylococcémie grave à foyers multiples terminé par la guérison. — *MM. Robert Debré, Pierre-Paul Lévy, Louis Chalard* et *Henri Bonnet*, après avoir rappelé les notions récemment acquises sur la toxine staphylococcique, ses propriétés, son titrage, la possibilité d'obtenir une anatoxine et montré quels espoirs cette voie nouvelle ouvre pour le traitement des infections staphylococciques, rapportent l'histoire d'un jeune malade traité avec succès par l'anatoxine staphylococcique.

Chez un jeune homme de 25 ans apparaît, à la suite d'une plaie minime, un état fébrile avec troubles digestifs et ictère et un point de côté abdominal dû à l'existence d'une angiocholite, à laquelle succède un abcès du poumon gauche. Les crachats contiennent à l'état de pureté du staphylocoque doré. L'état général s'aggrave, des localisations pyohémiques se succèdent : abcès du poumon droit, ostéite du tibia gauche, embolie microbienne cérébrale, puis ostéite du maxillaire inférieur avec adénophlegmon. Une hémoculture permet dès le début d'isoler du sang le staphylocoque doré. L'ensemble du tableau clinique autorisait à porter un pronostic fatal. Le malade fut soumis au traitement suivant : en trois jours, injections de 160 c. c. de sérum antistaphylococcique préparé à l'Institut Pasteur par M. Ramon. L'influence sur l'évolution fut incertaine. On injecte alors de l'anatoxine staphylococcique préparée par le même auteur. Le malade reçoit en six semaines quatre injections aux doses de 0 c c. 75, 1 c.c. 5, 3 c.c. et 8 c.c. Dès la troisième injection, l'état général jusque-là précaire s'améliore brusquement. En même temps se développe un épanchement de la plèvre droite qu'on évacue chirurgicalement. Il y avait dans la séreuse quatre litres de pus riche en staphylocoques. Or, pendant tout le développement de cette énorme collection, le malade avait engraissé rapidement, retrouvé son sommeil et ses forces et en somme toute sa bonne santé antérieure. Il est actuellement guéri de cette grave septicopyohémie. Cette guérison a évolué en même temps que le sang du patient se montrait de plus en plus riche en antitoxine staphylococcique, sous l'influence des injections successives d'anatoxine.

Sans affirmer que la guérison de ce malade soit due au traitement spécifique, les auteurs insistent sur l'évolution parallèle de la clinique et des constatations immunologiques.

Ils indiquent ici leurs premiers essais, ceux des autres auteurs, notamment de Nélis, qui montrent la forte immunisation antitoxique obtenue par les injections d'anatoxine staphylococcique chez l'homme comme chez l'animal. Ils montrent que cette immunité antimicrobienne chez l'animal (O. Gengou, Nélis) ce qui permet d'escompter un pareil effet chez l'homme. Tout ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que l'espoir de réaliser pour la staphylococcie une vaccination antitoxique et une sérothérapie également antitoxique, actives l'une et l'autre, ne paraît plus chimérique.

Les abcès du poumon dans le cancer de l'œsophage. — *MM. Emile Sergent* et *Jean Regaud* rapportent plusieurs cas d'abcès du poumon venant compliquer des cancers de l'œsophage et en exposent le mécanisme.

L'exophtalmie des acromégales. — *MM. Marcel Labbé* et *L. Justin-Besançon* montrent que l'exophtalmie fait partie de certains syndromes hypophysaires, au premier rang desquels se place l'acromégalie. Cette exorbitis des acromégales est en tous points semblable à celle des basedowiens. L'exophtalmie est souvent un symptôme précoce, et les auteurs présentent un malade chez qui la protusion intense des globes oculaires a précédé de trois ans les premières déformations squelettiques. A ces stades initiaux, l'erreur est possible avec la maladie de Basedow, d'autant que le métabolisme basal est augmenté. Aux stades avancés de l'acromégalie, l'exophtalmie peut être masquée par le développement orbitaire et palpébral : l'exophtalmomètre révèle ces exophtalmies camouflées.

L'exophtalmie des acromégales peut être produite par injection au cobaye de fractions acides des extraits antero-hypophysaires ; ce principe exophtalmiant est jusqu'ici lié à la thyréostimuline. Mais, lors des injections prolongées, les effets thyréo-stimulants disparaissent tandis que l'exophtalmie s'accentue. De plus l'exophtalmie peut être reproduite par administration d'extrait antihypophysaire aux animaux éthyroïdés.

Cirrhose pigmentaire avec atrophie testiculaire et insuffisance grave du cœur. — ***MM A. Clerc, M. Bascourret*** et ***R. André***, à propos du procès-verbal rapportent l'histoire d'un homme jeune chez lequel se développe le syndrome en question. Toutefois, l'amélioration des troubles circulatoires a été notable et le malade a pu reprendre une vie assez active et cela malgré la persistance d'anomalies électrocardiographiques.

Septicémie gonococcique monoarthrite purulente. Méningite. Endocardite. Guérison. — ***MM. André Cain*** et ***Roger Cattan***. — Chez une femme de 38 ans, des arthralgies diffuses débutent brusquement et précèdent une monoarthrite secondairement suppurée du genou droit. L'atteinte profonde de l'état général, la splénomégalie, le purpura traduisent l'allurent septicémique de l'infection que viennent compliquer une méningite clinique et cytologique riguë mais passagère, puis une endocardite qui aboutit à une lésion mitrale. L'arthrotomie amène la guérison définilive. Le gonocoque est mis en évidence dans le pus articulaire, dans le liquide céphalo-rachidien, au niveau du col utérin.

Il faut retenir l'évolution bénigne de la méningite et la guérison inattendue de l'endocardite, au prix, il est vrai, d'une atteinte valvulaire.

M. Paraf insiste sur la nécessité d'une identification très rigoureuse du germe par les épreuves d'agglutination et sur l'heureuse influence dans ces cas du sérum antigonococcique dilué infecté par voie veineuse.

Un cas de brightisme précoce. — ***MM. Etienne Chabrol*** et ***Jean Sallet*** rapportent sous ce titre l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui présentait des signes d'infantilisme et qui fut emporté en moins d'une semaine par une urémie nerveuse à forme convulsive. Ce syndrome trouvait son origine dans une atrophie scléreuse des deux reins, comparable à celle que l'on observe chez les vieillards brightiques. Les auteurs soulignent dans cette observation le degré extrême de l'azotémie, 6 gr. ‰ et les signes d'acidose : la dyspnée de Kussmaul était bien en accord avec l'abaissement de la réserve alcaline et l'élévation du rapport du chlore globulaire, chlore plasmatique. Le taux du cholestérol sanguin et des lipides totaux était anormalement accru. En faveur de la syphilis, on pouvait faire valoir une albuminurie abondante, la notion de l'hérédité familiale et l'importance des lésions vasculaires dans le parenchyme du rein.

Rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. — ***MM. Codvelle*** et ***Henri***. — Les auteurs présentent un jeune soldat, se plaignant d'une dyspnée d'effort légère et remontant à l'enfance, qui leur fut envoyé pour forte hypertension (23). L'éréthisme marqué des vaisseaux du cou, l'écart considérable entre la tension aux membres supérieurs (Mx 23) et aux membres inférieurs (12) et la constatation, en position assise, d'un souffle systolique omo-vertébral, établissent l'existence d'une sténose isthmique. L'examen radiologique met en évidence une légère hypertrophie du ventricule gauche. Les traces électriques témoignent d'une hétéro-systolie juxta-nodale très curieuse.

M. Laubry relate plusieurs cas de sténose de l'isthme de l'aorte et insiste sur un signe constamment retrouvé et d'une grande valeur séméiologique : la circulation artérielle collatérale considérable.

Propriétés physico-chimiques du sang des hypertendus. — ***MM. Carrière, Cl. Huriez, Laperre*** et ***Sence*** (de Lille).

Le lipiodolage dirigée des voies respiratoires. Procédé de la sonde. — ***M. Aubin*** décrit un procédé qui consiste à injecter le lipiodol sous anesthésie locale par une sonde molle intrabronchique introduite par les voies naturelles, puis à surveiller la coulée lipiodolée dans le territoire que l'on désire examiner et de prendre après contrôle sous écran une radiographie.

M. Sergent insiste sur l'intérêt de la méthode qui permet de rendre visible électivement tel ou tel territoire pulmonaire.

Présentation d'ouvrage. — ***M. Léon Pollet*** présente son récent ouvrage préfacé par ***M. Duvoir***, sur les maladies professionnelles qu'il étudie au point de vue médico-légal, en insistant sur celles qui sont à déclaration obligatoire et sur celles qui sont indemnisables en France. Il fait l'analyse critique de la législation française qui les concerne, en la comparant aux principales lois étrangères et aux Conventions internationales sur les maladies professionnelles.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Hypertension artérielle et psychothérapie consolatrice

Sir W. Osler a écrit que le plus grand danger pour un hypertendu, c'est de tomber sur un médecin qui lui découvre et lui annonce brutalement l'existence de son hypertension et l'affole en lui signalant toutes les complications qui le menacent.

Soyez prudents, annoncez sans trop de brutalité, doucement, sans avoir l'air d'y attacher trop d'importance, les chiffres de l'hypertension (au besoin diminuez-les) ; encouragez, rassurez votre malade, dites-lui, assurez-lui qu'avec des soins sa tension baissera, que rien ne le menace, et vous aurez plus fait pour la cure de l'hypertension que beaucoup de médications préconisées.

Le rôle de cette psychothérapie consolatrice et rassurante est capital.

Cependant, il existe un lot de malades chez lesquels telle ligne de conduite serait néfaste : ce sont les insouciants, les négligents, les optimistes. Chez ceux-ci, sans exagération, dites la vérité, car ne la disant pas vous n'obtiendrez jamais l'observation d'un régime ou d'un traitement nécessaire.

(Pr Carrière. — Le traitement de l'hypertension artérielle. *L'Echo médical du Nord*, 10 juin 1934 et *l'Hôpital*, juin 1935.)

Large perforation spontanée du côlon pelvien

MM. Leubat et Firmin Carles ont rapporté le cas suivant à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (février-mars 1935.)

Une femme de 71 ans, sans aucun antécédent intestinal, présente pendant cinq jours un état de vague malaise, avec légères douleurs abdominales péri-ombilicales et constipation absolue. Au cinquième jour, douleur brusque et apparition soudaine de phénomènes péritonéaux aigus avec altération rapide de l'état général. Intervention. On trouve une large perforation sur le bord libre du côlon pelvien, par laquelle ont été évacuées dans la cavité abdominale, dans le bassin surtout, d'abondantes matières fécales pâteuses. L'intervention fut impuissante à pallier les effets d'une inoculation aussi massive du péritoine.

Il a dû se produire un petit infarctus par oblitération de petits vaisseaux, puis, au bout de cinq jours de latence, de paralysie intestinale réflexe, péritonite aiguë par chute de l'escarre qui paraissait être de la dimension d'une pièce de deux francs.

Spécificité du sulfarsénol dans diverses streptococcies

Une angine streptococcique pure, a cédé en moins de quarante-huit heures, à une seule injection de 12 centigrammes de sulfarsénol sous-cutanée, pratiquée au deuxième jour de l'angine. M. Ch. Borde (*S. de méd. et de ch. de Bordeaux*, février-mars 1935) qui rapporte cette observation, est ainsi conduit à penser que le sulfarsénol, qu'il considère comme spécifique de l'érysipèle, agit sur toutes les races de streptocoques.

Diarrhée chronique due à Hymenolepis nana

MM. Dufour et E. Roman (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 19 mars 1935) ont observé un cas de diarrhée chronique due à Hymenolepis nana. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans, de nationalité française, n'ayant jamais quitté la France. Après deux traitements à l'extrait éthéré de fougère mâle, 300 vers environ ont été expulsés et les symptômes digestifs ont disparu. A la faveur du cycle évolutif direct de ce cestode, il est vraisemblable que cette fillette s'est infectée à Villeurbanne par l'intermédiaire d'un porteur fruste originaire du Bassin méditerranéen, où le parasite est très fréquent.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Esprit scientifique et esprit métaphysique. — *Extrait d'un article de M. J. Fiolle dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juillet 1935) *intitulé* : LE MACHINISME ET L'ESPRIT DES SCIENCES CONTEMPORAINES :

C'est un médecin, le Professeur Grasset qui, vers la fin du XIXe siècle a eu le mérite de marquer avec le plus de netteté les différences quiséparent l'esprit scientifique et l'esprit métaphysique. On éprouve quelque surprise, aujourd'hui, à voir qu'il a déployé tant d'efforts, dans son livre *Les limites de la Biologie*, pour en arriver à un pareil truisme : mais il faut se reporter à l'époque où cet ouvrage fut écrit pour concevoir la légitimité d'une si laborieuse démonstration : c'était le temps où quelques chercheurs, saouls de découvertes proclamaient avec superbe que la science était capable de tout éclairer, de tout emplir, et que la métaphysique n'avait plus de raison d'être.

Grasset, en réalité, a enfoncé une porte ouverte quand il a soutenu que « chacun peut, s'il le croit bon, et, sans contradiction, aller successivement à son laboratoire et à son oratoire », ce que Renouvier exprimait de façon à peu près semblable : « Le théisme n'exclut nullement l'esprit positif, là ou l'esprit positif est à sa place ».

Que de telles affirmations aient été nécessaires, on s'en étonnerait vraiment si l'on ignorait les excès des prétentions scientifiques il y a quarante ans, et à quel point le public lui-même était entraîné.

Il a fallu que le vertige qui a saisi cette époque fut irrésistible pour que durant des années, l'Eglise elle-même, inquiète de la force nouvelle qu'était la science, daignât lui demander des justifications, composer avec elle, opposer des savants à elle aux autres savants, et discuter, petitement.

On voit les dangers d'une telle complaisance : que l'Eglise argûmentât avec la science en se plaçant sur le terrain scientifique, c'était d'abord accorder une valeur éminente à ses méthodes et par contre, soumettre le spirituel aux critères qui ne valent que pour le concret. C'était en somme changer de plan. Le profane qui, par les travaux d'exégèse, par des recherches d'histoire ou de cosmographie ou de linguistique, fait la critique d'un texte sacré, celui-là est dans son rôle, un rôle borné sans doute, mais qui lui appartient en propre, et qu'il remplit de façon logique.

Par contre, si vous défendez ces mêmes textes à l'aide d'arguments tirés des sciences qui sont précisément parmi les plus flottantes et les plus incertaines, vous risquez de nous faire croire que la vertu directe qui émane de l'Ecriture n'est plus suffisante pour entraîner notre adhésion : pour nous montrer la lumière, vous ajoutez un quinquet au soleil de midi.

L'énergie spirituelle vraie se développe dans un sens qui n'est ni celui de la science, ni celui de la simple raison.

. . . .

De toute façon, il apparaît que l'Eglise fait preuve d'une grande sagesse en renonçant maintenant à des controverses scientifiques sur les origines du monde, la création de l'homme, l'évolution, etc., — en proclamant qu'il existe deux connaissances distinctes, qui ont chacune leur domaine propre, — et en concluant avec Grasset, « Chacun chez soi ! »

Le cinquantenaire du traitement antirabique. — *M. Léon Daudet écrit dans* L'ACTION FRANÇAISE :

... C'était, il y a cinquante ans (1885), dans le service de Tillaux, à l'Hôtel-Dieu. Six Russes, mordus au visage par un loup enragé, étaient arrivés à Paris pour y être traités par Pasteur, selon la méthode dont s'entretenait, alors le monde entier. J'ai raconté ailleurs cette séance inoubliable. On devinait, à sa pâleur, que Pasteur était ému. Il paraissait petit, à côté de Tillaux, très robuste, et qui l'appelait « monsieur Pasteur ». Comme on lui tendait la seringue à injection, il murmura : « Je n'ai pas le droit », et il la passa à Tillaux, qui fit le nécessaire. Tous les Russes mordus eurent la rage, en dépit du traitement, et moururent dans des souffrances atroces. On expliqua la chose par la longueur du trajet et le fait des morsures à la face. Mais quelques antipastoriens murmurèrent : « C'est qu'ils n'entendaient pas le français », voulant dire par-là que la persuasion et la renommée étaient pour beaucoup dans le succès. On n'avait pas encore isolé le « pithiatisme », ou fait de persuasion (du grec *peithein*), dont Babinsky, vingt-cinq ans plus tard, devait démontrer l'importance, dans les contractions et convulsions prétendues hystériques.

On cite ce fait authentique : deux frères dont l'un s'embarque pour l'Amérique, sont mordus sur le port par un chien enragé. Après le départ du navire, le chien est reconnu enragé, et le frère restant meurt de la rage. Deux ans après, le frère parti revient en France, bien portant, apprend la cause de la mort de son frère, — cause qu'on lui avait cachée — et devient enragé à son tour. Maladie des centres nerveux, la rage est ainsi proche de l'imagination.

On sait que la souche primitive dont se servait Pasteur, pour son traitement est aujourd'hui remplacée par une autre. Ce point est aussi traité dans l'ouvrage magistral de Charles Nicolle, auquel la presse médicale n'a pas fait l'écho auquel il avait droit, sans doute parce qu'il bouscule beaucoup de préjugés.

On peut se demander si Pasteur, après de fortes études médicales et muni de son diplôme de docteur, aurait osé produire les thèses qu'il a soutenues — par devant la table traditionnelle — et fait triompher. Il était volontaire, entêté même, irritable, et les oppositions qu'il eût rencontrées du dedans lui eussent été plus cruelles que celles qui lui vinrent du dehors, notamment de Michel Peter, et, sous une formule plus discrète, de Kelsch, du Val-de-Grâce. Lui, Pasteur déclarait carrément : « C'est ça », sans ajouter mentalement : « Et puis, ce n'est peut-être pas ça ». Parti de la chimie pour aboutir à la biologie, il ne semble pas avoir aperçu, de prime abord, les aléas et les fluctuations, quelquefois imprévisibles, de celle-ci, ni les surprises qu'elle réserve à la postérité intellectuelle des grands inventeurs.

. . . .

Quant à l'Institut Pasteur, je ne sais pas trop où il en est, mais je me suis laissé dire qu'après un demi-siècle d'exercice il aurait besoin, scientifiquement parlant, d'une aussi sérieuse refonte que l'Académie française. Mon admirable condisciple le Docteur Auclair m'avait écrit là-dessus, à la veille de sa mort, une lettre que nos lecteurs n'ont peut-être pas oubliée. Seul le Collège de France, datant de François Ier, que dirige mon autre et bien cher condisciple Joseph Bédier, semble garder une jeunesse éternelle. De l'enseignement étincelant de Charles Nicolle au Collège de France, il peut naître un nouveau Pasteur.

Le Congrès d'aviation sanitaire de Bruxelles — *De M. Charles Richet dans* LE MATIN (6 juillet 1935) :

Un Congrès d'aviation sanitaire vient de se tenir avec grand succès à Bruxelles, il y a quelques jours. Le premier Congrès avait eu lieu à Paris puisque nous avons le glorieux privilège d'inaugurer presque toujours les tentatives d'une union scientifique plus étroite entre les savants des divers pays. Le second Congrès a eu lieu, il y a deux ans à Madrid. Le troisième, celui de Bruxelles, n'a pas été moins important que les autres. Vingt et un pays ont été représentés, et des décisions ont été prises à l'unanimité. Les médecins et les officiers les plus distingués de l'aéronautique des différents pays ont discuté (avec compétence et courtoisie), tout ce qui intéresse le transport des blessés.

Le président a été le général Docteur Durre, de Belgique.

Sur l'aérodrome militaire d'Evère, près de Bruxelles, des avions sanitaires de formes diverses ont été montrés et ont évolué. Il semble que le principal souci des congressistes ait été la facile transformation des avions touristiques en avions sanitaires.

Les présentations d'appareils spéciaux du Docteur Crochet, de Reims, du médecin-major belge Silvaerts, de Mlle Marvingt, de la marquise de Noailles ont eu la coupe challenge.

Au Congrès de Bruxelles, on a beaucoup insisté sur la nécessité de donner aux avions porteurs de blessés des marques de reconnaissance visibles de loin, une grande croix rouge, par exemple, signes qui éviteront toute méprise et assureront la sécurité.

Il y a déjà, au moins en France, des écoles d'infirmières dressées à accompagner les blessés qu'on transporte en avion. On les dit *convoyeuses* (c'est un mot barbare, mais le bienfait ne l'est pas).

L'aviation sanitaire est une victoire à la fois scientifique et humanitaire ; elle n'entraîne aucune conséquence fâcheuse,ce qui est rarissime, car, presque toujours, une conquête industrielle comporte des inconvénients en même temps que des avantages. Le développement du machinisme ruine les petits marchands et les petits cultivateurs. L'avion, cet admirable instrument de paix, est devenu, grâce à notre folie belliqueuse, un terrible instrument de guerre.

Certes. Mais il faut aussi voir le beau côté des choses. Etre pessimiste est une manière commode de justifier sa paresse. L'optimiste et le pessimiste ne lisent pas le même chiffre sur le baromètre. Ni sur le thermomètre, quand ils ont la fièvre.

Soyons donc, en fait d'aviation, résolument optimistes. L'apport d'un secours rapide, c'est l'apport de la vie.

Voilà pourquoi j'ai tenu à indiquer à mes amis du *Matin* que ce Congrès d'aviation sanitaire de Bruxelles, dont la presse n'avait presque pas parlé, représente un progrès considérable, progrès qu'il dépend de nous d'intensifier.

L'aviation sanitaire aux colonies, *c'est le progrès sans larmes.*

« Entre vingt et trente ans les gens lisent beaucoup ; après trente ans, ils lisent de moins en moins, et vers la quarantaine chacun ne lit plus que les ouvrages qui traitent de sa spécialité, les journaux et les revues ; en sorte que la portion la plus considérable de notre public et celle pour laquelle nous devons surtout écrire est faite de spécialistes et d'hommes entre vingt et trente ans. » (SAMUEL BUTLER. Carnets. *La Nouvelle Revue Française*, 1er juin 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

Dupuytren, par le Docteur Léon DELHOUME. 1 vol. in-8°, 491 p., fig. Prix : 50 francs, Limoges, Impr. du Centre, 1935.

Sainte-Beuve prétendait que c'était une belle vie que celle qui s'abritait dans une *grande œuvre* et sous un *grand nom.*

Le Docteur Delhoume aura eu cette vie en partage : lui à qui vingt ans d'efforts, de recherches ont permis de réaliser les cérémonies qui viennent de se dérouler à Paris et à Pierre Buffière, et d'écrire une biographie qui sera le monument le plus durable élevée à la gloire de Dupuytren.

Comme il est naturel, le Docteur Delhoume a magnifié son compatriote et les documents qu'il a exhumés le lui permettaient. Il ne sera plus licite désormais de faire grief au chirurgien de ne s'être point présenté au jour fixé pour son mariage avec Mlle Boyer. Quantité de lettres sont là pour justifier sa conduite qui fut en tout point honorable.

On voudrait en dire autant de toutes les autres circonstances de la vie de Dupuytren, où l'anecdote le montre sous un jour plutôt défavorable. A défaut de textes, il faut bien admettre l'anecdote, dont panégyristes et détracteurs usent d'ailleurs tour à tour.

Dupuytren ne vit pas sans quelque satisfaction disparaître Bichat qui pouvait être un rival dangereux. Et si le mot rapporté par Malgaigne, qui le tenait de Roux : « Enfin je respire », n'est pas prouvé, il est plausible de l'admettre. Dupuytren avait consacré à l'*Anatomie générale* une analyse de 70 pages où, s'abstenant « de tout éloge, comme de toute critique il avait voulu « prouver son estime, par le soin qu'il avait mis à faire connaître l'ouvrage ». Moins d'un an après la mort de Bichat, Dupuytren, omettra de le citer (1) et, sur la remarque de Laennec, il manifestera l'intention de le faire dans un ouvrage qui ne paraîtra jamais.

M. Delhoume estime que « pour la première fois Dupuytren a démontré que les mêmes lois président à l'évolution des tissus morbides et à celle des tissus normaux ». On serait plutôt tenté d'admettre l'opinion de Laennec qui, dans la réponse qu'il fit à Dupuytren (2) persistait à attribuer à Bichat « l'impulsion qui porte actuellement plusieurs jeunes médecins à cultiver d'une manière particulière l'anatomie pathologique ».

(1) Dans sa thèse : Proposition sur quelques points d'anatomie, de physiologie et d'anatomie pathologique, an XII.

(2) *Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, etc., *germinal an XIII*, p. 92.

Il n'y a qu'à relire la préface de l'*Anatomie générale* pour s'en convaincre.

On ne saurait d'autre part nier, malgré tout le désir qu'on peut avoir de juger, comme le disait E. Chauffard « avec l'esprit de respect et même d'admiration pour tous ceux qui ont aimé et servi la médecine », que Dupuytren n'ait eu, vis-à-vis de ses contemporains quelques procédés indignes d'un grand caractère.

Quand à ce sujet, on évoque les démêlées de Lisfranc et de Dupuytren, on s'attire la réponse que Lisfranc ne valait guère mieux que son ennemi à certains points de vue et beaucoup moins à d'autres. Et on se voit contester tout ce que Lisfranc a raconté et que l'on connaît par Malgaigne.

Il y a cependant dans la *Revue Médicale* de 1825, une *Rectification contre M. Dupuytren* où, en juxtaposant les textes, Lisfranc prouve que Dupuytren, dans sa nouvelle édition de la *Médecine opératoire* de Sabatier, avait sciemment travesti les textes, avec l'espoir d'empêcher la nomination de Lisfranc comme chirurgien de la Pitié, manœuvre sans résultat, puisque Lisfranc fut nommé.

On pourrait relever ainsi, en s'appuyant sur les témoignages des contemporains, tous les procédés déloyaux dont Dupuytren usa vis-à-vis de Lisfranc quand ce dernier fut candidat à l'École. Mais on risquerait de se voir arguer que ce sont là procédés courants qui n'entachent point l'honneur d'un juge. Passons.

Et arrivons au cas Pelletan. Même en admettant que l'ancien médecin de Louis XVII ne fut qu'un opérateur déplorable, on ne saurait approuver la façon dont Dupuytren en usa envers celui qui avait puissamment contribué à le faire nommer professeur de médecine opératoire. Tant que Dupuytren eut besoin de Pelletan il le ménagea et s'employa ensuite, en discréditant ses procédés, en glosant sur ses infortunes opératoires, à l'évincer à l'Hôtel-Dieu pour prendre sa place.

On répondra sans doute que Dupuytren ne fut pas aussi indigne qu'on veut bien le dire et que ce fut sur sa demande que Pelletan, mis à la retraite, conserva son traitement. Le Docteur Delhoume a en effet publié la lettre que le prouve d'une façon incontestable.

Mais la générosité de Dupuytren n'aurait-elle pas été une manœuvre encore plus astucieuse que les autres ? Pelletan était membre de l'Institut et sa voix n'était pas à négliger par un candidat aussi pressé de parvenir que Dupuytren qui, sachant Pelletan pauvre, crut pouvoir se l'attacher par une reconnaissance vénale. Et la preuve en serait dans l'étrange proposition que Dupuytren fit à son ancien maître en 1824.

« La mort de Deschamps, ayant laissé une place vacante à l'Académie des Sciences, Dupuytren s'étant mis sur les rangs pour obtenir ce nouvel honneur, fut à la quête des voix. Malgré ses antécédents, comptant toujours sur l'indulgence excessive de Pelletan qui allait jusqu'à la faiblesse, il espéra le trouver vulnérable ; il osa pousser l'imprudence jusqu'à venir chez mon père, en compagnie du doyen Leroux, pour lui offrir 1.500 francs de pension s'il voulait lui donner sa voix. Il est inutile de dire que Pelletan, très loin d'être riche, refusa de souscrire à cette infamie. Dans son indignation et pour prévenir tout subterfuge, il fut de suite chez le commissaire de police du quartier, Duval, faire sa déclaration du fait (1) »

Somme toute, Dupuytren, professeur incomparable, grand chirurgien ; ne fut peut-être pas, comme la dit Percy « le dernier des hommes », mais tout au moins, selon l'expression de J.-L. Faure, le contraire d' « un grand caractère ». Cependant par la publication de nombreux documents que le Docteur Delhoume a exhumés, il sort absous de quelques-unes des petitesses qu'on lui avait reprochées, ce qui prouve une fois de plus que les descendants de grands hommes ont toujours intérêt à confier au tribunal de l'histoire les dossiers qu'ils détiennent et sur lesquels la postérité peut établir un jugement.

M. G.

(1) Gabriel PELLETAN. *Moniteur des Hôpitaux*, 28 février 1896.

Sur la pyorrhée alvéolaire. — Il semblera sans doute outrecuidant et superflu de revenir sur l'ouvrage bien connu et abondamment analysé de notre confrère, le Docteur Maurice Roy (*La pyorrhée alvéolaire*). J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris. — Je le fais cependant pour obéir à un scrupule. Je voudrais communiquer au monde entier les résultats stupéfiants que m'a valu sur des dents — qui étaient condamnées ! — la simple application du procédé, conseillé par Roy, comme préparatoire de sa méthode.

Lisez, je vous en prie, les pages 202, 322, 326, 328 de son ouvrage.

Et surtout non et non : ne vous faites pas arracher de dents pour pyorrhée alvéolaire.

Médecin Général G. SAINT PAUL.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° : 4 fr. 50. Abonnement : un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

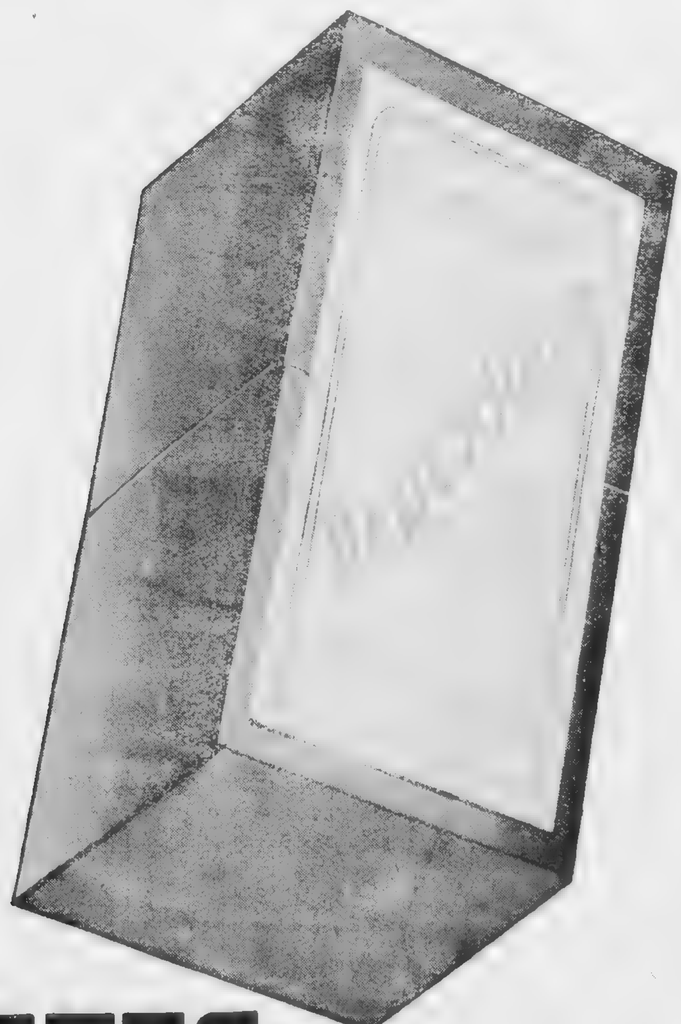
Sommaire du numéro du 15 juillet 1935 : G. Millardet : Le roman de Flamenca (I) : Le roman. — G. Dumézil : Caucasien du Nord et Caucasien du Sud. — C. Toussaint : Introduction à l'étude du problème d'Israël (II) : Les origines du prophétisme hébreu. — Ch. Lalo : L'art et l'action (IV) : Balzac économe. — R. Latouche : L'acte écrit en France au Moyen-Age (V) : Etude analytique de l'acte. — A. Feugère : Rousseau et son temps (VII) : Diderot : L'apologie des passions fortes. — M. Duchemin : Soutenance de thèse : L'esthétique de J.-K. Huysmans.

EUPEPTIQUE pour Adultes et Enfants

(CHLORURE DE CA, Mg, ET Na + AMERS DE GENTIANE)

Etats Hyposthéniques
Digestion lente, Atonie Gastrique
Anorexie, Aérogastrie

Posologie : Adultes : 30 gouttes à chaque repas.
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.



GOUTTES PEPTODIASE DIGESTIVES

HÉMET. JEP-CARRÉ

Laboratoires du Dr ZIZINE, 24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 31 LE NUMÉRO : 50 Centimes 3 AOUT 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies		40 fr.
Etudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

La loi sur l'exercice de la médecine. — Voici les principaux articles de la loi relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, dont le texte a paru le 19 juillet au *Journal officiel* :

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France, s'il n'est :

1° Muni du diplôme d'Etat français, de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892, ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains (arrêté du 24 septembre 1919, loi du 12 juillet 1931, loi du 10 août 1924, décret du 5 juillet 1922 ratifié par la loi du 13 décembre 1924, loi du 18 août 1927) :

2° Citoyen ou sujet français ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France.

Toutefois, les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer leur art pourront demander au gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la nationalité française. Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant, effectivement, la médecine dans ces pays.

Les autorisations seront données individuellement, par décret.

Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent aux chirurgiens-dentistes.

Pourront également exercer la médecine sur le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, les médecins sarrois détenteurs des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine dans la Sarre et qui ont obtenu la nationalité française avant le 1er mars 1935.

Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le diplôme d'Etat français devront :

1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français, y compris le diplôme du certificat d'études physique, chimiques et biologiques ;

2° Satisfaire à tous les examens. Ils pourront être dispensés de trois années de scolarité au maximum.

Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une Université française et les étudiants en cours d'études pour ce diplôme, qui postuleront le diplôme d'Etat, seront astreints aux mêmes obligations.

Toutefois, la dispense de scolarité pourra être étendue pour eux à quatre années.

Art. 3. — Les étudiants de nationalité étrangère ne pourront s'inscrire aux Facultés et Ecoles françaises métropolitaines de médecine, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, s'ils ne justifient pas des titres initiaux français, y compris le diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, requis par les règlements afférents à ce diplôme d'Etat.

Il ne sera accordé aux étudiants étrangers, ou naturalisés Français, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

L'étudiant de nationalité étrangère ne pourra être inscrit dans une faculté ou école de médecine française en vue de l'obtention du diplôme d'université s'il ne possède tous les titres initiaux lui permettant de s'inscrire régulièrement à une Faculté de médecine de son pays d'origine.

Art. 6. — Dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi, les titres et diplômes de tous les médecins et dentistes exerçant en France devront être vérifiés et authentiqués par les soins des Préfets et avec la collaboration des Syndicats médicaux, des Syndicats de chirurgiens-dentistes et de l'Administration des Contributions directes...

Art. 7. — Tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine :

1° Pourra immédiatement exercer la médecine s'il a accompli le temps légal de service militaire actif ou s'il a servi dans l'armée française en qualité d'engagé volontaire au cours d'opérations militaires depuis 1914 ;

2° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal à la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli, s'il a été exempté totalement des obligations militaires françaises par un conseil de révision ou partiellement par un conseil de réforme, ou si la loi du recrutement ne lui est pas applicable en raison de son sexe, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

3° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal au double de la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli si, en raison de son âge, il a été dispensé de la totalité ou d'une partie du temps légal de service militaire actif, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

4° Devra subir un délai d'attente de cinq ans après l'obtention du droit d'exercer pour remplir les fonctions ou emplois de médecine publique déterminés par un règlement d'administration publique. Ce délai de cinq ans ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires, auront servi dans l'armée française au cours d'opérations militaires depuis 1914 ; des dérogations pourront être accordées par le ministre de la Santé publique pour assurer ces Services dans le cas d'extrême nécessité.

Les médecins étrangers autorisés à exercer leur profession en France avant la promulgation de la présente loi continueront à jouir de cette autorisation. Toutefois, ils seront soumis aux dispositions de l'alinéa 4°, à moins qu'ils ne soient déjà pourvus d'une fonction ou d'un emploi de médecine publique.

Seront dispensés du délai d'attente prévu aux alinéas 2° et 3° du présent article, les étrangers qui étaient en cours d'études médicales le 21 avril 1933 et qui, avant la promulgation de la loi, ont demandé leur naturalisation et se sont mariés à des Françaises ayant conservé leur nationalité.

Les dispositions du présent article s'appliqueront aux chirurgiens-dentistes.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le Docteur Aublant, directeur des Services départementaux d'hygiène de Seine-et-Oise, a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le Docteur Briau, nommé membre du Conseil.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Bacaresse, au lieu de Gacarasse.

Guerre (*Réserve*). — Sont rayés des cadres et placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin colonel : MM. Laval et Péchin (de Paris).

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Brisard, Dubois, Terrien (Félix), (de Paris), Lardennois (de Reims) et Zeller (de Massevaux).

Avec le grade de médecin commandant : MM. Chauchard, Grivot, Raoult-Deslongchamps (de Paris), Decoopman (de Neauphle-le-Château), Duval (de Dunkerque), Lorgnier (de Saint-Omer), Hardouin (de Rennes), Sébilleau (de Nantes), Martin (de Clermont-Ferrand), Mayet (Lucien), (de Lyon), Caillol (de Marcillac).

Internat des hôpitaux de Toulouse. — L'Assemblée générale de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Toulouse, réunie à Toulouse le 29 juin, a émis, à l'unanimité, les vœux suivants qui ne sont, d'ailleurs, que le rappel de vœux précédemment émis.

1° Suppression de l'anonymat au concours de l'internat.

2° Que le titre d'interne provisoire soit remplacé par celui d'externe en premier, comme cela existe dans d'autres villes de Faculté.

3° Sur la proposition de M. Sorel, l'Assemblée émet le vœu que soit instituée une assurance contre les accidents pouvant survenir aux internes, dans l'exercice de leurs fonctions, et qu'un étude plus approfondie de la question soit faite.

VIIe Cours international de Haute culture médicale de la Fondation Tomarkin. Organisé sous les auspices de l'Université Libre de Bruxelles pendant l'Exposition universelle, ce cours traitera les spécialités suivantes :

Bruxelles, 12-19 septembre 1935 : Cancer, maladies tropicales, sub-tropicales et infectieuses, parkinsonisme post-encéphalitique (thérapie). Conférences libres.

Séance commémorative internationale en l'honneur de Marie et de Pierre Curie.

Spa, 20 septembre-2 octobre 1935 : Affections du système cardio-vasculaire, maladies du sang, conférences libres.

Congrès international de la transfusion sanguine. — Il aura lieu à Rome du 26 au 29 septembre 1935.

A ce Congrès, seront traités les principaux sujets suivants : 1° Professeur A.-M. Dogliotti, de Turin : Les problèmes biologiques et cliniques inhérents aux indications les plus récentes de la transfusion du sang. — 2° Docteur A. Tzanck, de Paris : La transfusion du sang dans les maladies infectieuses. — 3° Professeur E. Hesse, de Leningrad : La nature et le traitement des chocs hémolytiques après la transfusion du sang. — 4° Professeur Stahl, de Breslau : La transfusion du sang comme moyen thérapeutique pour l'équilibre humoral. — 5° Professeur A. Ritter, de Münsterlingen : La transfusion du sang dans les armées.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Directeur de l'A. V. I. S. (Associazione volontari italiani del Sangue, Docteur Vittorio Formentano), 1, via Palermo, Milan.

Union internationale contre la tuberculose. — Le comité exécutif et le Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le secrétaire général est le Professeur Fernand Bezançon, se sont réunis à Paris, au secrétariat de l'Union, 66, boulevard Saint-Michel, sous la présidence du Docteur Piestrzynski (Pologne), sous-secrétaire d'Etat. Les représentants de vingt pays assistaient à ces réunions.

A cette séance a été fixé le programme de la conférence internationale qui aura lieu à Lisbonne en 1936. Puis, M. Madsen (de Copenhague) a présenté un rapport sur la standardisation de la tuberculine. On a discuté ensuite sur les avantages respectifs de la cuti-réaction et de l'intradermo-réaction.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 avril 1936. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 14 octobre 1935, à 9 heures, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris-XVe. (Entrée des candidats : Stand 54, côté avenue de la Porte-de-la-Plaine).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 12 heures et de 13 à 17 heures, depuis le lundi 9 septembre jusqu'au jeudi 26 septembre 1935 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — M. Hartmann rappelle en termes émus la perte considérable que l'A. D. R. M. vient de faire dans la personne d'un de ses vice-présidents, M. Morax. Le Docteur Michon est désigné pour le remplacer à la vice-présidence, le Professeur Lenormant pour entrer dans le Conseil d'administration.

M. Soupault expose les conditions de la constitution d'un Office français de renseignements à New-York. Le Conseil le charge de servir de lien entre cet Office et l'A. D. R. M.

Lecture d'une lettre de MM. Phocas, Pappas et Portocalis, anciens internes des hôpitaux de Paris qui regrettent que le nouveau règlement de l'internat fasse des internes étrangers des parents pauvres, ce qui éloignera de Paris les candidats de réelle valeur.

Lecture d'une lettre de notre Consul à la Nouvelle-Orléans annonçant la proposition faite par le Docteur Rhéaume d'y réunir en 1938 les membres du Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Rapport de M. Glénard sur l'utilité qu'il y aurait de développer en Hollande notre propagande thermo-climatique.

Election de nouveaux membres : MM. Jacobo Benzadon, Harvier, Renato Souza Lopes, Mlle Papaioannou, M. Roudinesco, Mme Roudinesco, M. Terray.

Nécrologie. — Docteur Haelling, décédé à Montrouge, le 24 juillet, à l'âge de 83 ans. — Docteur Fernando Perez, décédé subitement à Paris, à l'âge de 70 ans. — Docteur Mouret, inspecteur honoraire des enfants assistés du Rhône, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

CHRONIQUE

Pancréas et ovaire. — LIEGNER, en réséquant le pancréas de cobaye, observé a des lésions ovariennes et une diminution de la fertilité. Il a observé, chez la femme ayant une insuffisance langerhansienne des troubles mentruels, soit retards et règles pauvres, soit métorrhagies s'il n'y a pas formation de corps jaune. L'insuline peut être utile dans tous ces cas. (LIEGNER. Troubles hormonaux et troubles menstruels. *Zentralbl. fur Gyn.*, 15 déc. 1934, p. 2952).

***

La lactosurie est de règle chez la nourrice et peut, même, persister pendant plusieurs mois. Elle est due à l'activité de la glande mammaire. On trouve un peu de lactose chez un bon nombre de femmes enceintes. La glycosurie des femmes enceintes n'a pas d'importance clinique (BROCK et HUBLARD. Glycosurie et lactosurie des femmes enceintes. *Amer. Journ. of digest. diseases*, mars 1935, p. 27.)

***

Sexualité. — Ph. JOYET-LAVERGNE se propose (1) d'examiner comment les lois énoncées par lui en ce qui concerne le déterminisme physico-chimiques ed la sexualité ont-elles subi l'épreuve des résultats nouveaux apportés par les recherches de ces dernières années.

La première de ses lois est que « dans une espèce, les cellules polarisées dans le sens femelle ont un pouvoir d'oxydation inférieur à celui des cellules polarisées dans le sens mâle ».

L'énoncé de la deuxième loi est le suivant : les différences de nature et de proportions dans les réserves (lipoïdes et graisses) constituent un caractère de sexualisation du cytoplasme : les cellules polarisées dans le sens femelle acquièrent des réserves en graisse qui réduisent l'acide osmique ; les réserves lipoïdes des cellules qui donneront les gamètes mâles n'ont pas cette qualité.

Les travaux de l'auteur et un grand nombre de recherches entreprises par d'autres chercheurs permettent de conclure que le caractère très général et le caractère primitif attribués aux qualités exprimées par ces lois de sexualisation, à la suite des résultats de ses premières recherches, se trouvent aujourd'hui très nettement confirmés par les conclusions des travaux récents des divers auteurs. L'orientation nouvelle des recherches sur l'aspect physico-chimique des problèmes de la sexualité, a, ainsi, justifié l'espoir qui avait été formulé à son sujet.

***

Endocrinologie et prostitution. — Deux médecins argentins, BERETERVIDE et ROSEMBLATT se sont demandé (2) s'il existe une prédisposition biologique qui confère un type particulier aux prostituées. Y a-t-il un facteur commun dans cette « profession » qui imprime aux femmes de ce groupe social infiniment particulier un caractère commun.

Les auteurs rappellent d'abord, les travaux de LOMBROSO, de CARRARA, de HAVELOCK ELLIS ; puis, se plaçant sans idées préconçues, ils procèdent par observation nettement scientifique et ils déduisent leurs conclusions d'une statistique rigoureuse, fondée sur cent dix cas.

Soixante-dix chez ces femmes avaient contracté la syphilis très peu de temps après leur début dans la prostitution.

Puberté, maturité et ménopause font l'objet de la première partie de leur livre que termine un exposé de la stérilité secondaire et des troubles du *libido* chez les prostituées.

Les signes d'intoxication alcoolique étaient peu marqués chez ces femmes. Beaucoup d'entre elles étaient d'enragées fumeuses.

Les auteurs mettent en doute la prétendue prédisposition biologique, susceptible de déterminer un type constitutionnel spécial. La précocité de la puberté n'est pas apparue comme fréquente. Les règles étaient, en général, abondantes, mais non excessives, au point de pouvoir être considérées comme pathologiques. Soixante-neuf sur cent des femmes examinées par eux étaient des bréviligues, grosses, dont l'habitus, rapproché de constatations morphologiques, pouvaient faire penser à une suractivité des glandes génitales frénatrices du fonctionnement hypophysaire, capable par conséquent d'agir sur le développement.

L'excitabilité sexuelle n'avait non plus rien d'anormal. Pas mal de femmes avaient un penchant homosexuel et c'est chez elles que furent rencontrés un goitre exophtalmique, un syndrome adiposo-génital, des troubles ovariens. Ce n'est pas l'excès d'appétit sexuel qui a conduit aucune de ces femmes à la prostitution, quoique certaines puissent être considérées comme de grandes hypergénitales. Mais ce fait n'incite pas les auteurs à s'écarter de la ligne de prudence qu'ils se sont tracés et ils estiment que l'hypergénitalisme invoque dans le cas de femmes qui se sont prostituées de bonne heure ne serait pas la véritable cause de leur acte. A l'appui, ils citent les observations de deux filles de 17 et 18 ans franchement hypogénitales, chez lesquelles l'absence de libido était complète.

En somme, pour eux, la cause de la prostitution réside moins dans une prédisposition d'origine hormonique que dans des conditions sociales. Les troubles endocriniens observés ne constituent pas des syndromes bien tranchés. Certes l'hypophyse, la surrénale, les parathyroïdes, étaient souvent médiocres, l'équilibre thyroïdien était bon en général ; l'appareil génital et le pancréas était en hyperfonctionnement. Mais rien de « tyrannique » dans tout ceci.

Les deux auteurs consacrent à la constitution neuro-végétative un chapitre fort nourri. L'hypervagotonie est fréquente.

Ils terminent en analysant le psychisme si particulier de ces femmes. L'examen mental a montré l'instabilité du caractère, la médiocre capacité psychique, la passivité, le goût des distractions puériles, etc... On ne peut pas admettre l'existence d'une prédisposition constitutionnelle à la prostitution. Ce sont le milieu, la mauvaise éducation, le besoin, qui font la prostituée.

***

Au delà des frontières fermées. — A. SARTORY professeur à l'Université de Strasbourg, botaniste, bactériologiste, savant aux activités multiples, et E. BAILLY, grand industriel de la thérapeutique, grand capitaine de commerce, qui s'est intéressé à de nombreuses œuvres de progrès social et scientifique viennent de publier un bien intéressant ouvrage sur le voyage qu'ils ont fait récemment en Russie (1). Ils nous ont fourni, en particulier, de très intéressants tableaux de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et aussi, de l'organisation de la recherche scientifique. Et ils nous parlent aussi de la vie en Russie. La Russie est un très vieux pays, lourd d'histoire et de mystère, riche de survivances pittoresques et il peut être intéressant d'y retrouver tout ceci. Mais, encore, c'est un pays de notre Europe où se déroule une immense expérience sociale fondée sur les postulats de KARL MARX et fondée aussi sur cette civilisation industrielle que les Etats-Unis d'Amérique ont portée à un degré si accentué de mécanisation. Expérience sociale. Oui, mais aussi expérience morale qui nous déroute infiniment, car le vieux rêve socialiste qui s'apparentait à je ne sais quel christianisme des premiers âges est fondu avec le Nietzchéisme en un mariage qui nous étonne. Cette expérience, elle marquera, on n'en effacera pas les effets, même si on la terrasse politiquement. Et, si on ne la terrasse pas, elle évoluera Dieu sait comment, et, sans doute, dans un sens imprévu et tout à l'inverse de ce qu'ont voulu réaliser ses apôtres.

Je me suis laissé dire qu'il est difficile de « voir » là-bas par le fait de procédés policiers, dictatoriaux, autoritaires. Malgré cela, SARTORY et BAILLY semblent avoir beaucoup vu et, manifestement, ils ont vu avec impartialité. Car ce n'est pas la bonne façon de faire une enquête que de partir avec un parti pris d'hostilité. Faut il dire qu'ils ont vu avec sympathie ? Peut-être, je ne sais. Au surplus, pour conclure, nos deux auteurs conseillent d'y aller voir. Et leur livre se termine par la constatation qu'en revenant ici les voyageurs sauront mieux apprécier encore la belle et douce France.

Henri VIGNES.

(1) Ph. JOYET-LAVERGNE. Que faut-il penser des lois de sexualisation cytoplasmique. *Revue générale des Sciences*, 31 janvier 1935. — Une nouvelle étape dans l'étude physico-chimique de la sexualité. *Biologie Médicale*, t. XXV, n° 4, 1935.

(2) BERETERVIDE et ROSEMBLATT. — *Glandas endocrinas y prostitucion.* Un vol. Ateneo, éd., Buenos-Aires, 1933.

(1) A. SARTORY et E. BAILLY. — *Visions rouges. Souvenir de voyages en U. R. S. S., Allemagne, Provinces baltiques et Pologne.* J. Peyronnet et Cie, éditeur, 7, rue de Valois, Paris, 1935.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

DUPUYTREN [1]

Par M. J.-L. FAURE
Membre de l'Institut

Messieurs,

Il y a quelques mois à peine, c'est à Paris, dans cet Hôtel-Dieu qui a remplacé le vieil hôpital disparu, mais dont je me souviens encore d'avoir vu se dresser sur le bord de la Seine les murailles lépreuses — c'est dans l'amphithéâtre qui porte son nom, que nous avons célébré la mémoire de l'homme qui, il y a cent ans, emportait avec lui dans la tombe le plus grand nom de la chirurgie française.

Mais il est bon, mais il est juste que nous venions consacrer cette grande mémoire dans les lieux mêmes où naquit Dupuytren.

Si Paris, si la Grande Ville l'a façonné, comme tant d'autres, au creuset bouillonnant de ses passions, c'est ici, c'est dans ce village qu'il a pour la première fois senti passer sur son visage le vent qui descend des montagnes ! C'est ici, c'est dans ce village que ceux dont il tenait, avec son sang, sa force et sa vertu, l'ont nourri du suc de la terre, de cette terre limousine où, sur le vieux granit des âges primitifs, on voit de tous côtés, dans les vertes prairies, murmurer des sources limpides à l'ombre des grands châtaigners.

C'est Paris qui donne aux grands hommes l'ardeur, l'émulation et les moyens de travailler, et qui leur donne aussi la consécration de la gloire. Mais c'est la terre maternelle qui leur donne la vie, et la force, et la race, et cette puissance d'action qui les conduit jusqu'aux sommets.

C'est pourquoi nous sommes ici, c'est pourquoi nous venons, pieusement, dans le pays qui l'a vu naître apporter à l'enfant de cet humble village l'hommage qu'il a mérité.

C'est pour la quatrième fois qu'un membre de l'Académie des Sciences vient, en son nom, s'associer au grand souvenir qu'a laissé dans l'esprit des hommes, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Au jour des funérailles ce fut Larrey, le grand Larrey, le chirurgien sans peur et sans reproches... Et puis ce fut son fils, vivante image de son père. C'est lui qui vint ici, faire entendre la voix des hommes qui avaient connu Dupuytren et qui pouvaient parler de lui pour l'avoir vu à l'œuvre. C'était le 17 octobre 1869. Et quelques vieillards du village s'en souviennent peut être encore !

Et maintenant voici qu'un siècle tout entier vient réveiller cette grande mémoire.

Pendant tout le cours de ce siècle, qui a vu s'accomplir des prodiges inconcevables et s'écrouler un monde, elle ne s'est jamais éteinte. Il y a trois mois, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre qui porte le nom de notre héros, c'est mon éminent confrère Gosset qui, dans un discours d'une très grande élévation, est venu nous dire ce que peut penser d'un chirurgien comme Dupuytren, un chirurgien comme lui.

Et c'est à moi qu'échoit l'honneur de venir aujourd'hui, à cette même place où se tenait jadis le fils du grand Larrey, évoquer ces grands souvenirs !

Que dire qui n'ait été dit sur une si haute figure ? Au cours de sa vie douloureuse et triomphante, Dupuytren a connu toutes les extrémités des conditions humaines ! Il a connu la joie du travail, et l'ivresse de la découverte. Il a connu la pauvreté et presque la misère, et cette opulence splendide qui lui permettait d'offrir un million à son roi partant pour l'exil. Il a vu se dresser contre lui l'envie secrète et la jalousie basse, et la haine qu'on porte aux forts ! Mais cette jalousie, qui fermentait autour de lui, a pénétré dans sa poitrine et mordu son cœur inflexible. Car il a souffert, on le sait, alors qu'il ignorait encore jusqu'à quelle hauteur il pourrait s'élever un jour, il a souffert, dans sa jeunesse, de voir les compagnons de ses travaux et de ses études, les Bichat et les Laennec, monter plus vite et plus haut que lui vers cette juste renommée dont tout homme a le droit de porter dans son cœur la noble ambition !

Ce fut en vérité, un spectacle extraordinaire que de voir tout à coup cette pléiade de jeunes savants se dresser en quelques années dans une atmosphère nouvelle, sur les débris d'un monde anéanti, ainsi qu'on voyait s'élever vers des destinées immortelles, parmi la fumée des batailles, les jeunes généraux des armées de la République.

Si nous voulons pénétrer dans l'âme et dans le cœur de tous ces jeunes hommes, il faut nous transporter au temps où ils vécurent. Et bien que nous ayions assisté nous-mêmes à des événements formidables et d'une grandeur presque surhumaine, nous avons peine à nous rendre compte de l'atmosphère qu'on respirait dans cette fournaise démoniaque qu'était alors la Ville de la Révolution !

De 1789 à 1794, de sa treizième à sa dix-septième année, Dupuytren était élève au collège de la Marche, rue de la Montagne Sainte-Geneviève, en plein Paris révolutionnaire, à 300 mètres du Club des Cordeliers et quelques échos des événements du dehors devaient sans doute traverser les murs du vieux collège. Lorsqu'il en sortit, il n'était plus un enfant ! Après quelque temps passé dans le Limousin où son père, qui voulait en faire un chirurgien, s'était opposé à son départ pour les armées qui combattaient aux frontières, il était revenu à Paris et était entré à la Charité, dans le service de son compatriote Boyer, d'Uzerches, qui commençait alors la magnifique carrière qui devait faire de lui le chirurgien de l'Empereur !

Que pouvaient être ces études, dans ces heures sinistres, dans ces jours pathétiques : et que pouvait-il se passer dans l'âme de ces étudiants, alors que par une magnifique soirée de Germinal, comme le soleil descendait lentement sur l'horizon de pourpre et d'or, la tête de Danton roulait sur l'échafaud ?

Que disaient-ils, que pensaient-ils, ces jeunes gens, entrant à peine dans la vie, quand chaque jour le sang coulait à flots sous le couperet de la place de la Révolution ? Que disaient-ils, que pensaient-ils lorsque la guillotine, exilée par la réprobation publique jusqu'à la barrière du Trône, revint à sa place première, devant la statue de la Liberté, indifférente au sang qui coulait à ses pieds, pour

(1) Discours prononcé pour le centenaire de la mort de Dupuytren à Pierre-Buffière, le 21 juillet 1935

consommer, dans les boucheries de Thermidor, la grande et terrible expiation.

Que disaient-ils, que pensaient-ils, au dernier jour de l'hécatombe, lorsque, pendant plus de trois heures, devant la foule épouvantée, soixante-douze têtes furent tranchées, l'une après l'autre, sur le rouge échafaud d'où le sang fumait jusqu'à terre ?

Comment dans ces temps frénétiques, où la folie des hommes et la lâcheté des assemblées avaient ramené sur la terre la sauvagerie des temps abolis, comment le cœur des jeunes gens jetés par le destin dans cet ouragan de démence, ne se serait-il pas fermé à toute faiblesse et cuirassé d'un triple airain ? Il fallait vivre dans ce monde où de tous côtés surgissait la mort, et si l'on a pu reprocher à Dupuytren quelque dureté pour ceux qui se trouvaient sur son chemin dans les batailles de la vie, n'oublions pas qu'il fut pendant les années mêmes où se formait son caractère à la terrible école de la Révolution.

Cependant, il travaillait toujours à la Charité. Au jour du 13 vendémiaire, il y soigna les insurgés mitraillés sur les marches de Saint-Roch, alors qu'ils se portaient contre la Convention, par un général inconnu du nom de Bonaparte.

Mais il était de ceux qui savent travailler. En février 1795, au moment de la réorganisation des Ecoles de Santé il était nommé prosecteur. Il n'avait que 18 ans ! Cela montre quelle était déjà sa valeur. Car un homme n'arrive pas, comme il le fit successivement, à tous les concours, qui s'étendaient à cette époque jusqu'au professorat, sans avoir dans le cœur et dans le cerveau, non seulement le courage de la lutte, mais encore le talent de la conduire jusqu'à la victoire.

Cependant les événements suivaient leur cours. Un esprit nouveau soufflait à travers le vieux monde. En mai 1796, quelques jeunes médecins fondaient une *Société médicale d'émulation*. Quels étaient donc ces jeunes gens qui semblaient vouloir se dégager des disciplines anciennes et porter en eux-mêmes le Génie d'un monde nouveau ? Ils s'appelaient Portal, Fourcroy, Pinel, Bichat, Alibert, Desgenettes, Dupuytren, Corvisart, Larrey. Aucun de ces noms n'a connu l'oubli. Dupuytren en était et il avait 19 ans ! Il était prosecteur depuis un an déjà. La précocité de ses succès et le choix qu'il avait su faire de ses compagnons de travail suffisent à le situer dans ce milieu de haute intelligence et de travail obstiné...

Mai 1796 ! Depuis deux mois à peine, aux champs immortels d'Italie, le jeune Bonaparte commençait à coups de victoires, la plus belle épopée du monde. C'est le 9 mai qu'il franchissait sous la mitraille la chaussée du Pont de Lodi... et nous pouvons nous demander si, dans leurs réunions du Quintidi de chaque décade, ces jeunes Français enthousiastes et laborieux, qui avaient vu de leurs yeux les grandeurs et les misères de la Révolution, les jours affreux de la Terreur et qui assistaient à l'anarchie du Directoire, ne commentaient pas sans quelque émotion les bulletins de l'armée d'Italie.

Dupuytren travaillait toujours. Il travaillait l'anatomie, il travaillait l'anatomie pathologique, pour laquelle il montrait une véritable passion ; il travaillait la physiologie ; il travaillait la chimie. Il enseignait, il donnait des cours libres pour trouver le moyen de vivre, et son nom se répandait peu à peu dans le milieu des étudiants.

A 24 ans, il était chef des travaux anatomiques. A peine nommé à ce poste, il y manifesta son esprit d'organisation. Il exigea des élèves un travail régulier, dont il donnait l'exemple. Il fut le véritable créateur des études anatomiques. On était en 1801. La discipline renaissait en France où, après le coup de foudre de Marengo, le Premier Consul avait rétabli l'ordre, et mis un terme aux discordes civiles.

En 1803, Dupuytren, toujours passionné de travail et de recherches, fondait la *Société anatomique* où il avait appelé à côté de lui un jeune homme qui devait devenir celui qui fut sans doute, depuis Hippocrate, le plus grand des médecins. Il s'appelait Laennec. Dupuytren savait choisir ses compagnons de travail, et nous voyons ainsi dans quel milieu d'élite vivait ce jeune homme de 25 ans qui en était, plus peut-être que tous les autres, l'ardent animateur.

Bichat, Dupuytren, Laennec ! Quelle fortune, en vérité, et quelle destinée, que de marcher ainsi de pair avec ces héros de l'esprit ! Mais en 1802, Bichat, le jeune auteur des Recherches sur la vie et la mort, le fondateur de l'Anatomie générale, succombait à 31 ans ! Un génie venait de s'éteindre, mais son œuvre restait, assurant à son nom une place immortelle parmi ceux des grands créateurs.

Mais si la mort gardait sa proie, les vivants travaillaient toujours ! Dupuytren continuait son enseignement. Laennec enseignait aussi. Mais il est certain que dans ses cours d'anatomie, de physiologie et surtout d'anatomie pathologique, qui présentaient bien des points communs avec les études de Bichat, Dupuytren, qui connaissait les idées de son ami disparu s'abstint trop souvent de lui rendre la justice qui lui était due... Mais Laennec était là, qui le défendit avec ardeur, qui ouvrit même, à son tour, un cours d'anatomie pathologique, qui fut triomphal et dans lequel il s'appliqua à rendre à Bichat ce qui appartenait à Bichat.

Dupuytren n'était pas un homme à pardonner. C'était un travailleur acharné, mais c'était aussi un passionné que tourmentait l'ambition de parvenir, en brisant au besoin les obstacles et les rivaux ! L'amitié de Laennec et de Dupuytren ne survécut pas à ces discussions. Chacun s'en fut de son côté...

Dupuytren a connu, vivant, les enivrements de la gloire, qui ne l'ont pas fait plus heureux... Laennec auquel il survécut dix ans, et qui repose depuis plus d'un siècle dans un petit cimetière de Bretagne, a-t il pressenti que son nom, grand parmi les plus grands, entrait dans l'Histoire Eternelle ?

Paix à leurs cendres ! Tous deux sont endormis dans la sérénité de la mort. Mais dans cette querelle pour la vérité, Dupuytren n'eut pas le beau rôle. Ce sont des erreurs de cette nature, comme aussi sa volonté d'être toujours et partout le premier qui firent à Dupuytren tant d'adversaires, tant d'ennemis cachés ou déclarés.

Mais si nous sommes ici pour ne rien cacher de la vérité, nous y sommes aussi pour défendre Dupuytren contre des attaques injustes, contre des accusations imméritées. Car lui aussi souleva par ses triomphes successifs et justifiés par sa haute valeur personnelle, des jalousies féroces et des calomnies misérables. Une de ces calomnies, qui avait attiré sur Dupuytren une sorte de réprobation, vient d'être étalée au grand jour par le Docteur Delhoume, qui préside avec tant d'autorité à la manifestation d'aujourd'hui, et qui vient de consacrer un très bel ouvrage à la mémoire de Dupuytren. Boyer appelait Dupuytren son fils et désirait lui donner sa fille. La date du mariage avait été fixée. Le jour de la cérémonie, Dupuytren ne vint pas. On juge du scandale, largement exploité contre lui. Or, il résulte avec une parfaite clarté,

de la correspondance échangée entre Boyer et Dupuytren, correspondance qui a été conservée, et que nous avons eu sous les yeux lors de la cérémonie de l'Hôtel-Dieu, que Dupuytren, connaissant la froideur de la jeune fille à son égard, avait loyalement averti Boyer, lequel, comme il est d'usage, ignorait tout, de l'impossibilité de ce mariage. C'est Boyer qui, pressentant le grand avenir de son élève, refusa de se rendre à ses raisons. Dupuytren a agi, dans cette circonstance, avec une délicatesse qui l'honore profondément. Il s'est laissé accuser, calomnier, vilipender, il a gardé le silence sur un événement dont il était seul à souffrir et dont il a accepté de prendre une responsabilité qui ne lui appartenait pas. Aujourd'hui seulement nous connaissons la vérité. Quels que soient les défauts de son caractère, la noblesse de sa conduite en cette affaire douloureuse, doit lui faire beaucoup pardonner.

Ne voyons donc chez lui que ce qu'il fit de grand, et puis, je le répète, comment nous étonner que la plupart des hommes de ce temps se soient lancés avec quelque rudesse dans la lutte pour l'existence. Ils vivaient tous dans la violence. Qu'avaient-ils sous les yeux ? Le désordre, les rues livrées aux fureurs de la populace, les campagnes peu sûres, la Jacquerie dans tous les châteaux dont les ruines couvrent encore la France, la Vendée en feu, la guerre en permanence à toutes les frontières et l'anarchie et la misère, et par dessus tout, le souvenir de ces années terribles où dans toute la France, le couperet de la guillotine, le « glaive de la loi » comme on disait alors, organisait partout le massacre légal... Comment veut-on que le spectacle quotidien de ces horreurs et de ces calamités n'ait pas rejeté bien des cœurs vers un égoïsme farouche ? Il y a toujours des âmes saintes, plus encore peut-être aux heures les plus troubles. Mais nous ne pouvons demander à tous la sainteté du cœur — et les hommes restent les hommes !...

Peu à peu, d'étape en étape, de concours en concours, Dupuytren s'élevait toujours. En 1802, après un concours chaudement disputé par Roux, il était nommé chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, dont le chirurgien en chef était Pelletan. Il ne devait plus sortir de cet hôpital, où se déroula toute entière sa magnifique destinée. En 1808, il devenait chirurgien adjoint, avec un service un peu plus actif, car Pelletan vieillissait à mesure que s'affirmait aux yeux de tous la maîtrise de Dupuytren. Il est certain que celui-ci supportait difficilement l'autorité de son chef, et qu'une sourde rivalité les opposait de plus en plus. Le Docteur Delhoume que je me permets de citer et dans le beau livre duquel j'ai puisé bien des précisions, nous en donne, en termes saisissants, la raison profonde : « Le con« flit, nous dit-il, n'était pas tant de deux hommes que « deux époques. Avec Dupuytren c'était la génération « ardente des hommes nouveaux de la période révolution« naire qui montait et qui dispersait devant elle les sys« tèmes, les théories, les dogmes, les classifications, les « sophismes. Les armes de ces hommes nouveaux, for« més pour la plupart à la dure école de la misère et du « labeur forcené, c'était la science précise des salles de « dissection et des laboratoires et l'enthousiasme qu'elle « fait naître dans le cœur de ses prosélytes ».

Enfin, le sort qui préside au destin des Empires se prononça en sa faveur. Pelletan avait été très dévoué à Napoléon. Le 5 septembre 1815, pendant que l'Empereur voguait vers Sainte-Hélène, Dupuytren prenait possession de la chaire de l'Hôtel-Dieu, d'où il devait, pendant vingt ans, faire rayonner sur l'Europe entière, la gloire de la Chirurgie française !

Car c'est là ce qui fit la véritable grandeur de cet homme. C'est son passage à l'Hôtel-Dieu, comme chef, comme professeur, qui fit de lui le chirurgien triomphant qui domina véritablement son époque, qui fonda cette renommée reconnue de tous ses contemporains et qui fait que son nom demeure comme le symbole éclatant de la chirurgie.

Il a été, après Desault et mieux que Desault, après Corvisart et mieux que Corvisart, le véritable fondateur de la clinique française, de cet enseignement au lit du malade, qui a pris pendant tout le cours du XIXe siècle un si magnifique développement, et dans lequel les médecins et les chirurgiens français ont affirmé et conservé leur maîtrise.

L'enseignement de la clinique chirurgicale demande, pour s'élever au-dessus de la banalité commune, de hautes qualités qui ne sont l'apanage que de quelques-uns. En dehors des notions générales qui ne s'acquièrent que par de longues études et une fréquentation prolongée des hôpitaux et des laboratoires, il faut l'expérience des malades, il faut connaître l'art de les examiner et de tirer de leur examen des notions précises sur leur maladie, il faut, en un mot, cette faculté à la fois subtile et profonde qui constitue l'art du diagnostic, si personnel et si différent, suivant les hommes qui l'exercent. Il faut le talent nécessaire pour exposer clairement ses idées et pour faire comprendre à tous les raisons de sa conviction, il faut enfin l'art opératoire qui domine tout et sans lequel le beau titre de chirurgien n'est plus qu'un mot sonore et qu'emporte le vent.

Il semble bien qu'au témoignage de ses contemporains Dupuytren possédât toutes ces qualités. Son diagnostic était infaillible, s'il est permis de se servir d'un tel mot dans une science comme la nôtre, il semblait même parfois tenir de la divination, qui d'ailleurs, il faut bien le dire, n'est pas très rare chez beaucoup d'hommes, médecins et chirurgiens, qui possèdent à la fois l'expérience et le bon sens, qualité souveraine, et qui manque à tant de gens, d'ailleurs fermement convaincus de le posséder. Mais son art supérieur était celui d'enseigner.

Ecoutons le baron Larrey, alors qu'il parlait ici-même devant cette statue : « Son aptitude pour le diagnostic « était merveilleuse. Il semblait quelquefois inspiré par « une sorte de divination ...

« Mais son grand talent était la parole, toujours simple « et admirable de clarté, par la connaissance profonde du « sujet et par la coordination méthodique des matériaux. « Il n'élevait jamais le ton de sa voix et savait imposer le « silence à trois ou quatre cents auditeurs attentifs.

« Le charme irrésistible de sa parole attirait à ses leçons « non seulement la foule des élèves, mais un grand nom« bre de praticiens désireux de l'entendre et quelquefois « des curieux d'une autre profession, des savants, des « avocats, des médecins qui le proclamaient ensuite un « grand orateur.

« Son talent comme opérateur n'était que secondaire à « celui du professeur, mais, dans les préliminaires d'une « opération sanglante, il restait encore le maître, présidant « à tous les préparatifs nécessaires avec calme, avec mé« thode, avec prévoyance. Puis, au moment d'agir, il me« surait d'un regard l'assistance et s'effaçait le plus pos« sible pour laisser voir. Il procédait alors à l'opération, « d'une main plus ferme que délicate, mais guidée par la « connaissance précise de la région anatomique, et par un

« sang-froid inébranlable, au milieu même des accidents « les plus imprévus et les plus alarmants. »

Il avait cependant du grand opérateur les qualités premières. Il avait la main ferme et la tête solide. Le calme et la patience qui sont peut-être les vertus fondamentales du chirurgien. L'anesthésie n'existait pas encore, et nous nous rendons mal compte aujourd'hui de l'énergie morale que devaient posséder les hommes de ce temps et qui n'avait de comparable et de supérieure que celle de leurs opérés.

A ces puissantes qualités, d'incontestables avantages physiques venaient ajouter leur action. Il était grand, avec un large front, des cheveux abondants, de beaux yeux noirs. Il avait grande allure et la noblesse naturelle qui émanait de tout son être venait encore accroître son incomparable prestige.

Il fallait véritablement que ce prestige fut bien grand pour qu'un homme comme Bouillaud, parlant devant sa tombe, au jour des funérailles, n'hésitât pas à prononcer ces paroles, dont la boursouflure témoigne précisément de l'impression profonde que faisait Dupuytren sur des collègues, que leur situation eût dû préserver de telles hyperboles.

« Qui de nous, dit-il, en voyant pour la première fois, « M. Dupuytren, à l'aspect de cette majesté dont sa per- « sonne portait l'empreinte, ne s'est jamais senti saisi de « ce frémissement intérieur, de cette sorte de secrète hor- « reur qui, suivant les poètes, agitait les mortels quand « il se trouvait en présence des dieux. C'est qu'en effet, « il y avait quelque chose de divin dans le glorieux pro- « fesseur qui vient de mourir... »

Ecoutons plutôt les paroles simples de Royer Collard, parlant au nom de ses élèves :

« Ceux-là seuls ont le droit de dire, parce qu'il leur a « été permis d'en bien juger, combien son aspect était « puissant, son coup d'œil infaillible, sa main vite, sûre, « infatigable. Ceux-là enfin ont vu par eux-même, ce qu'il « y avait dans cet homme extraordinaire de rares et inap- « préciables qualités. »

C'est cette situation morale, c'est ce prestige extraordinaire qui le conduisirent à l'Institut, à 48 ans, alors qu'il était encore relativement jeune. Il y fut élu le 6 avril 1825.

Le 21 février, une élection avait eu lieu pour remplacer Deschamps. Boyer, de dix-sept ans plus âgé que Dupuytren, et qui, d'ailleurs, était parfaitement digne de ce grand honneur, avait été élu. Mais Dupuytren avait eu treize voix. Ce qui montre qu'il avait des partisans convaincus. La mort de Percy, survenue quelques jours plus tard, entraînait une nouvelle élection. Il eût été tout naturel, au moment où disparaissait un grand chirurgien militaire, un homme qui avait donné de si hautes preuves de sa valeur au cours des guerres de la Révolution et de l'Empire, qu'on lui donnât comme successeur un homme de sa taille, comme Larrey, chirurgien en chef de la Grande Armée, héros de vingt batailles, qui avait suivi les soldats de la France des déserts brûlants de l'Egypte jusqu'aux neiges de la Russie, en passant par Austerlitz, et qui avait failli mourir à Waterloo !... Sans doute c'étaient là des titres qui ne comptaient guère, auprès de bien des hommes, sous la Restauration. Mais depuis quatre années l'Empereur était mort, les passions s'étaient apaisées et la légende du héros qui reposait à Sainte-Hélène s'emparait peu à peu du cœur et de l'imagination des hommes. Napoléon, parlant de Larrey dans son testament, avait écrit de sa main « il est l'homme le plus vertueux que j'aie connu ! ». Le monde entier connaissait cette phrase. Celui qui l'avait méritée se présentait aux suffrages de l'Académie, pour y tenir la place de son compagnon d'armes. La Commission l'avait présenté en première ligne. Malgré ce choix, qui témoigne en faveur de l'impartialité politique de la Commission — et par un phénomène qui se renouvelle assez souvent, Larrey, présenté en première ligne, n'eut que trois voix ! et Dupuytren, moins âgé que lui de onze ans, en eut quarante et une ! Larrey dut attendre la mort de Pelletan en 1829, pour entrer enfin à 63 ans, à l'Académie des Sciences, d'ailleurs assez péniblement, au second tour, par 28 voix contre 25 qui allèrent à Roux !

Si j'ai raconté, avec quelques détails, l'histoire de cette élection, c'est parce qu'elle illustre d'une manière éclatante la place que tenait Dupuytren dans l'esprit de ses contemporains.

C'est donc en réalité son éloquence, son magnifique talent de professeur qui avaient créé autour de Dupuytren cette atmosphère d'universelle admiration. C'est là ce qui a fait sa véritable grandeur, c'est là ce qui a fait de lui le chirurgien qui a dominé la France et l'Europe, et le monde ; c'est là ce qui a transporté son nom, répété d'écho en écho, jusqu'aux extrémités de la terre et qui fait que jusqu'à nos jours, il est demeuré vivant ! C'est assez pour sa gloire et pour celle de sa patrie !

Mais il ne fut jamais un de ces hommes capables de ces grands coups d'aile qui laissent une trace profonde dans l'histoire de la chirurgie. Il ne fut jamais un de ces voyants inspirés qui s'élèvent et planent dans les régions supérieurs où communient ensemble ceux qui ont ouvert quelque voie nouvelle dans l'histoire de l'esprit humain.

Il a peu écrit. On le lui a reproché, et on a eu bien tort. Il servait mieux la science, il remplissait mieux son rôle d'éducateur par la parole et par l'action. Il a merveilleusement fait comprendre à tous ce qu'était de son temps la pathologie chirurgicale et aussi l'art opératoire. Il a, dans son service de l'Hôtel-Dieu, où il passait, infatigable, cinq heures tous les matins, formé d'innombrables élèves. Mais il n'a pas été le créateur, il n'a pas été celui dont il reste, quand il a disparu, autre chose qu'un grand souvenir.

D'ailleurs à cette époque d'une chirurgie brutale et meurtrière, les qualités nécessaires au grand opérateur passaient en réalité au second plan. Sans doute Dupuytren les possédait, mais des hommes comme Dubois, comme Roux, comme Lisfranc, comme Récamier, chirurgien-né, égaré dans la médecine, lui étaient supérieurs, sinon par le sang-froid, qui ne se démentait jamais, au moins par la rapidité du geste, l'habileté technique et les mille détails qui donnent à tout acte chirurgical ce cachet personnel qui peut en faire, suivant les cas, la lourde besogne d'un manœuvre ou le travail d'un grand artiste.

Mais les qualités que l'on demandait au chirurgien d'alors n'étaient pas celles que l'on exige du chirurgien d'aujourd'hui

Gosset, dans son beau discours de l'Hôtel-Dieu a dit : « Dupuytren a eu le grand malheur de naître cinquante « ans trop tôt et d'exercer son art à une époque de véri- « table régression chirurgicale». Peut-être a-t-il raison... Je n'en suis pas certain. S'il était venu cinquante ans plus tard, à l'heure où Pasteur apparut comme le prophète d'un monde nouveau, eût-il été Lister, eût-il été Terrier ? Il est permis d'en douter !

Ah ! s'il avait compris la doctrine nouvelle, oui il en

VARIÉTÉS

Une observation du Docteur Flaubert (1812)

Maxime du Camp avait écrit dans ses *Souvenirs littéraires* (*Revue des Deux-Mondes*, septembre-octobre 1881) :

« Le père Flaubert... chirurgien de grande race, auquel il n'a manqué pour léguer un nom célèbre à la postérité que le temps de coordonner et d'écrire les observations de sa longue pratique. La mort intervint au moment où il se mettait au travail. »

Nous avons retrouvé une de ces observations présentée par Jules Cloquet (*Journal de Médecine*, décembre 1819) :

« Mon excellent ami, le Docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, qui exerce avec tant d'éclat la chirurgie dans toute la Normandie, m'a communiqué une observation de rupture de la trachée-artère produite par la toux .. Ce malade avait été adressé à M. Delatour, chirurgien du faubourg Saint-Sever, qui conseilla aux parents de consulter le Docteur Flaubert et de s'en rapporter à lui pour le traitement. »

Voici l'observation, qui témoigne des qualités littéraires du père du plus grand romancier du siècle dernier :

Rupture de la trachée-artère et emphysème circonscrit, produit par une toux vive et opiniâtre.

Dans le mois de juillet 1812, on m'amena l'enfant d'un cultivateur de Sotteville, nommé Lesueur, âgé de deux ans, assez maigre, tourmenté depuis trois mois par une coqueluche ; ce jeune malade, depuis deux mois, offrait à la partie supérieure du col une tumeur molle, lisse, sans altération de couleur à la peau, compressible, transparente, s'étendant du sternum au-dessus de l'hyoïde et d'un des muscles sterno-mastoïdiens à celui du côté opposé. Quand l'enfant inspirait, la tumeur diminuait de volume ; elle se tendait, se dilatait manifestement dans l'expiration ; elle était élastique, rénitente, lisse, quoique bosselée dans quelques endroits ; elle paraissait n'avoir pour paroi que la peau et ne contenir que de l'air ; elle avait existé pendant une huitaine de jours, ne présentant que la grosseur d'une petite noix, puis avait fait de grands progrès.

Je proposai aux parents de tenter un moyen de guérison qu'ils adoptèrent aussitôt ; en conséquence je pratiquai une double incision en T qui me laissa voir toute la surface intérieure de la tumeur laquelle était lisse d'une couleur légèrement rosée-grisâtre, et d'une apparence villeuse, assez analogue à une membrane muqueuse peu pourvue de vaisseaux et de follicules. Au travers de cette couche qui tapissait l'intérieur de la tumeur, on distinguait la forme de la partie supérieure de la trachée-artère et une portion du larynx ; au milieu de l'intervalle qui se trouve entre la cricoïde et le premier fibro-cartilage de la trachée, on voyait un trou parfaitement rond, ayant au moins une ligne de diamètre ; le contour de cette ouverture était très régulier et recouvert de la même partie membraniforme qui formait tout l'intérieur de la cavité. Ce trou était aussi lisse que s'il eût été formé au moment de la naissance ; on n'y remarquait aucune trace d'ulcération, aucune marque d'inflammation. Pendant que j'examinais les choses, l'air sortait avec force pendant les expirations, et entraînait des mucosités écumeuses. Cette ouverture fistuleuse parfaitement ronde, faite comme par un emporte-pièce, et dont les bords étaient bien cicatrisés, m'enleva presque l'espoir de guérir le malade. Cependant, je continuai d'agir selon ma première intention, qui avait été de toucher tout l'intérieur de la cavité et les bords de l'ouverture avec du nitrate d'argent. J'apportai un grand soin à ce point de mon opération, pendant laquelle l'enfant qui criait fortement rejetait beaucoup de mucosités par le trou de la trachée ; toutes ces mucosités se mêlaient à la pierre infernale, et ainsi colorées étaient lancées sur mes mains qui en restèrent longtemps tachées. Après avoir cautérisé, je réappliquai la peau contre la paroi postérieure, je la maintins à l'aide de beaucoup de charpie, de compresses et d'une bande étroite et longue qui portait sur le cou, passait sous les aisselles et autour de la tête. Les mains de l'enfant furent fixées de peur qu'elles ne se portassent sur l'appareil ; la

bande se dérangea plusieurs fois, mais la charpie ne bougea pas, et le malade était parfaitement guéri le dixième jour. Je ferai remarquer que je ne sais comment étaient placés relativement à la tumeur les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, que l'enfant, qui commençait à parler, n'avait pas la voix sensiblement altérée.

J. L.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de dermatologie clinique et thérapeutique, publié sous la direction de Belot, P. Chevallier, Gaté, Joulia, Pinard, Ramel, Touraine, Weissenbach et Basch. Tome premier, fascicule II. Un volume de 579 pages, avec 362 figures dans le texte et 8 planches en couleurs hors texte. (G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1935.)

Ce volume constitue le second fascicule du tome premier de ce Traité, dont déjà deux volumes ont paru. Il est consacré à l'étude des entités morbides microbiennes et parasitaires et des tumeurs de la peau.

Les dermatoses infectieuses (pyodermites) sont d'abord l'objet d'un chapitre dû à la plume de M. Rabut. Parmi les dermatoses bacillaires, la tuberculose cutanée est mise au point par M. Ramel, que ses conceptions personnelles amènent à décrire dans ce chapitre, l'érythème polymorphe et certaines formes d'acné ; le chancre mou, par M. Kitchewatz ; la morve, le charbon, la diphtérie, par M. Ferrabuc. C'est à Marcel Pinard qui a été justement réservée la syphilis cutanée. Dans un chapitre intéressant, MM. Touraine et P. Renault ont étudié les dermatoses par virus-filtrants, dont le nombre est important (verrues, molluscum contagiosum, herpès, zona, etc...). Les tumeurs de la peau sont enfin décrites par MM. Cornil, Mosinger, Basch, Hufnagel, Michel, Schulmann, Lévy-Coblentz, A. Dupont.

Conçus dans le même esprit que celui des formes récédentes, ces divers exposés sont clairs et assez concis. Le fascicule lui-même est richement illustré et soigneusement édité.

A. Sézary.

Les Fiches de Pratique médicale dont nous venons de recevoir la première série, toutes mises à jour 1935, constituent par leur réunion, un organe de documentation et de travail du médecin omnipraticien. Chaque fiche de 2, 4, 8 ou 12 pages in-8° traite d'une question de pratique courante et rappelle au médecin isolé l'essentiel de ce qu'il doit connaître d'une question médico-chirurgicale.

Le Fichier sera constamment tenu à jour, car dès qu'une notion nouvelle sera acquise, une nouvelle fiche sera immédiatement rédigée et ira remplacer automatiquement dans le Fichier l'exemplaire qui paraîtra vieilli. De cette manière, le médecin aura sur son bureau de travail un organe de documentation et de renseignements toujours complété, rajeuni, modernisé : le plus souvent, ce Fichier suffira à lui seul pour le documenter. Le classement alphabétique ou systématique lui permettra de trouver *instantanément* la fiche voulue.

Ce qui nous frappe le plus dans l'exécution de cette œuvre aussi grande qu'originale, c'est la grande importance de sa collaboration. En effet, nous avons rarement vu un ouvrage général réunir un groupement aussi important de sommités scientifiques, membres de l'Académie de médecine, professeurs de Faculté, médecins des hôpitaux, chefs de cliniques, etc., voilà les titres dont sont suivis les signatures qui figurent en tête des fiches. C'est une bonne caution. C'est que l'organisation scientifique de l'entreprise nous paraît bien comprise. Près de trente directeurs de sections, tous maîtres illustres des Universités françaises, belges suisses se sont adjoint plus de 300 collaborateurs choisis parmi les spécialistes les plus réputés de la France et de l'étranger.

Toutes les fiches sont rédigées d'une manière parfaitement pratique. Beaucoup sont illustrées. Nous en avons vu plusieurs qui sont de véritables petits chefs d'œuvre de concision, de clarté, de précision, par exemple celle du Professeur Legueu sur la tuberculose rénale, celle du Professeur Nicolas, de Lyon, sur la gale et quantité d'autres.

La publication est annoncée comme devant être terminée au cours de l'année 1935. Elle se composera de 1.000 fiches de 2, 4, 8 ou 12 pages chaque couvrant un ensemble d'environ 3.000 pages de carton in-8° classées dans une boîte appropriée.

Dès 1936 paraîtront les Fiches de complément et de remplacement.

C'est le promoteur du Fichier, notre confrère le Docteur Desfour, à Montpellier, qui dirige le secrétariat scientifique de cette publication. L'Administration se trouve 15, boulevard Baudouin, à Bruxelles.



eût été sans doute le magnifique apôtre. Mais l'aurait-il comprise ? N'oublions pas qu'à l'heure où il vécut et précisément à cause de son influence profonde, il a été un des auteurs principaux de cette régression qui a failli entraîner aux abîmes la chirurgie universelle. Il ne saurait d'ailleurs encourir de ce chef aucune responsabilité morale, car Pasteur n'était pas venu et nul ne saurait faire un grief à Dupuytren, pas plus qu'aux chirurgiens de son époque, de n'avoir pas eu le génie de devancer son temps. Ce grand réaliste, malgré son esprit clair, s'était laissé séduire par les théories absurdes et funestes de « ce despote médical, furieux et sanguinaire » comme dit Lecène, que fut Broussais, qui ramenait toute la pathologie à la gastro-entérite et à l'inflammation, et, en conséquence, toute la thérapeutique à la diète, aux sangsues et aux saignées à répétition.

Comment Dupuytren qui, par ses études passionnées d'anatomie pathologique, savait qu'il y a tout de même autre chose que la gastro-entérite, s'était-il laissé séduire par le visionnaire forcené que fut Broussais ? Ascendant personnel. Eloquence persuasive ? Qui sait ? Mais ce que nous savons, c'est que, pour prévenir chez les blessés la fièvre due à l'opération, il les traita par la diète, les saignées et les cataplasmes destinés à prévenir l'inflammation locale, rompant avec les chirurgiens du XVIIIe siècle, qui employaient le vin aromatique, les essences, et faisaient ainsi de l'antisepsie sans le savoir. Sous l'influence de cette pratique funeste, que l'autorité de Dupuytren imposa un peu partout, l'infection post-opératoire fit des progrès incessants, qui se multiplièrent encore, lorsque dix ans après sa mort, la merveilleuse et bienfaisante découverte de l'anesthésie vint décupler le nombre des opérations. Et la chirurgie connut, jusqu'à la renaissance due à Pasteur et à Lister, les jours les plus désespérés qu'elle ait jamais vécus ! C'est là, dans l'œuvre de Dupuytren une erreur que ne pouvaient soupçonner ceux qui vivaient à son époque, qui se pressaient à ses leçons et qui répandirent à travers le monde la gloire de son nom !

Nous pouvons donc nous demander si Dupuytren eût bien compris le sens de la révolution prodigieuse qui venait de s'accomplir et s'il eût été capable de proclamer, avec l'autorité de sa voix, l'Evangile des temps nouveaux ?

Car c'est sur un autre plan que celui de la parole que se développe l'enseignement de la chirurgie moderne. C'est sur le plan de l'exemple et de l'action. Le grand chirurgien n'est plus aujourd'hui ce qu'il était autrefois, alors que l'art opératoire n'était, en vérité, que le petit côté de l'enseignement clinique.

Aujourd'hui le chirurgien travaille de ses mains dans la chair et le sang des hommes, pour leur rendre les forces, la santé, la vie ! Mais ici la parole est vaine ! il travaille dans le silence. Il enseigne par son exemple.

Que si, par la puissance de sa méditation, ou par quelque magnifique inspiration, il a le bonheur de trouver des armes nouvelles contre la maladie et contre la mort, alors il sera de ceux qui ne disparaîtront pas tout entiers ! Il vivra par son exemple et le geste qu'il aura conçu, s'il renferme quelque chose de vrai, se perpétuera de générations en générations et continuera à sauver des vies humaines alors qu'il ne restera plus de son créateur qu'un nom, qu'un souvenir, parfois même plus rien que la poussière du tombeau...

Quelle eût été l'action de Dupuytren, quel eût été son sort, quelle eût été sa gloire s'il avait vécu de nos jours ? Nul ne le sait ! Les paroles passent, les actes demeurent! Que reste-t-il de l'œuvre de Trousseau, près de celle de Laennec ? de l'œuvre de Dieulafoy, auprès de celle de Widal, hier encore au milieu de nous : que reste-t-il de l'œuvre de Verneuil, auprès de celle de Péan ?...

Tous ceux qui ont connu Dupuytren, même lorsqu'ils lui reprochent certains défauts de caractère s'accordent à reconnaître sa bonté, son inépuisable dévouement pour les pauvres et les malheureux. Chaque jour, après les opérations, il consacrait une heure au moins à une consultation publique où tous savaient qu'ils seraient bien reçus. Hommes, femmes, vieillards, enfants, tous accouraient vers lui. Il les interrogeait paternellement, allait parfois au devant d'eux, aidant une vieille femme à s'asseoir, prenant sur ses genoux un petit enfant qu'il caressait avec un bon sourire qui venait éclairer son visage ordinairement sévère. Quand il sentait un pauvre honteux, il l'interrogeait à part, et cet homme qui connaissait à cette époque la plus belle clientèle de Paris, faisait passer dans ses préoccupations et dans ses soins celui qui en avait le plus besoin qu'il demeurât dans un palais ou qu'il vécut dans un taudis. Il était généreux et pitoyable aux pauvres gens qu'il aidait de sa bourse et soignait avec autant de dévouement que les grands de ce monde !

A l'hôpital, sa grande simplicité était légendaire il rentrait à pied le long des quais, jusqu'à la place du Louvre où il demeurait, grignotant le petit pain que lui fournissait l'Administration. L'éternel habit vert dont il était vêtu laissait voir quelque usure à la pointe des coudes. Mais l'habit vert ne prêtait pas à rire... C'était la couleur de la Garde et, sous la redingote grise, la couleur de l'habit que portait l'Empereur, lorsque Napoléon, au jour de la victoire, calme et grave sur son cheval blanc, entrait dans quelque capitale, en avant de ses Maréchaux !

Il aimait les petits et les malheureux et ceux-ci le firent bien voir au jour des funérailles : ce fut sa dernière victoire ! La foule était immense. A Saint-Eustache, les étudiants portèrent le cerceuil du chœur de l'Eglise jusqu'au char funèbre. Au moment où le cortège allait s'ébranler, ils dételèrent les chevaux et traînèrent eux-mêmes le char jusqu'au Père-Lachaise. Sur la place de la Bastille, des ouvriers prirent le corps sur leurs épaules pour le transporter un moment ! Sa mort fut comme un deuil public. Il y eut peut-être autour de lui des regrets hypocrites et des rancunes satisfaites, mais beaucoup de larmes sincères coulèrent autour de son cercueil !

Chaque chose vient en son temps. Nul ne sait donc ce qu'eût été Dupuytren s'il était venu cinquante ans plus tard ! Nul ne le sait ni ne peut le savoir ! Mais si nous ignorons ce qu'il aurait pu être, nous savons ce qu'il a été.

Et c'est assez pour la gloire d'un homme, que de rester après un siècle comme le symbole du grand chirurgien ! Et la petite ville où il a vu le jour et dont nous foulons aujourd'hui la terre maternelle, a le droit de s'enorgueillir d'un tel fils, et le devoir de veiller pieusement sur le monument élevé à la mémoire de l'homme qui, à une époque où la France venait de connaître une grandeur qui n'a pas d'autre exemple dans l'Histoire du Monde, s'est élevé assez haut dans l'admiration des hommes pour ajouter un nouveau rayon à la gloire de sa patrie.

ACTUALITÉS

Les services d'hygiène de la ville d'Alger

Par Raymond NEVEU

Il y a quelques années dans un travail sur l'état sanitaire de l'Afrique du Nord nous disions qu'en contemplant le passé, nous pouvions avoir confiance dans l'avenir, et que nous devions être fiers de l'œuvre accomplie en Algérie.

Depuis cette époque déjà lointaine, sous l'impulsion énergique de véritables animateurs, les services d'hygiène se sont encore développés, et les œuvres sociales, notamment à Alger, ont pris une extension que l'on ne connaît pas assez en France.

Alger se classe parmi les villes dont l'état sanitaire est des meilleurs. Il suffit de consulter les graphiques consciencieusement dressés pour s'en rendre compte. En vingt ans, la mortalité générale est passée pour les indigènes de 35,5 à 27,9 et pour les Européens de 17,4 à 12,9 pour 1.000 habitants.

Tous les immeubles ont leur fiche sanitaire où l'on indique la date de construction, le mode d'alimentation en eau potable, le système d'évacuation des eaux, ainsi que les naissances, les décès (tuberculose, cancer, maladies transmissibles). Ce fichier est constamment tenu à jour grâce à une équipe de quatorze surveillants.

Des dispensaires scolaires ont été créés et complètent ainsi fort heureusement l'inspection médicale des écoles.

Des médecins inspecteurs, au nombre de dix-sept, examinent régulièrement les écoliers, ils procèdent aux revaccinations antivarioliques, aux vaccinations diphtériques, ils dépistent les infirmités curables. Ces médecins sont secondés par des infirmières visiteuses.

Le nombre de consultations qui était de 3.206 en 1929, est monté en 1934 à 16.030. Ces chiffres se passent de commentaires et montrent suffisamment l'importance croissante de ce service.

Le carnet de santé établi par le médecin de l'Ecole comporte l'examen physique général, l'auscultation du cœur, des poumons, les mensurations, l'examen du squelette, l'examen des organes des sens, et les notations du développement intellectuel.

Le contrôle des vaccinations antivarioliques est fait par le Bureau d'hygiène. Les revaccinations de la onzième année se font dans les écoles par les médecins inspecteurs. Quant aux vaccinations antidiphtériques elles se font surtout dans les écoles maternelles.

A Alger, comme dans toute l'Afrique du Nord, d'ailleurs, la fréquence de la conjonctivite granuleuse est telle qu'il faut lutter à l'école contre cette terrible maladie.

Le Centre antitrachomateux du boulevard Gambetta permet de soigner facilement les enfants de l'école franco-arabe de ce groupe et des écoles voisines.

En 1933-34, 142 enfants ont été soignés pour cette affection.

Le typhus a fait pendant de longs siècles à Alger de terribles hécatombes. Or, depuis que le poste de désinfection et que l'Œuvre de la bouchée de pain assurent systématiquement l'épouillage de tous les miséreux on n'a plus observé d'épidémie de typhus à Alger.

La lutte contre la rage se poursuit non seulement dans la ville mais aussi dans les communes limitrophes.

Les chiens non réclamés sont mis à mort dans une cage d'électrocution à basse tension. Alger est ainsi la première ville qui ait organisé ce mode d'abatage.

Alors qu'en 1930 l'Institut Pasteur a traité 515 personnes atteintes de rage, il n'en a traité que 130 en 1934.

La fièvre typhoïde est en régression très nette depuis qu'on a supprimé les cuves provisionnelles sur les terrasses, qui étaient hélas, comme nous l'avons indiqué à différentes reprises, la cause principale des épidémies d'origine hydrique et aussi, depuis qu'on a substitué aux anciens aqueducs des canalisations en fonte. Des contrôles bactériologiques ont lieu régulièrement. Chaque semaine des prélèvements sont faits à Kouba, Telemly, Ravin de la femme sauvage, Société des Eaux de Birmandreis, Palais d'Eté, Réservoir du Sahel, Réservoir de Montemario.

Chaque jour, le service municipal d'hygiène fait contrôler les denrées alimentaires sur les marchés, ainsi que les viandes aux abattoirs. Enfin, des prélèvements d'huîtres et de coquillages sont faits régulièrement.

Dans les comptes rendus du bureau municipal, MM. P. Lemaire, Witas et Grandmont ont publié récemment les résultats de leurs recherches bactériologiques sur les huîtres et les moules consommées dans la région. Ils ont notamment appelé l'attention des pouvoirs publics sur le danger de certains parcs ainsi que sur l'importation de coquillages contaminés. Il y a donc un nouvel effort à faire, mais quand on connaît l'activité des services municipaux d'hygiène on peut être certain qu'il sera fait, et que l'appel de MM. Lemaire, Witas et Grandmont sera entendu.

Il existe à Alger une société appelée Ligue algérienne d'hygiène scolaire qui rend les plus signalés services, et qui est l'auxiliaire précieux du bureau municipal d'hygiène.

C'est ainsi qu'avec son concours, des installations de douches ont été faites un peu partout depuis 1929. Ces douches sont gratuites, aussi le succès de cette création est-il de plus en plus grand. En 1930 il y eut 25.122 enfants qui passèrent dans ces services, et, en 1934, 57.801... cela ne doit pas étonner quand on sait combien les enfants de l'Afrique du nord, européens ou indigènes aiment l'eau.

Poursuivant avec méthode son œuvre d'hygiène, la ville d'Alger a créé dans le cadre délicieux du Bosquet de la Reine un jardin réservé aux enfants de 3 à 6 ans. Il faut avoir vu ce parc où les jeux les plus divers sont mis à la disposition de tout ce petit monde pour se rendre compte de l'effort accompli. Ce parc, en effet, est sans aucun doute un des plus beaux que l'on puisse imaginer. Les enfants y sont admis sur simple présentation des parents. Un réfectoire très soigné leur permet d'y prendre le repas du midi. Dès leur entrée les petites filles ont un uniforme rose, et les garçons un uniforme bleu. Et, ce n'est certes pas un spectable banal que de voir tous ces enfants européens et indigènes jouer ensemble sous les beaux ombrages du parc.

Enfin, il est une œuvre qu'il convient de signaler tout particulièrement, c'est celle de la distribution de lait pasteurisé dans les écoles maternelles.

Le nombre d'enfants sous alimentés qui fréquentent les écoles est beaucoup plus élevé qu'on ne le croit. Récemment nous avons eu l'occasion d'insister sur ce point. A Paris, des expériences tout à fait concluantes ont été faites dans certaines écoles, par le Docteur Rabasse notamment. L'influence de la suralimentation lactée sur l'accroissement pondéral de l'enfant — et de l'enfant débile surtout — n'est plus à démontrer. A Alger, il ne s'agit pas d'une simple expérience privée mais d'une distribution officielle dans toutes les écoles maternelles. Le lait arrive de l'usine de pasteurisation dans des petits gobelets. Chaque gobelet est muni d'un couvercle perforé, une rondelle de papier sulfurisé est interposée entre le couvercle et le gobelet assurant une fermeture hermétique.

NEMET-JEP-CARRE, PARIS

Tous les jours, à 9 heures, on remet à chaque enfant son gobelet et un chalumeau neuf avec lequel il perfore la rondelle de papier et boit son lait. On évite ainsi toute manipulation entre l'usine et l'école, et, par conséquent toute contamination.

En 1934, 700 enfants ont bénéficié chaque jour de cette distribution. La ville a ouvert pour cela un crédit de 25.000 francs auxquels viennent s'ajouter quelques subventions de la Ligue d'hygiène scolaire et de l'Inspection d'Académie.

Nous avons tenu à insister plus particulièrement sur cette distribution de lait pasteurisé dans les écoles maternelles parce qu'il nous semble que c'est une des œuvres les plus intéressantes parmi beaucoup d'autres des Services d'hygiène d'Alger.

Il y a en outre un dispensaire polyvalent, le Centre de santé Lucien-Raynaud, qui comprend de nombreux services avec laboratoires de sérologie et de radiographie. En 1934, il a été donné dans ce dispensaire plus de 12.000 consultations, mais ce qui frappe le plus, lorsque l'on étudie avec soin les statistiques c'est que le nombre des indigènes qui fréquentent ce dispensaire est infiniment supérieur à celui des Européens.

En effet, en 1934 il y a eu 10.638 indigène contre 2.0 0 européens.

Au moment où tant de critiques injustifiées s'élèvent contre notre œuvre colonisatrice, où certains agitateurs prétendent qu'on ne fait rien pour les indigènes, ces chiffres sont la plus belle réponse que l'on puisse faire.

Dans tous les domaines, qu'il s'agisse de la protection de l'enfance, des services polyvalents, des dispensaires comme le Centre de santé Lucien-Raynaud, l'œuvre municipale de la ville d'Alger est digne de tous les éloges.

Elle doit servir d'exemple aux autres villes de l'Afrique du Nord, et, aussi, pourquoi ne pas le dire, à beaucoup de villes de la métropole.

FAITS CLINIQUES

Sur trois cas de kystes volumineux de l'ovaire

Par Mme le Docteur **Lucie LÉON BORCÉA**

Médecin en chef à la Maternité de Jassy

La littérature médicale nous présente des cas nombreux de kystes de l'ovaire ; mais, grâce aux progrès de la chirurgie, les kystes affectant de grandes dimensions deviennent de plus en plus rares.

En règle générale, malgré les multiples adhérences, que peuvent présenter de tels kystes — surtout lorsqu'ils sont volumineux — on constate néanmoins que les suites des opérations d'extirpation des kystes de l'ovaire sont bénignes. Bien que la pratique de vider partiellement ces kystes avant l'opération paraisse aujourd'hui bien fixée, cela n'est cependant pas toujours nécessaire.

Les cas mentionnés ci-après, provenant de notre pratique à la Maternité de Jassy, présentent de l'intérêt, à cause du volume et du poids exceptionnel des kystes. Il est rare, en effet, que l'on rencontre des kystes de l'ovaire affectant de telles dimensions.

Egalement intéressantes peuvent sembler les conditions particulières que présentent les patientes et, en tant que matériel de comparaison, ces conditions peuvent servir à entrevoir les causes initiales qui déterminent l'évolution de semblables kystes. Cette question est encore obscure, soit qu'il s'agisse de kystes simples, provenant de follicules intacts, et qui se développent d'une manière anormale, par suite de l'augmentation de leur contenu liquide, soit qu'ils tirent leur origine de corps jaune, ou d'invaginations diverses qui se produisent au niveau des cicatrices folliculaires déhiscentes, à la suite d'une inflammation ou d'une autre affection des ovaires. Enfin, ces cas peuvent offrir quelque intérêt par rapport à d'autre questions que l'on cherche aujourd'hui à résoupre, telles que les relations qui pourraient exister entre l'évolution de semblables kystes et une gestation, ou des gestations successives, ainsi qu'entre ces kystes et diverses influences sympathiques.

Observation I. — Hélène A..., âgée de 46 ans, est reçue à la Maternité. La malade croit qu'elle est enceinte et qu'elle n'a pas accouché à terme.

Antécédents hérédo-collatéraux : Rien d'important.

Antécédents personnels : Dans son enfance, elle n'a eu aucune maladie. Durant son adolescence, elle a souffert du typhus exanthématique. Elle a eu cinq enfants, dont le cadet a 8 ans. Elle s'est bien portée jusqu'à ces derniers mois. A un moment, s'apercevant que son abdomen grossissait, elle crut être enceinte. Voyant qu'elle a dépassé le terme de l'accouchement, elle se décide à venir à l'hôpital.

A l'examen, on remarque qu'elle a le ventre volumineux comme s'il s'agissait d'une grossesse arrivée à terme. A la palpation, on ne sent pas de parties fœtales on n'entend pas de pulsations. A l'examen génital, on trouve : vagin long et, dans les culs-de-sac on tombe sur une tumeur kystique. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

L'intervention est résolue. Rachianesthésie à la novocaïne. On pratique une incision sus et sous-ombilicale et lorsque lorsque l'on ouvre le péritoine on voit *une volumineuse tumeur kystique pédiculée, fixée à l'ovaire gauche*. Il y avait des adhérences à l'épiploon et aux intestins. Ces adhérences se sont détachées facilement. Le kyste contenait dix litres de liquide ; il a fallu, à l'aide d'un trocart, en enlever quelques litres pour que nous puissions continuer à détacher les adhérences internes collées aux intestins.

Nous avons, après ligature, sectionné le très gros pédicule, qui comportait de grands vaisseaux dilatés. Nous avons aussi extirpé la trompe qui était adhérente au kyste. L'utérus est demeuré avec l'annexe droite. La patiente a fort bien supporté l'opération et est sortie de l'hôpital parfaitement guérie.

Observation II. — La malade P. A..., âgée de 34 ans, est reçue à la Maternité de Jassy. Ayant vu que son ventre grossissait de plus en plus, elle se demanda ce qui lui arrivait.

Antécédents hérédo-collatéraux : Rien d'important.

Antécédents personnels : Dans son enfance, elle eut la scarlatine et la coqueluche. A 13 ans, elle eut ses premières règles qui durèrent trois jours ; quantité normale. Durant son adolescence elle n'eut aucune maladie. A 19 ans elle se maria. Elle n'a pas eu de fausses couches ; aucun enfant ; elle a eu ses menstrues régulièrement. Elle n'a jamais eu d'hémorragie. Il y a deux ans, elle remarqua que son abdomen augmentait de volume ; elle ne ressentait aucun trouble, si ce n'est quelques douleurs du côté gauche

A l'examen, on lui voit le ventre gros comme celui d'une femme qui est près d'accoucher ; on ne sent pas de parties fœtales ; on n'entend pas de pulsations. A l'examen génital, on observe l'utérus petit, le col de même, dévié à droite. Culs-de-sac occupés par une tumeur kystique. On diagnostique un kyste de l'ovaire et l'on prépare la malade pour l'opération. On procède à la rachianesthésie par novocaïne ; on pratique une incision médiane sus et sous-ombilicale. Nous découvrons *une tumeur d'un aspect nacré, adhérente au grand épiploon et aux intestins* ; nous détachons doucement les adhérences nous ligaturons le pédicule qui est gros et qui comporte des vaisseaux dilatés. Nous laissons l'utérus et l'autre annexe. *Placé sur la balance, le kyste pesait neuf kilogrammes* L'abdomen est refermé sans aucun drainage. La cicatrise s'est effectuée *per primam*. Dix jours après, la malade a quitté l'hôpital, parfaitement guérie.

Observation III. — La malade M. M..., âgée de 55 ans, se présente à la Maternité en déclarant que son ventre grossit et qu'elle éprouve des sensations d'étouffement.

Antécédents hérédo-collatéraux : Ses parents sont morts de

vieillesse. Elle a deux frères et une sœur ; celle-ci est bien portante, elle est mariée et a des enfants qui jouissent d'une bonne santé. Le mari de la malade souffre de l'estomac. Elle a eu neuf enfants : six se portent bien ; les trois autres sont morts en bas-âge.

Antécédents personnels : Elle a eu ses premières menstrues à l'âge de 15 ans, une seule fois. Au bout d'un an (à 16 ans) la menstruation a réapparu ; elle a été assez abondante et a duré environ trois jours. Depuis lors, les menstrues ont été régulières. La ménopause a eu lieu il y a cinq ans. Depuis deux ans, elle a commencé à avoir une leucorrhée ; elle a consulté une sage-femme qui lui a recommandé des lavages vaginaux. A l'âge de 48 ans, elle a eu un prurit à la paume des deux mains ; admise à l'hôpital, elle a été soumise aux rayons ultra-violets.

Historique de la maladie. — Jusqu'à ces dernières années, elle n'a rien ressenti ; il y a un an et demi, elle a commencé à souffrir d'une gêne dans la fosse iliaque gauche ; un peu plus tard, cette gêne se transporta du côté droit, augmentant surtout quand la femme se penchait ; en outre la patiente avait des sensations d'étouffement. Depuis un an, elle s'apercevait que son abdomen augmentait de volume de jour en jour et se ballonnait. La malade crut qu'elle était enceinte. Voyant que plus d'un an s'était écoulé et qu'elle n'accouchait pas, elle consulta un médecin ; celui-ci l'envoya à la Maternité de Jassy.

Etat actuel : Système ostéo musculaire normalement développé ; tissu cellulaire émacié. Procédant à l'examen génital, on s'aperçoit que l'utérus est petit et que les culs de sac sont occupés par une tumeur kystique. Diagnostic : kyste de l'ovaire. Rachianesthésie à la novocaïne. Après ouverture du péritoine, nous trouvons *une volumineuse tumeur kystique pédiculée, attachée à l'annexe droite*, adhérente au grand épiploon et aux intestins ; elle s'étendait jusque sous le foie et l'estomac, présentant aussi des adhérences à l'estomac. Nous détachons toutes les adhérences qui, par endroit, sont plus épaisses. On ligature le pédicule qui est très gros, puis on extirpe aussi la trompe droite ; nous laissons en place l'utérus et l'annexe gauche. Le kyste pesait neuf kilogrammes et demi. L'abdomen a été refermé sans qu'il soit besoin d'adapter un drainage quelconque. La patiente a parfaitement supporté l'opération et, lorsqu'elle a quitté l'hôpital, elle était parfaitement guérie (1).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Neurologie

La pseudo-sclérose type Westphal-Strümpell a-t-elle droit à une existence propre et tant soit peu indépendante ?

Le malade, atteint de pseudo-sclérose, est un jeune qui avant tout tremble ; c'est un tremblement à grandes oscillations, qui n'est pas exclusivement, mais qui est surtout un tremblement de mouvement. Il a aussi plus ou moins la parole lente et scandée.

Les signes objectifs pyramidaux (signe de Babinski, exagération des réflexes tendineux et de défense) l'abolition des réflexes abdominaux, les signes cérébelleux (nystagmus, ataxie cérébelleuses, vertiges) font ici défaut.

La pseudo-sclérose, dépourvue de tout signes cérébelleux pyramidal, n'a, en définitive, rien de la sclérose en plaques. Par contre elle s'apparente indiscutablement à la maladie de Wilson et pourtant ce sont deux syndromes de style bien différent.

On peut distinguer à l'heure actuelle quatre fonctions striées :

1° La fonction de stabilisation générale, qui assure la station debout ;

2° La fonction de stabilisation segmentaire, qui remédie aux sollicitations de la pesanteur ;

3° La fonction d'immobilisation, qui soustrait le membre aux sollicitations musculaires ;

4° La répercussivité motrice émotive, qui est responsable de la mimique.

La carence de telle ou telle de ces fonctions, parfois leur atteinte simultanée, les divers degrés de l'atteinte confèrent à chaque syndrome strié sa physionomie propre ; on peut admettre que la pseudo sclérose trahit simultanément l'altération de la fonction d'immobilisation du bras et la viciation de la répercussivité motrice émotive.

(J. Froment, P. Bonnet et R. Masson. La pseudo-sclérose type Westphal-Strümpell. Ce qui sémiologiquement la trahit. Ce dont physiologiquement elle témoigne. *Journal de médecine de Lyon*, 20 juin 1935.)

Pathologie coloniale

Les syndromes de colite dysentérique grave sont fréquents en pathologie coloniale ; ils se divisent schématiquement en aigus ou chroniques.

Les syndromes aigus appartiennent soit à la dysenterie bacillaire, soit à la dysenterie amibienne, rarement à leur association ; ils peuvent être dus aussi à des germes occasionnellement dysentérigènes : bacille de Morgan, bacille pyocyanique ; il est enfin peu classique, mais logique d'ajouter le colibacille.

Les syndromes chroniques relèvent presque toujours de l'amibiase.

(Melnotte. Les colites dysentériques graves. *Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1935.)

Depuis sept ans déjà l'Institut Pasteur de Tanger envoie à tous les vétérinaires du Maroc, pour la vaccination des animaux après morsure comme pour l'immunisation préventive du chien un vaccin antirabique éthérisé, qui s'est montré hautement efficace en même temps que parfaitement inoffensif.

Le 31 décembre 1934 le nombre total des animaux vaccinés atteignait 6.850 ; parmi eux 739 avaient reçu le vaccin après avoir été mordus : ces vaccinations à domicile ont été pratiquées sans le moindre incident et leur efficacité ne s'est jamais démentie.

Le moment paraît venu de faire bénéficier la vaccination humaine d'avantages analogues, de supprimer la dépense et la perte de temps que nécessite la cure pastorienne au siège d'un Institut et aussi de couper court aux abus déterminés par la perspective de passer deux ou trois semaines dans une grande ville aux frais de l'Etat, d'une municipalité ou d'un propriétaire de chien.

Cette vaccination à domicile n'a rien d'inédit, encore moins de subversif ; il y a en effet près de dix ans que, dans un grand nombre de pays étrangers, les vaccins phéniqués ont été appliqués à ce qu'on a appelé la décentralisation de la vaccination antirabique, c'est-à-dire à la vaccination dans les hôpitaux, les dispensaires, même au cabinet du médecin.

(P. Remlinger et J. Bailly. La décentralisation de la vaccination antirabique. *Maroc médical*, 15 juin 1935.)

Pédiatrie

Parmi les ostéites de croissance l'apophysite tibiale antérieure (maladie d'Ostgood Schlatter) est aujourd'hui parfaitement identifiée.

Un enfant de 12 à 15 ans, le plus souvent un garçon, éprouve une douleur au niveau de la tubérosité antérieure de l'un des tibias, parfois des deux. On trouve l'apophyse tibiale antérieure plus ou moins tuméfiée, saillante et douloureuse, avec parfois un peu de rougeur et de l'hyperthermie locale. La fatigue de la journée et la marche entraînent des douleurs spontanées, vives, que calme le repos. Passivement, tous les mouvements de l'articulation sont libres et aisés, sauf parfois l'extension brusque et la flexion forcée du genou.

L'évolution est apyrétique mais longue ; elle peut durer de quinze à dix-huit mois et se marquer par des rechutes.

L'image radiologique typique est un bec osseux, semblant décollé de la diaphyse, avec des contours flous et décalcifiés.

(Dupytou et Terreygeol. Apophysite tibiale antérieure de l'enfant. *Gazette médicale limousine*, mai 1935.)

Clinique chirurgicale

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique s'oriente vers la résection subtotale du corps thyroïde, qui

(1) Observations présentées à la *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, juin 1935.

enlève la plus grande partie des deux lobes, en conservant seulement de chaque côté une mince lame postérieure, qui protège le récurrent et protège les parathyroïdes.

Il y a actuellement une tendance très nette à abandonner les opérations fractionnées, qui étaient dictées par la prudence, pour adopter en principe, toutes les fois que la chose est possible, les opérations en un temps.

Les résultats sont très bons, sinon toujours absolument complets ; ils se manifestent immédiatement après l'opération et sont habituellement durables ; quand il y a récidive, c'est généralement qu'il y a eu opération incomplète.

Il y a un côté nouveau à mettre en relief ; jusqu'ici les troubles cardiaques limitaient l'action chirurgicale ; lorsqu'ils étaient accentués, il y avait une contre-indication formelle ; actuellement ils constituent plutôt une indication opératoire.

Cette nouvelle et extraordinaire prétention chirurgicale de soulager une cardiopathie par la thyroïdectomie n'est pas aussi exagérée, aussi fantaisiste qu'elle le paraît au premier abord.

La suppression du corps thyroïde, à condition de la faire presque totale, réduit le métabolisme basal et met un frein aux dépenses trop grandes que pourrait exiger l'organisme du cœur défaillant ; dans ces conditions nouvelles de vie au ralenti, que crée l'hypothyroïdisme, le cœur défaillant devient suffisant.

(G. Leclerc. Discussion sur le rapport du traitement chirurgical du goitre exophtalmique. *Bourgogne médicale*, juin 1935.)

Stomatologie

Les paralysies faciales d'origine bucco-dentaire sont rares, mais elles existent.

Ce sont surtout les irritations de la pulpe dentaire qu'on incrimine : pulpite, irritation pulpaire par un pansement arsenical, arthrite alvéolo-dentaire, foyers infectieux péri-axiens, évolution pathologique de la dent de sagesse. Les dents coupables sont toujours des molaires ou des prémolaires.

La pathogénie s'explique soit par la propagation d'une névrite du trijumeau, soit par reflexe sensitivo-moteur, soit par réflexe sympathico-facial.

Le traitement des paralysies faciales d'origine dentaire consiste généralement dans l'extraction ; la guérison est rapide.

(Fronteau. Paralysies faciales d'origine bucco-dentaire. *Archives médicales d'Angers*, juin 1935.)

Thérapeutique

Le Dn7 et le Dn18 sont des dérivés antimoniés organiques trivalents ; ces produits ne sont pas encore dans le commerce ; ils sont utilisés dans le traitement de la trypanosomiase ainsi que dans celui des bilharzioses humaines.

L'expérimentation, faite à Marrakech, peut se résumer ainsi :

Cinq malades furent traités par le Dn7 (trois Israélites et deux Musulmans), huit malades le furent au moyen du Dn18 (un Européen, trois Israélites, quatre Musulmans) ; dans tous les cas on a obtenu la guérison clinique et des examens microscopiques répétés ont montré que cette guérison se maintenait au bout de trois mois ; elle paraît donc définitive.

Les incidents observés furent généralement très bénins et très rares et se bornèrent à une toux quinteuse suivie quelquefois de vomissements. Les doses normales, 0 gr. 25 pour le Dn7 et 0 gr. 40 pour le Dn18 provoquent rarement des troubles appréciables.

Les doses de 0 gr. 50 de Dn7 fatiguèrent certains sujets, tandis que d'autres, plus résistants, les supportèrent facilement. Certains malades accusèrent des douleurs thoraciques ou articulaires ; ces phénomènes disparurent très rapidement, dès que le traitement fut terminé.

(Barneoud. Le traitement de la bilharziose vésicale par le Dn7 et le Dn8. *Maroc Médical*, 15 juin 1935.)

Varia

Il est bon, de temps en temps, de faire part des échecs que on peut rencontrer dans l'exercice de notre profession, lorsqu'on emploie certains médicaments non encore passés dans usage courant (Pierre Lucien)

Si parfois l'ulcère de l'estomac guérit, bien plus souvent il ne, soit lentement par transformation cancéreuse, cachexie u tuberculose, soit tout à coup et dramatiquement par hemorragie ou par perforation (Bégouin).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1935

Deux cas d'ostéopathies de carence consécutives à des régimes alimentaires restrictifs prescrits pour hypertension artérielle. — ***MM. R.-J. Weissenbach*** et ***J.-A. Lièvre*** présentent deux cas de lésions osseuses graves apparues chez des femmes hypertendues ayant été soumises à des régimes de restriction excessifs. Dans un cas, quatre années de purgations répétées et d'alimentation globalement restreinte, privée de protides et de graisses d'origine animale, puis de chlorure de sodium, provoquent de la diarrhée et de l'amaigrissement ; au bout d'un an de graves douleurs osseuses, l'impossibilité de la marche et de la station debout traduisent une ostéoporose prédominant au rachis. La correction de ces erreurs, l'administration de vitamines et de calcium amènent une amélioration rapide.

Dans un autre cas, un régime analogue provoque une impotence totale, ainsi qu'un brusque effondrement rachidien.

Les auteurs décrivent à ce propos la symptomatologie clinique, radiologique et biologique des *ostéopathies de carence*, notent le rôle essentiel du défaut de graisses, l'intervention probable des carences en protides et en vitamines lipo-solubles, ainsi que du déséquilibre alimentaire. Ils observent, par ailleurs que ces restrictions ne sont pas sans modifier les chiffres de la tension artérielle, mais que la diététique de l'hypertension doit être soumise aux lois de l'hygiène alimentaire.

Traitement symptomatique et curateur de la dysphagie douloureuse de la laryngite tuberculeuse par l'anesthésie électrique (méthode de R. Grain). — ***MM. Laignel-Lavastine*** et ***Rosenthal***.

Le diagnostic du kala-azar par les frottis dermiques. — ***MM. Ed. Benhamou, R. Faugère*** et ***F. Choussat*** (Alger) rapportent les observations de deux petites malades, l'une âgée d'un an et atteinte de kala-azar depuis l'âge de 5 mois, l'autre âgée de 8 ans et infectée depuis 10 mois, chez lesquelles l'épreuve de formol-réaction avait été négative et les ponctions de rate et de moelle osseuse n'avaient montré de leishmanies ni à l'examen direct, ni en culture sur milieu NNN : le diagnostic en suspens put être affirmé par la présence des leishmanies sur des frottis dermiques. Un raclage du derme après raclage préalable de l'épiderme permit aux auteurs de déceler en différents points du corps et lors de prélèvements, souvent répétés, des leishmanies.

Ces observations soulèvent d'intéressantes déductions d'ordre diagnostique, nosographique et prophylactique :

1° Le procédé des frottis dermiques peut donc, à l'égal d'une ponction de rate ou de moelle osseuse, assurer le diagnostic du kala-azar. Sans doute, la recherche des leishmanies sur les frottis dermiques est-elle plus difficile, plus longue, plus délicate que sur les frottis spléniques en raison de la rareté relative du parasite dans la peau et de certains caractères morphologiques ; mais les avantages qu'elle présente méritent bien cet effort, et si de nouvelles observations venaient confirmer la constance de ce parasitisme cutané, on pourrait bien souvent, éviter la ponction de rate, redoutée des malades et même des médecins.

2° La présence des leishmanies dans le derme apporte un document particulièrement suggestif. Elle établit de manière indiscutable que le kala-azar de l'homme n'est pas seulement une anémie splénique fébrile due à la présence de leishmania dans la rate, le foie et la moelle osseuse, mais bien une réticulo-endothéliose parasitaire au sens le plus large du mot. C'est tout le système réticulo-endothélial, celui des viscères et celui de la peau qui est envahi par les parasites. Cette notion rapproche ainsi la leishmaniose viscérale interne de la leishmaniose cutanée, et apporte une certaine unité dans le groupe nosographique des leishmanioses ; elle rapproche aussi la leishmaniose de l'homme de la leishmaniose du chien ; et l'on peut dire que dans le kala-azar les malades sont entourés d'un véritable « manchon » parasitaire.

3° Enfin, du point de vue prophylactique, il est intéressant de noter qu'après la régression des signes cliniques, le réser-

voir de virus n'était pas stérilisé, comme l'ont montré les frottis dermiques en série. Or les phlébotomes étaient particulièrement nombreux dans l'habitation de notre première malade, et quand on se rappelle le rôle joué par les phlébotomes dans la propagation des leishmanioses, on comprend qu'ils puissent facilement puiser le virus dans le manchon parasitaire humain, comme ils devaient le puiser dans la peau des chiens, sains en apparence mais déjà profondément infectés, qui vivaient en commensaux près des deux enfants malades.

Sur une variété de dédoublement du premier bruit cardiaque. — ***MM. Charles Laubry*** et ***Puddu*** étudiant à l'aide de la méthode phonocardiographique un dédoublement du premier bruit, l'ont vu coïncider avec un trouble électrocardiographique caractéristique du bloc de branche droit des plus accusés. Ils se demandent si, dans ce cas, on ne peut pas attribuer le dédoublement du premier bruit à un asynchronisme valvulaire, comme le veut un certain nombre d'auteurs américains. Toutefois, l'existence de bloc de branche sans dédoublement, et inversement de dédoublement aussi caractéristique sans bloc de branche, les laisse plutôt sceptiques à l'égard de cette pathogénie, d'ailleurs fort ingénieuse.

Sur le galop protodiastolique dans l'arythmie complète. — ***MM. Charles Laubry*** et ***J. Van Heerswynghels*** se sont rendu compte, à l'aide du phonocardiogramme, de la réalité du galop protodiastolique que l'un d'eux, avec Routier, avait signalée dans l'arythmie complète, et dont il avait montré l'importance au point de vue pronostique. C'est un signe qui permet de juger de la valeur fonctionnelle du myocarde. Mais il est rare, d'un diagnostic malaisé, et l'on pourrait même émettre sur son identité des doutes légitimes. La méthode phonocardiographique donne à ce signe son droit d'existence, avec la valeur qui lui a été attribuée.

La lipase hépatique dans le traitement des cirrhoses avec ascite. — ***MM. Noël Fiessinger*** et ***Alfred Gajdos*** après avoir constaté que dans les cirrhoses hépatiques on observe une baisse constante de la lipase sérique en proportion avec la déficience fonctionnelle du foie, après avoir observé expérimentalement que la lipase extraite du foie élève le taux de la lipase sanguine dans l'intoxication phosphorée, préconisent l'emploi des injections de lipase hépatique comme traitement des cirrhoses avec ascite.

Tout en insistant sur la possibilité des échecs dans les formes graves en pleine insuffisance hépatique, les auteurs rapportent entièrement prise entre six, une observation particulièrement objective, où après échec des médications classiques, on obtint par la lipasothérapie l'élévation de la diurèse, la disparition de l'ascite et des œdèmes, l'amélioration des signes d'exploration fonctionnelle et la guérison apparente de la malade.

Coma acidosique et intoxication salicylée. — ***MM. Labbé, R. Boulin, Uhry*** et ***Ullmann*** rapportent l'observation d'un cas de coma salicylé acidosique (réserve alcaline 18 vol.), remarquable par l'absence de cétose.

Rapprochant cette observation des faits expérimentaux de coma acidosique salicylé sans cétose, ils discutent la pathogénie cétosique, habituellement invoquée par les auteurs, de l'acidose salicylée et se rangent plutôt à l'hypothèse d'une acidose pure, non cétosique, l'acétonurie signalée dans d'autres observations n'étant peut-être qu'un phénomène accessoire en relation avec les graves lésions de dégénérescence hépatique provoquées par l'intoxication salicylée.

Une fois éliminée l'origine cétosique de l'acidose salicylée, ils discutent les autres mécanismes jusque-là invoqués : rôle de l'acide salicylique, de l'acide lactique ; lésions du foie, du rein, sans qu'aucune hypothèse ne leur apparaisse actuellement vraiment satisfaisante.

Nodosités juxta-articulaires d'origine syphilitique. — ***M. Marcel Pinard*** rapporte un cas de nodosité juxta-articulaires à évolution secondairement gommeuse prouvant leur origine syphilitique.

Coma diabétique par collapsus cardiaque, sans acidocétose. Modifications électro-cardiographiques. — ***MM. Georges Marchal, P. Soulié*** et ***Ch. Gruffer*** rapportent un cas de collapsus suivi de coma chez une diabétique de 38 ans. Cet état de collapsus a été rapidement mortel malgré le traitement toni-cardiaque et adrénalinique.

L'absence de signes notables d'acidose et le taux de la réserve alcaline amènent les auteurs à ranger ce coma dans le type de collapsus cardiaque puis de Frerichs.

De profondes altérations électro-cardiographiques ont été notées : évasement du Q R S., mais surtout aspect curviligne de S. T. avec décalage, réalisant un aspect sygmoïdal très particulier.

L'examen anatomique montre l'intégrité de la fibre musculaire cardiaque et des coronaires, démontrant une fois de plus que les modifications électro-cardiographiques de l'espace S. T. ne suffisent pas à affirmer le diagnostic lésionnel de coronarite.

Hypertrophie congénitale des doigts et ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative — ***MM. R. J. Weissenbach, A. Ravina*** et ***J. Lièvre*** ont observé une malade présentant un curieux aspect de la main gauche constitué par l'augmentation de volume de l'annulaire et de l'auriculaire accompagnée de nodosités et de bosselures osseuses ainsi que d'ankylose des articulations phalangiennes.

La radiographie montre qu'il s'agit, non point d'un cas de mélorheostose comme l'apparence clinique l'aurait fait soupçonner, mais d'altérations d'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative, c'est-à-dire de lésions relativement banales, mais dont l'intensité est ici extraordinaire. Or, ces lésions ne sont développées sur des doigts congénitalement hypertrophiés, et coïncident d'autre part avec des arthrites déformantes du type habituel frappant d'autres articulations, particulièrement une hanche (coxarthrie). Il s'agit donc ici d'une *polyarthrite sèche progressive* ayant revêtu au niveau des doigts anormaux un aspect particulièrement hypertrophique. Les auteurs en trouvent la raison dans d'importantes anomalies des réactions vasculaires du membre en question et y voient un argument en faveur du rôle des troubles vasculaires dans le développement des ostéo-arthrites dégénératives.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Arthrite gonococcique tibio tarsienne guérie par le vaccin intraveineux

Un homme de 26 ans, vient consulter — après une blennorragie aiguë, récemment guérie — pour un traumatisme du cou-de-pied. On fait le diagnostic d'entorse tibio-tarsienne et après une injection de novocaïne on fait marcher le sujet. Mais des douleurs très violentes avec température réapparaissent et des signes locaux imposent alors le diagnostic d'arthrite gonococcique.

Deux injections de gonacrine furent d'abord pratiquée sans succès, puis trois injections intraveineuses de vaccin antigonococcique à huit jours d'intervalle. Chaque injection a déterminé un choc considérable avec clocher thermique à 41° et fut suivie d'une grande amélioration. La guérison fut obtenue rapidement avec intégrité absolue de l'articulation.

MM. Rochet et Violet qui ont rapporté cette observation à la Société de chirurgie de Lyon (13 juin 1935) font remarquer qu'ils ont observé de bons résultats avec la gonacrine dans le traitement de l'arthrite blennorragique, mais que celle-ci agit plus lentement que le vaccin. La vaccinothérapie détermine un choc énorme, et agit sans doute par ce moyen. Les autres vaccins non spécifiques sont eux aussi efficaces, mais plus dangereux.

Hémorragie méningée au cours d'une ponction sous occipital

L'observation rapportée par MM. Weissenbach, (Bocage et Bloch-Michel (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 9 mai 1935) attire l'attention sur la prudence avec laquelle on doit employer la ponction sous-occipitale dans les cas de contrôle de l'intégrité du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques.

Chez un jeune homme indemne de toute tare cardio-vasculaire ou autre, ayant terminé un traitement pour syphilis traitée à la période présérologique, une ponction sous-occipitale est pratiquée à titre de contrôle du L. C. Apparition d'une hémorragie méningée grave, heureusement terminée par guérison complète. Une anomalie vasculaire peut seule expliquer l'accident, aucune erreur de technique n'ayant été commise.

Echos et Glanures

A propos du cinquantenaire du traitement antirabique. — *Lu dans le* PROGRÈS DE LYON.

A l'origine, et aujourd'hui encore sans doute, le grand renom populaire de Pasteur tient au traitement de la rage. Et pourtant c'est le moindre titre, sinon le moins indiscutable scientifiquement, que garde l'illustre savant à la gratitude du monde.

L'on vient de célébrer solennellement à Paris le cinquantenaire des premières inoculations préventives contre la rage qu'il pratiqua sur le jeune Meister, aujourd'hui gardien chevronné du glorieux Institut bactériologique de Paris. Nous n'avons pas retrouvé, dans les comptes rendus de la cérémonie, le nom du véritable initiateur de la méthode : le Professeur Pierre-Victor Galtier qui, après une longue carrière d'enseignement et de recherches à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est mort en 1908.

Et pourtant, si le mérite d'avoir osé le premier sur l'homme les inoculations préventives du virus rabique appartient incontestablement au génie de la microbiologie, il n'est pas moins certain que la priorité de la découverte du virus atténué, immunisant revient au savant lyonnais.

Galtier en effet travaillait depuis ses débuts à l'Ecole de Lyon, à vacciner les troupeaux ovins et bovins contre la rage que leur communiquaient trop souvent, leurs gardiens habituels, les chiens.

Dès 1879, il montrait que la salive de chiens enragés inoculée dans la veine jugulaire du mouton immunisait celui-ci contre la rage. Il montrait ensuite comment le virus de la rage s'atténue sur le lapin.

Ces dernières constatations firent l'objet, le 1er août 1881, d'une communication à l'Académie des sciences. Par une coïncidence singulière, quelques semaines après Pasteur, qui en sa qualité de secrétaire de l'Académie, ne pouvait pas ne pas connaître le travail de Galtier, exposa des recherches et des conclusions semblables mais sans faire état de la communication antérieure du savant lyonnais.

Galtier protesta. Après enquête et sur des considérants plutôt sévères à l'égard de son secrétaire, l'Académie reconnut à Galtier la priorité de la découverte.

Par la suite de nombreux prix scientifiques viennent couronner l'œuvre du chercheur lyonnais. En 1887, sur le rapport de sa commission, formée de Bouchard, Richet, Charcot, Brown-Séquard, Verneuil, l'Académie des sciences, lui décerne le prix Bréant. Après avoir rendu hommage à Pasteur le rapporteur concluait :

« Il convient de signaler aussi les découvertes accomplies dans le même domaine par un des professeurs de l'Ecole vétérinaire de Lyon, M. Galtier. Le livre qui est soumis à votre jugement, expose l'état de la science sur ce sujet et résume ses propres découvertes. Je n'en veux retenir qu'une seule.

« Le 29 janvier 1881, dans une note adressée à l'Académie de médecine, M. Galtier annonçait que l'injection de virus rabique dans les veines du mouton ne provoque pas la rage chez cet animal, mais semble lui ocnférer l'immunité.

« Dans une autre note adressée à l'Académie des sciences, le 1er août 1881, M. Galtier reproduisait la même affirmation. Chez le mouton, l'injection intraveineuse, sans provoquer la maladie, reproduit cependant une modification de l'organisme telle que la morsure faite par un chien enragé ne peut plus être suivie de rage. »

C'était l'application à la rage d'une méthode prophylactique que peut revendiquer l'Ecole lyonnaise. C'était aussi la première démonstration de la possibilité de conférer à certains animaux l'immunité contre la rage.

« La commission a pensé qu'une telle découverte méritait d'être signalée avec honneur. Elle vous propose d'accorder à M. Galtier, sur la rente du prix Bréant, une récompense de trois mille francs, le prix Béhague, en 1890, et la grande médaille d'or de la Société d'agriculture : le prix Barbier, le prix Stausky, pour la cure de la rage par inoculations préventives, en 1892, etc. »

L'on semblait ainsi reconnaître que Galtier avait, le premier, démontré d'abord l'inoculabilité de la rage aux lapins ; ensuite, la possibilité d'obtenir par ces inoculations les virus progressivement atténués qui, injectés à l'homme ou aux animaux, avant ou peu après la morsure, les immunisaient contre les atteintes mortelles du mal.

Il n'est que juste aujourd'hui de rendre à Galtier ce qui appartient à Galtier, comme à Pasteur ce qui appartient à Pasteur. L'immense rayonnement de l'un ne doit point absorber le mérite évident de l'autre.

D'ailleurs, en dépit de ces trouvailles qui paraissaient définitives, le problème de la rage est loin d'être résolu. Son germe : corpuscule virus filtrant . . . n'est point encore exactement déterminé, et le traitement pasteurien manque encore des bases positives qui lui conféreraient l'incontestabilité scientifique.

Au cours d'une des dernières conversations qu'il nous fut donnée d'avoir avec le Professeur Galtier en son ermitage de la Mulatière, comme nous lui demandions ce qu'il fallait penser de cette question sur laquelle il s'était penché toute sa vie, le savant nous dit :

« Je ne voudrais offenser ni désespérer personne, et peut-être n'est-il ni opportun ni habile de le déclarer publiquement aujourd'hui, mais je ne suis pas sûr qu'avec le traitement antirabique tel qu'on le pratique, l'on ne donne pas plus souvent la rage qu'on ne la guérit. »

Nous croyons utile de rappeler ces graves paroles, prononcées par le savant dans la sérénité du soir de sa vie.

L'Ecole lyonnaise où Galtier a depuis longtemps son buste, se doit de reprendre l'œuvre où il l'a laissée et, sur le large terrain fertile de la clinique vétérinaire, d'approfondir le sillon qu'il a tracé pour la moisson bienfaisante, salvatrice qu'il prépara toute sa vie.

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. — *M. Maurice Mordagne, dans l'*INFORMATION UNIVERSITAIRE, *approuve la nouvelle loi qui vient d'être votée.*

S'il y eut encore quelques francs-tireurs d'importance, l'Association corporative prit l'initiative d'annihiler leur action désordonnée et rencontra dans cette tâche pleine la confiance de la Haute Assemblée. MM. Chauveau, Ambruster, Le Gorgeu, Martin, Dentu nous l'ont prouvé par leur accueil, leurs déclarations à la tribune et leurs votes.

Le texte voté au Sénat a été voté par la Chambre le 28 juin sans la moindre protestation : il y avait eu, depuis quelques jours, des tractations entre médecins des deux assemblées,

décidés à porter le fer rouge dans la plaie des médecins marrons essentiellement recrutés chez certains indésirables.

L'Information Universitaire du 29 juin a donné une analyse exacte et complète du débat sénatorial : il est donc inutile que je revienne là-dessus, puisque la Chambre a confirmé le vote du Sénat. Cependant, je dois relever quelques notions nouvelles considérées comme capitales.

Grâce à l'ardeur raisonnée du Docteur Dentu, les ressortissants de pays *sous mandat* français continueront à ne pas pouvoir exercer en France ; les diplômés de Beyrouth resteront donc comme il convient, dans le Proche-Orient.

Pour transformer les diplômes d'université ou de l'étranger en diplôme d'Etat français, les candidats devront repasser *tous* les examens de doctorat. Les Roumains n'ont plus de privilèges et c'est justice, puisque la Roumanie a établi chez elle le *numerus clausus*.

Les situations acquises sont respectées. Mais on soumet à la loi les étudiants en cours d'études, entreprises à un moment où il ne pouvait plus y avoir de doute sur la volonté des Français de ne pas favoriser, à leur détriment, l'installation définitive d'immigrants dans des professions déjà encombrées.

Cette suppression de mesures transitoires sans cesse prolongées va mettre un terme à la ruée sur Paris, qui déjà reprenait à un rythme effrayant : un tiers de médecins installés dans notre capitale en 1931 est d'origine étrangère...

On doit se féliciter de ce demi-succès qui, pour le quart d'heure met un terme au danger le plus immédiat. Nous ne croyons pas que le gouvernement prenne sur lui de différer, fût-ce de quelques semaines, la promulgation de la loi. La responsabilité serait lourde.

Autour de l'affaire Dreyfus. — *Dans le* Lyon Républicain, *ces quelques réflexions de M. le Docteur Edmond Locard :*

... Je pense que si la mort d'Alfred Dreyfus et ses funérailles ont provoqué si peu d'émotion, c'est que le hasard le plus cruel a fait de cet homme un drapeau, et que rien ne le prédestinait à ce rôle. On peut bien le dire aujourd'hui, les dreyfusards les plus déterminés et les plus fidèles, ceux qui ont le plus exposé et le plus perdu dans la bataille n'aimaient pas Dreyfus. Picquart, qui a tout sacrifié pour lui, ne lui a jamais serré la main. Je voudrais raconter aujourd'hui des anecdotes très peu connues qui, à mon avis, donnent tout le sens de l'affaire.

La première histoire se passe peu de jours après la grâce de Dreyfus. Il venait d'être condamné pour la seconde fois par le conseil de guerre de Rennes. Aussitôt après cette seconde condamnation, Waldeck-Rousseau avait fait signer au président de la République une grâce plénière, et Dreyfus, mis en liberté était venu pour quelques jours à Paris. Un de ses plus enthousiastes partisans, l'avait prié à une réunion où étaient conviés, avec les chefs du dreyfusisme, toutes les caillettes qui se pâmaient au seul nom du martyr. Tout le monde frémissait dans l'attente de cet homme au nom de qui la France se déchirait depuis trois ans et que personne n'avait jamais vu. On l'annonce. Entre un homme d'une maigreur extrême, les yeux éteints et qui ne regardaient pas droit, des taches roses sur les joues osseuses, la démarche mécanique et que l'on sentait totalement incapable d'exprimer jamais, par la parole, par le regard ou par le geste, une émotion quelconque. Ce fut un froid glacial, et le silence. Et penchée, sur l'épaule de Picquart, une très jolie femme, l'une des plus ardentes pour la cause murmura : « Est-ce qu'on ne pourrait pas changer d'innocent ? » J'estime que ce mot explique tout, y compris la condamnation de Dreyfus.

L'autre histoire n'est aussi qu'un mot. Mais combien profond. Bernard Lazare qui fut, aux côtés de Mathieu Dreyfus, l'apôtre de la première heure, au moment où Dreyfus, expédié à l'Ile du Diable, nul ne se souciait de lui, Bernard Lazare causait avec Labori qui fut le défenseur tonitruant, passionné et quelquefois maladroit de Dreyfus devant le conseil de guerre de Rennes. Ces deux hommes, également convaincus, également dévoués, également sûrs, se lamentaient au sujet de l'opinion publique toujours contraire. Et Lazare dit ceci : « Ce qui me désole chez Dreyfus, c'est que, s'il n'était pas le condamné, il serait antidreyfusard ».

Et je termine par un mot de théâtre. Au moment où le capitaine fut introduit dans le box des accusés à Rennes, toute la salle, amis et ennemis, fut frappée de sa raideur impassible. Aux premières réponses, les sympathies les plus tenaces s'angoissaient. Debout dans un coin, le grand Mounet-Sully, de sa voix qui ne savait pas être basse, proféra : « Si j'étais à sa place, je ferais sangloter toute sa salle ».

Le malheur de cet homme, dont la cause a déchaîné les passions, c'est que sa personne repoussait, refoulait, éteignait toute sympathie. Dans le plus pathétique des drames, le protagoniste ne fut qu'une image en bois.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 32 LE NUMÉRO : 50 Centimes 10 AOUT 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins capitaines : Merlin-Lomas, du 19e C. A., en congé, à l'hospice mixte d'Agen ; Dickson, du 502e chars, au 13e dragons ; Jacquier, du 110e d'inf., au 5e cuirassiers.

Les médecins lieutenants : Rey, des troupes du Maroc, à l'hospice mixte de Nîmes ; Aumeunier, de l'École d'applic. du Serv. de santé, à l'hôpital d'instr. du Val-de-Grâce.

En Indochine. — Le médecin commandant Caro, du dépôt des isolés des troupes col. ; le médecin capitaine Galy, du 11e mitr. d'inf. col. ; le médecin capitaine Durand, du 3e d'inf. col. ; le médecin capitaine Pan, du 16e tir. sénégalais.

En Afrique équatoriale française. — Le médecin capitaine Bouchet, du 11e mitr. d'inf. col. ; les médecins lieutenants : Brusq, du 42e bat. de mitr. malgaches ; Lumaret, du 8e tir. sénégalais ; Guévellou, du 2e d'inf. col. ; Bonnefond, du 4e tir. sénégalais ; Domairon, du 24e tir. sénégalais ; Sergent, du 2e d'inf. col.

En Afrique occidentale française. — Le pharmacien lieutenant Laviec, du 23e d'inf. col. ; les médecins capitaines : Bonnetblanc et Membrat, du 14e tir. sénégalais ; les médecins lieutenants : Robert, du 24e tir. sénégalais ; Goudin, du 8e tir. sénégalais ; Koerber, du régiment d'inf. col. du Maroc.

Au Cameroun. — Le médecin lieutenant Pelon, du 8e tir. sénégalais.

A Madagascar. — Le médecin capitaine Moustardier, du dépôt des isolés des troupes col. ; le lieutenant d'adm. Garay, de l'hôpital de Fréjus.

A la Guyane. — Le lieutenant Rierny, de la sect. d'infirm. coloniaux.

A l'administration pénitentiaire (service médical à bord de la *Martinière*. — Le médecin capitaine du Renaud, du 1e tir. sénégalais.

Affectations en France

Au 2e d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine Dugué, rentré du Cameroun.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Bossert, rentré d'A. O. F. ; le médecin capitaine Goux, du group. d'art. col. de transports auto.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin lieutenant-colonel Gorjux, rentré d'Indochine ; le médecin-capitaine Grall, rentré du Cameroun.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin colonel Le Dentu, du ministère des Colonies ; le médecin lieutenant-colonel Genevray, rentré d'Indochine.

Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc. — Le médecin lieutenant Seigneur, rentré d'A. O. F.

Au 3e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Cavalade, rentré d'A. O. F.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Bonnaud, rentré d'Indochine.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Fimayer, rentré de Madagascar.

Au 24e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Ginieys, rentré de Madagascar.

Au 41e mitrailleurs d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Boisseau, rentré d'A. E. F. ; le médecin lieutenant Georges, rentré du Cameroun.

Au 42e bataillon de mitrailleurs malgaches. — Le médecin lieutenant Branche, rentré d'A. E. F.

Au 1er d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Bernard, rentré de Chine.

Au 3e d'artillerie coloniale. — Le médecin capitaine Robin, rentré d'Indochine.

Au 10e d'artillerie coloniale. — Le médecin lieutenant-colonel Pauliac et le médecin capitaine Pujo, rentrés d'A. E. F.

Au 12e d'artillerie coloniale. — Le médecin capitaine Pelcran, rentré d'Indochine ; le médecin lieutenant Lombard, rentré du Cameroun.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales. — Le pharmacien lieutenant Clamen, de l'hôpital de Fréjus.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin colonel Bernard, rentré d'A. O. F.

A l'hôpital militaire de Fréjus. — Le médecin capitaine Kerjorne, rentré d'A. O. F.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Docteurs Abel (de Nancy), Auguste (de Lille), Béthoux (de Grenoble), Mme Blanquet (de Clermont-Ferrand), MM. de Butler d'Ormond (d'Amiens), Chevallier (de Marseille), Coll de Carrera (de Montpellier), Combemale (de Lille), Mlle Condat (de Toulouse), MM. de Coquet (de Bordeaux), Cordier (de Lille), Cornil (de Marseille), Fabre (de Bordeaux), Fabre (de Lille), Fontès (de Strasbourg), Fourment (d'Alger), Hermann (de Lyon), Husson (de Caen), Lebon (d'Alger), Le Bourdelles (de Paris), Lestra (de Grenoble), Mercier (de Marseille), Muller (de Lille), Perlot (de Marseille), Picard (de Nantes), Ribet (d'Alger), Riser (de Toulouse), Robblin (de Poitiers), Rochet (de Lyon), Roques (de Toulouse), Roux (de Dijon), Turchini (de Montpellier), Vigne (de Marseille), Vincent (de Poitiers), Vullien (de Lille).

Officiers d'Académie. — MM. les Docteurs Ackermann (de Clermont-Ferrand), André (de Pondichéry), Mlle André (de Lyon), MM. Berthier (de Marseille), Besnoit (de Paris), Castagné (de Montpellier), Chaperon (de Caen), Damade (de Bordeaux), Dodero (d'Hanoï), Dognon (de Paris), Drouet (de Toulouse), Fontaine (de Strasbourg), Ginestet (de Lyon), Giraud (de Marseille), Guibert (de Montpellier), Guillon (de Nantes), Houcke (de Lille), Husson (de Caen), Jeannin (de Dijon), Joulia (de Bordeaux), Kayser (de Strasbourg), Mlle Kohler (de Paris), MM. Le Gac (de Rennes), Merland (de Marseille), Morice (de Caen), Palliez (de Lille), Paupert-Ravault (de Lyon), Prat (de Saint-Maixent), Mme Rambault (de Montpellier), M. Rollet (de Lyon), Mme Rousseau (de Nantes), MM. Soleil (de Lille), Talbot (de Paris), Tricault (de Lyon), Vaurs (de Clermont-Ferrand), Viallefont (de Montpellier), Vitte (de Bordeaux), Wolf (de Strasbourg), Wolff (de Nancy).

Confédération des Syndicats médicaux français. — La Confédération communique le texte d'une lettre ouverte à M. le Président de la Société nationale de chirurgie.

Nous avons la surprise de lire dans le *Journal des Praticiens* du 20 juillet, page 1490, une motion approuvée par la Société

nationale de chirurgie réunie en comité secret le 26 juin 1935, motion dont voici le texte :

« La Société nationale de chirurgie, société scientifique, n'a pas à connaître des questions professionnelles.

« Cependant, déférant à l'appel qui lui est adressé par la Fédération corporative des médecins de la région parisienne et soucieuse de voir respecter dans son intégrité un des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine,

« constatant que certaines dispositions proposées par la Commission nationale Caisse-Confédération des Syndicats médicaux sont établies en méconnaissance des obligations imposées par la tradition médicale française et par l'art. 378 du Code pénal qui vise tous ceux qui, par état ou profession, sont dépositaires des secrets des malades,

« constatant, du point de vue particulier du contrôle, que, depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 9 mai 1913, la jurisprudence interdit au médecin traitant de révéler au médecin contrôleur quoi que ce soit concernant le malade confié à ses soins, cette révélation constituant le délit de violation du secret professionnel.

« Déclare inacceptables toutes dispositions qui, d'une façon ou d'une autre, exposeraient les malades à la divulgation de leurs secrets, par ceux qu'ils sont obligés de mettre dans la confidence de ces secrets. »

Une note de la rédaction, qui suit, déclare que depuis 92 ans c'est la première fois que la Société nationale de chirurgie s'occupe de questions professionnelles.

Vous me permettrez de remarquer, M. le Président, que la Société eût peut-être pu, cette fois encore, ne pas sortir de sa traditionnelle réserve.

En effet, le § 3 de la motion porte que les dispositions visées ont été « *proposées par la Commission nationale* et qu'elles sont établies en méconnaissance... ».

Ceci, M. le Président, est rigoureusement inexact.

Pour des motifs que nous connaissons bien, on a fourni à votre discussion un texte qui était *proposé à la Commission nationale* par un délégué des Caisses et qui a d'ailleurs été fortement transformé par ladite Commission nationale, comme vous pourrez vous en rendre compte, si vous voulez bien lire successivement les deux textes parus dans le *Médecin de France* du 15 juillet 1935, pages 659 et 661, numéro dont je me fais un plaisir de vous envoyer un exemplaire.

Vous y verrez, en particulier, que dans le texte accepté par la Commission nationale, il n'est dit nulle part que le médecin traitant sera tenu de révéler au médecin contrôleur quoi que ce soit concernant le malade confié à ses soins.

Le protocole opératoire qu'il est recommandé à chaque chirurgien d'établir n'est pas une innovation. Tous les chirurgiens sérieux ont adopté cette pratique. Il n'est peut-être pas inutile de prévenir les autres : cette pièce pourra leur servir lorsque le contrôle technique fait par le Syndicat médical étant déclenché, il y aura lieu de préciser que certaines notations (coefficient multiplié par chiffre-clé) ne sont pas erronées.

Je suis particulièrement au regret d'avoir à vous signaler, M. le Président, l'erreur commise de bonne foi par votre Société, erreur dont on cherche de façon très évidente à tirer une arme contre la Confédération des Syndicats médicaux, laquelle prétend s'occuper de régler des questions qu'elle connaît mieux ou au moins aussi bien que quiconque.

Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris. — O. R. L. exerçants à Paris pendant les mois de :

Août. — MM. Chabert ; Bureau ; Lacau Saint-Guily ; Lemaître ; Constantin, du 1er au 5 et du 25 au 31 août ; Monsarrat ; Didsbury ; Grippon de la Motte, du 1er au 9 et du 20 au 31 août.

Septembre. — MM. Jouet, du 19 au 15 septembre ; Chabert, du 1er au 7 et du 19 au 30 septembre ; Weill, du 9 au 30 septembre ; Lob, du 20 au 30 septembre ; Bureau ; Lacau Saint-Guily, du 15 au 30 septembre ; Lemaître, du 15 au 30 septembre ; Constantin ; Bruder ; Munch ; Amado ; Baratoux ; Bonnet-Roy, du 15 au 30 septempre ; Grippon de la Motte ; Didsbury.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours commenceront le jeudi 14 novembre, à 16 heures, 5, rue de Las Cases (Musée social).

Xe Congrès de la Société internationale de chirurgie. — La Xe session triennale de cette importante association, qui groupe actuellement environ 1.200 chirurgiens appartenant à 42 nations, se tiendra au Caire du 30 décembre 1935 au 4 janvier 1936, sous la présidence du Professeur A. von Eiselsberg, de Vienne. Les séances du Congrès sont réservées aux seuls membres de la société dont le nombre est limité pour chaque pays ; mais le comité égyptien a invité les membres de leur famille et leurs proches à assister aux fêtes somptueuses qui seront organisées à Alexandrie et au Caire par le gouvernement égyptien et les chirurgiens d'Egypte.

A l'occasion du Congrès, une série de voyages collectifs sont organisés en Haute-Egypte, en Syrie et Palestine, en Grèce et en Turquie.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Faculté de médecine de Paris — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin, pour les clinicats suivants :

Le jeudi 24 octobre. Clinicat thérapeutique médical : 1 titulaire sans indemnité.

Le vendredi 25 octobre. Clinicat obstétrical : 2 titulaires avec indemnité, 2 titulaires sans indemnité.

Le samedi 26 octobre. Clinicat radiologique : 1 titulaire avec indemnité, 1 titulaire sans indemnité. Clinicat chirurgical infantile : 1 titulaire avec indemnité, 1 titulaire sans indemnité, 1 adjoint. Clinicat chirurgical et orthopédique de l'adulte : 1 titulaire avec indemnité, 2 titulaires sans indemnité.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours de 14 à 16 heures, jusqu'au vendredi 18 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Impôt des médecins exerçant leur profession en qualité de salariés. — En ce qui concerne les médecins qui exercent leur profession en qualité de salariés, le taux de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires reste fixé, en principe, à 10 p. 100 et le maximum de la déduction à 20.000 francs.

NOUVELLE ADRESSE : 51, RUE NICOLO, PARIS (XVIe)

Toutefois, ceux de ces médecins qui exercent leur profession dans les conditions entraînant un pourcentage de frais notoirement plus élevé peuvent obtenir la déduction du montant de leurs frais réels à condition d'en justifier.

Pour ceux qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements ou salaires et de bénéfices non commerciaux, les dépenses professionnelles communes aux deux branches de leur activité sont évaluées dans les conditions prévues par l'article 79 du code général des impôts directs, et une quote-part proportionnelle est imputée aux revenus de chaque catégorie (*J. O.*, 10 juillet 1935).

Journées pharmaceutiques de Paris. — L'Union nationale des pharmaciens français et l'Association amicale des étudiants en pharmacie de France organisent, en commun, les *Journées pharmaceutiques de Paris*, qui auront lieu à la Maison de la Chimie les 7, 8, 9, 10 et 11 novembre 1935.

Les *Journées pharmaceutiques* comporteront des séances de travail où seront examinées les questions professionnelles les plus importantes. Elles comprendront également des soirées et des fêtes, des réceptions, des visites d'usines, des excursions. Elles seront complétées par une exposition de produit pharmaceutiques où sera invité tout le corps médical.

Des réductions importantes seront consenties sur les chemins de fer à cette occasion.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au président du Comité d'organisation : M. Ravaud, 6, place de Breteuil, Paris, XV[e].

Congrès international de l'insuffisance hépatique (Vichy, 16, 17, 18 septembre 1937). — Un Congrès international de l'insuffisance hépatique placé sous la présidence de M. le Professeur Loeper, membre de l'Académie de médecine, se tiendra à Vichy en 1937.

Deux sections de travaux sont prévues : médecine et biologie, thérapeutique médicale chirurgicale et hydrologique.

Cette manifestation scientifique fera suite au Congrès international de la lithiase biliaire de 1932, qui fut présidé par M. le Professeur Carnot.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. (*Cours de chirurgie oculaire* (octobre 1935). — M. le Professeur F. Terrien, assisté de M. le Professeur Regaud, de M. le Professeur agrégé Velter et de MM. Renard et P. Veil, de MM. les Docteurs J. Blum, Dollfus ; Hudelo et Mme Braun-Vallon, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 18 octobre à 10 heures à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu), et continuera les jours suivants ; il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'École de médecine, démonstrations, visite à l'Institut du radium, etc.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Programme des leçons. — *Première leçon* : Opération de la cataracte : extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

Deuxième leçon : Améliorations de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Cataractes secondaires. Indications opératoires.

Troisième leçon : Opérations dirigées contre l'hypertonie. Hypertension dans les iritis et les irido-cyclites, paracentèse de la chambre antérieure. Hypertension primitive. Iridectomie antiglaucomateuse. Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange et d'Elliott dans le glaucome chronique. Ciliairotomie et sclérotomie postérieures.

Quatrième leçon : Décollement de la rétine. Notions pathogéniques. Diagnostic clinique, recherche de la déchirure. Technique de son repérage. Diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

Cinquième leçon : Décollement rétinien. Indications opératoires. Procédés récents d'intervention, leurs résultats.

Sixième leçon : Les opérations sur les muscles de l'œil. Ténotomie, avancement ou plissement musculaire, avancement après résection du tendon. Raccourcissement musculo-tendineux.

Septième leçon : Les opérations sur les voies lacrymales. Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac lacrymal. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés. Les opérations sur les glandes.

Huitième leçon : Les autoplasties palpébro-conjonctivales. Principes généraux. Obtention des plaies chirurgicales aseptiques. Traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et lambeaux. Greffes de la muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales.

Neuvième leçon : Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctive et des paupières par le Professeur Regaud.

Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du radium.

Dixième leçon. — Les opérations sur l'orbite. Orbitotomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf optique. Opération de Kroënlei. Exentération de l'orbite.

Onzième leçon : Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion. Entropion spasmodique. Sutures de Snellen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel, marginoplasties. Entropion type paralytique. Étude critique des différents procédés.

Douzième leçon : Traitement du ptosis. Procédés de suppléance. Méthode de Panas et de ses dérivés. Opérations d'Angelucci, de de Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, à partir du 1[er] septembre au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'A. D. R. N., salle Béclard (Faculté de médecine, qui facilitera les formalités d'inscription.

Congrès d'oto-rhino-laryngologie. — Le Congrès d'oto-rhino-laryngologie tiendra ses assises annuelles le 14 octobre 1935 à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Lafite-Dupont (Bordeaux).

Les deux rapports suivants sont présentés et discutés :

1° Traitement des méningites otogènes. Rapporteurs : MM. A. Moulonguet (Paris), J. Piquet et P. Delobel (Lille). — 2° Traitement chirurgical de l'oto-spongiose. Indications. Technique. Résultats. Rapporteur : M. Maurice Sourdille (Nantes).

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général : M. Henri Flurin, Cauterets (Hautes-Pyrénées). — Trésorier : M. Collin, 6, rue de l'École-de-Médecine, Paris, (VI[e]).

Asiles de la Seine. — Un concours pour huit places d'internes en médecine s'ouvrira le 21 octobre 1935. Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine du 5 au 19 septembre 1935.

Nécrologie. — Docteur Étienne Arène, de Toulon. — Docteur Louis Braemer, professeur de physique et de chimie à la Faculté de Strasbourg. — Docteur Bouyer, de Saint-Égrève (Isère), médecin chef de l'Asile de Saint-Robert. — Docteur Charles Dubreil, de Rennes. — Docteur Degos, de Pontoux-sur-l'Adour (Landes). — Docteur Dumont, de Tourcoing (Nord). — Docteur Fonzes-Diacon, décédé à Montpellier. — Docteur André Fontagné, de Menton. — Docteur Georges Gault, de Nancy. — Docteur Léon Mandereau, professeur honoraire à l'École de médecine de Besançon. — Docteur Boleslas Metz, de Paris. — Docteur Pigeon, décédé à Dijon. — Docteur Lacapère, de Paris, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — Docteur E. Paulssonn, professeur de pharmacologie à l'Université d'Oslo.

TRAVAUX ORIGINAUX

Durée d'activité des lysats-vaccins

Par L. DUCHON

La préparation des lysats-vaccins a été exposée en 1926 (1). A cette époque si nous avons pu par des facteurs cliniques, apporter des éléments d'appréciation de l'activité de ces vaccins, il ne nous avait pas encore été possible de savoir si cette activité antigénique subissait avec le temps, une modification.

Ultérieurement, nos observations nous avaient donné l'impression que cette puissance antigénique semblait peu varier. Dans le but de vérifier le bien-fondé de cette impression, en 1928 et 1929, nous avions préparé différentes lyses microbiennes ; sans prendre de précautions spéciales de conservation, nous les avons soumises à une expérimentation plus suivie au cours de l'année 1934.

A vrai dire en l'absence de tests biologiques, de mesure, il est difficile d'apprécier d'une façon rigoureuse et absolue la valeur antigénique d'un vaccin microbien. Les éléments d'appréciation qui nous ont paru les plus précis sont l'observation des modifications biologiques de l'organisme subissant l'influence de la vaccinothérapie sur lesquelles nous avons déjà attiré l'attention (2) et les observations cliniques.

Lysat de staphylocoques

Nos observations portent sur 120 malades atteints de furonculose, d'anthrax, d'abcès tubéreux, d'abcès du sein. Chez ces malades, l'étude en série du sang et du pus nous a montré que, quel que soit l'âge du lysat-vaccin utilisé, on observait :

1° Qu'au cours de la vaccination, la leucocytose plus ou moins déséquilibrée sous l'influence de l'infection avait toujours tendance à être influencée et à revenir avec une certaine rapidité à son taux normal.

2° Qu'avec une certaine fréquence la polynucléose augmentait durant la période vaccinale.

3° Que les étalements de pus accusaient avec une abondance toute particulière des cellules non altérées et surtout avec une fréquence inusitée des phagocytoses révélant communément dans ces cellules en plein travail, une désintégration microbienne dont les phases successives sont caractérisées par des modifications tinctoriales (perte de la faculté de prendre le gram), par des altérations de plus en plus marquées du corps microbien noyé dans une zone capsulaire, enfin par la lyse totale *in situ* dont l'ultime image est une capsule déshabitée.

L'observation clinique est venue s'ajouter pour nous confirmer cette activité : la rapidité d'évolution de la lésion après une réaction focale sous forme de formation rapide et abondante de pus, véritable leucorrhée ; l'atténuation des phénomènes inflammatoires, la disparition des réactions lymphatiques du voisinage, la rareté des récidives et récidives précoces, d'une forme spéciale prenant l'aspect d'un nodule inflammatoire qui fréquemment se résorbe sans parvenir à maturité sont des éléments qui semblent, à notre sens, être venus confirmer la persistance de l'activité des lysats-vaccins vieillis.

Lysat de streptocoque

L'expérimentation clinique nous a paru ici d'une démonstration plus évidente lorsque nous avons utilisé les vaccins vieillis dans des affections dont l'évolution est facile à observer tels que les vastes lymphagites et les adénophlegmons. Dans ces cas, la vaccination antistreptococcique (associée ou non à la vaccination antistaphylococcique suivant les cas nous a montré l'extrême rapidité de l'évolution régressive des lésions dès la mise en train de la vaccination. Notons que l'observation biologique s'est montrée ici moins révélatrice seulement en ce qui concerne l'abondance de la phagocytose.

Lysat de gonocoques

Nous avons observé un certain nombre d'arthrite et de polyarthrites gonococciques soumises au lysat vieilli de gonocoques. Ici, l'activité de ces lysats-vaccins ne nous a pas semblé inférieure à celle d'un lysat-vaccin jeune. La régression des états inflammatoires a toujours évolué avec la même rapidité et la fréquence des guérisons sans séquelles, ne nous a pas paru moins grande, toutes proportions gardées, quant à la précocité de la mise en œuvre de la thérapeutique vaccinale.

D'autre part, avec A. Jacquelin à sa consultation de l'hôpital Ambroise Paré, nous avons suivi un grand nombre de blennorragies. Là nous avons utilisé un lysat-vaccin polyvalent : gonocoques, entérocoques, staphylocoques). Par des prélèvements en série et avec la lame témoin de départ comme tests de comparaison, nous avons observé avec plus de précision encore les réactions biologiques signalées plus haut. Dès les trois premiers jours du traitement, on constate une raréfaction considérable des cellules altérées.

Très précocement elles se présentent toutes avec une texture morphologique intacte, remarquablement bien limitée et colorées, et en pleine activité. En effet, les phagocytoses sont devenues innombrables et tous les germes ont été captés par les cellules. Les zones interstitielles sont rigoureusement vides de germes. De plus le travail de digestion des germes à l'intérieur des cellules se révèle par des altérations microbiennes faciles à observer : en particulier les gonocoques isolés dans des zones capsulaires, présentent, dans une même cellule, tous les aspects de désintégration, depuis le germe boursouflé, mal coloré, jusqu'aux fragments chromatiques informes. A un stade plus avancé, les cellules sont volumineuses, creusées de vacuoles qui nous paraissent le terme de la digestion microbienne.

La rapidité de l'atténuation des phénomènes inflammatoires (mixtions indolores) la rapidité d'évolution de la blennorragie, la disparition quasi-totale des complications : orchites, prostatites, cystites, sont en outre les éléments qui nous ont permis de nous assurer de l'activité de ces lysats tant jeunes que vieillis.

Lysats-vaccins polymicrobiens

Infections broncho-pulmonaires)

Ici comme terme de comparaison, nous sommes appuyés sur la confrontation des statistiques, celles de notre thèse et celles que nous avons pu établir sur les bronchopneumonies traitées à l'hôpital Bretonneau dans les services de MM. Guillemot et Grenet, au cours de l'hiver 1933-1934. La mortalité nous a donné un chiffre légèrement favorable pour les lysats vieillis. Nous ne voulons pas inférer une activité plus grande, en raison des variations que l'on peut observer par suite des conditions épidémi-

(1) Formule des lysats-vaccins. Soc. de Biologie, 4 décembre 1926.

(2) De l'influence des lyses microbiennes dans la vaccinothérapie de certaines infections médico-chirurgicales à streptocoques et à staphylocoques, MM. Lejars, Bezançon, Brocq, Duchon. Académie de médecine, 17 juin 1930.

ques et des difficultés que peut soulever la comparaison de telles statistiques.

En résumé, avec les éléments d'appréciation dont nous disposons pour rechercher l'activité d'un vaccin microbien, quel que soit le lysat-vaccin utilisé, il ne nous a pas été donné d'observer une modification dans la stabilité de leur activité antigénitique, tout au moins pour un délai atteignant quatre et cinq années.

Le Traitement hydrominéral de l'ulcère duodénal

Par le Docteur Léon RODESCU (de Bucarest)
Membre de la Société de gastro-entérologie de Paris
et de la Société de thérapeutique de Paris

En faisant le traitement médical de l'ulcère duodénal, nous nous conduisons d'après celui de l'ulcère stomacal. Nous avons adopté la même conduite dans le traitement hydrominéral.

Jusqu'à ces derniers temps les idées étaient divisées entre les divers auteurs relativement au traitement hydrominéral de l'ulcère gastrique et duodénal. La majorité des auteurs indiquaient de faire le traitement avec précaution, en prescrivant le régime lacté, mais seulement les malades qui n'avaient pas eu depuis longtemps des hématémèses pouvaient être ainsi traités.

Linossier (Vichy) craignait que l'estomac ne se dilate pas et prescrivait des petites doses d'eau de Vichy (chlorurée).

Salignat (Vichy) soutenait que les douleurs et les vomissements cessaient après quinze jours de traitement hydrominéral.

Le Professeur Téohari soutenait qu'en ce qui concerne l'ulcère gastrique guéri, en évolution ou dans les cas suspects d'ulcère il serait peut-être mieux de ne pas recourir au traitement hydrominéral, réalisé sur place ou à la source, mais tout au plus nous pourrons nous servir de petites quantités d'eau de Slanic n° 3, prises à domicile du malade, dans les ulcères gastriques rebelles et invétérées, mais les malades doivent être sous l'observation médicale constante.

M. le Professeur agrégé Baltaceanu, dans son mémoire, montre qu'il a observé une amélioration évidente des malades avec ulcère gastrique, sous l'influence de ce traitement.

Albert Mathieu soutenait qu'il ne faut pas envoyer un ulcéreux faire une cure d'eaux minérales qu'entre les paroxysmes de la crise, suivant rigoureusement toutes les règles du traitement, c'est-à-dire un régime rigoureux, hygiène sévère et de ne boire de l'eau que sous une forme calmante, c'est-à-dire plus tard après les repas, lorsque les douleurs disparaissent d'habitude.

Pour MM. les Professeurs Villaret et J. Besançon, il est préférable de soumettre les ulcères gastriques et duodénaux en évolution bénigne, et qui ont une tendance à la guérison à un régime sévère, car la crénothérapie y est seulement un adjuvant.

Tandis qu'au contraire, chez les vieux ulcéreux, qui paraissent guéris depuis longtemps, les cures alcalines constituent des véritables périodes de rééducation gastrique. Enfin chez les ulcéreux opérés, les eaux bicarbonatées constituent une post-cure, qui lutte contre les douleurs, les spasmes et la stase.

Jaworski et Quinque ont montré expérimentalement que l'ingestion d'une eau chargée de CO^2 provoque l'hyperémie de la muqueuse ; il faut donc être avec attention dans le traitement minéral des ulcéreux.

Les sténoses ulcéreuses sont dues souvent aux spasmes du pylore, c'est pourquoi il est bien de donner, dans des cas semblables, des eaux bicarbonatées chaudes.

En règle générale nous croyons, que l'on peut recommander le traitement hydrominéral chez les ulcéreux, qui ne sont pas en évolution, n'ont pas eu depuis longtemps des hématémèses (on peut poursuivre les hémorragies occultes dans les matières fécales à l'aide des diverses réactions), qui ne présentent pas des symptômes de sténose accentuée et qui ont un bon état général.

D'autre part nous savons, que depuis que Cole (New-York), Akerlund, etc., ont pratiqué l'examen des ulcères avec des films radiologiques répétés, l'examen se fait avec plus de précision, et Guttmann (Paris) a indiqué que les niches, qui quelquefois sont invisibles entre les paroxysmes des crises, se montrent à l'examen radiologique surtout au moment des crises paroxystiques. Il serait indiqué de faire l'examen radiologique par des films répétés avant d'envoyer les malades suivre une cure hydrominérale.

***

Pendant les dernières années, nous avons eu à soigner à Slanicul-Moldoveo dix neuf cas d'ulcère gastrique et douze d'ulcère duodénal. Chez la plupart on a fait l'examen du suc gastrique et celui radiologique. Nous avons ordonné la source n° 3 en petite quantité (150-200 gr.) le matin à jeun et à 5 p. m., froide ou chauffée au bain-marie, d'après les indications, puisque nous savons que la source n° 3 abaisse la sécrétion gastrique de 29 %, abaisse l'acide chlorhydrique de 17,7 %, mais l'hyperesthésie de la muqueuse persiste. Nous avons recommandé des petites doses n° 1 *bis*, après les repas et plus tard, lorsque apparaissent les douleurs tardives.

En procédant de cette manière, nous avons obtenu des bons résultats manifestés par la disparition des douleurs, l'abaissement de l'acidité et de la sécrétion, les malades revus pendant la saison suivante déclaraient s'être senti beaucoup mieux pendant l'année précédente.

Comment s'explique l'action des eaux de Slanic-Moldova sur les ulcères ? D'abord nous avons un abaissement de la sécrétion et de l'acidité gastrique, puis l'hyperesthésie de la muqueuse est bien influencée et surtout la douleur est calmée par la disparition du spasme pylorique.

Mon maître, M. le Professeur Loeper et M. Binet admettent une action de l'eau thermale sur la muqueuse enflammée, sur les séquelles fibreuses de l'ulcère et sur les irritations nerveuses de l'estomac (gastro-névrites).

Les sources alcalines faciliteraient donc la cicatrisation définitive des tissus de cicatrice, grâce à la température et à la radioactivité de l'eau.

Conclusions

1° Chez dix-neuf malades avec ulcère gastrique et douze avec ulcère duodénal, traités à Slanicul-Moldovei, avec les n°s 3 et 1 *bis*, nous avons obtenu des bons résultats, manifestés par la disparition des douleurs, l'abaissement de l'acidité et de la sécrétion gastrique et un état général très bon au départ et ultérieurement.

2° L'effet des eaux s'explique par l'abaissement de l'acidité et de la sécrétion gastrique, sous l'influence de l'alcalinité des eaux, l'abaissement de l'hyperesthésie de la muqueuse et la disparition du spasme pylorique, probablement aussi, la cicatrisation, grâce à la température et à la radioactivité de l'eau.

BIBLIOGRAPHIE

BALTACEANU. — Tratamentul ulcerului simplu al stomacului prim. Slavic 3. Memorin p. Docenta, 1913. Buenrecti.
BARADUC, BERNARD, BINET, etc. — Clin. hydrol. (Masson, 1909.)
BOURGET. — Maladies de l'estomac. (Baillière.)
BOAS. — Magenkvkh. (G. Thieme, Leipzig, 1914.)
BOUVERET. — Mal. est. (Baillière, 1893.)
CARNOT, HARVIER, MATHIEU. — Ulcères dig. (Baillière, 1922.)
CADE. — Mal. est. et int. (Doin, 1910.)
CARNOT. — Bibl. thérap. crénothérapie. (Baillière, 1910.)
CHABROL. — T. dig. (Baillière.)
DEBOVE et RÉMOND. — Mal. est. (Rueff.)
EINHORN. — Mal. est. (Masson, 1901.)
ENRIQUEZ et G. DURAND. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum. (Masson.)
FLORAND et GIRAULT. — T. digest. (Masson.)
FERNANDEZ-MARTINEZ. — T. de l'ulcère gastro-duodénal. (Masson.)
HAYEM et LION. — Mal. est. (Baillière.)
KUND Faber. — Kraukh. mag. u. darm. (Springer, Berlin, 1924.)
LABBÉ Marcel. — Précis t. digest. (Masson.)
LOEPER Maurice. — Thérap. médic., t. I-II (Masson, 1930) et Leçons pathol. dig. (Masson.)
LYON. — Clin. thér. et mal. est. (Masson.)
MATHIEU ALB. — Mal. est. et int. (Doin 1901.)
MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — Pathol. gastro-intest. (Doin, 1909-1911.)
PORGES. — Magenkvaukh. (Urb Schwaz, 1929.)
RAMOND F. — Mal. estom. duod. (Masson.)
RIEGEL. — Enkw. Mageus (Hölden. Wien, 1908.)
ROBIN Alb. — Mal. est. (1904, Rueff), thér. Pyat (1912, Vigot, frères), thérap. usuelle (Vigot, frères, 1910-1912.)
RODESEN Léon. — *Romaina Medicala*, n° 17, 1934.
RABINOVICI. — *Revista Hidrol. Med.*, n° 4, 1934 : *Progrès Méd.*, n° 34, 1921.
Roger WIDAL TEISSIER. — N. traité médecine, t. XII. (Masson.)
ROUX J.-Ch., MOUTIER et CARRIER. — Path. gast.-intest. (Paris. Doin, 1922, t. II.)
SMIDT RUDOLF. — *Klin Magen u. Daruckv*, (Urb.Schw., 1920.)
SOUPAULT et LEVEN. — Mal. est., (Baillière, 1906.)
TEOHARI ANIBAL. — Terap. boal. stom. (Viata rom., 1922.) T. hydvomin. stom. int. (Cartea Rom. Burc.)
TERRIS. — Sténoses. Fonction. Duodénum. Doin, 1926.
TUDORAU. — Slanicul med. (*Rev. med.-chir. Jassy An.*, 1922, n° 1.)
TUDORAU, si BALTACEANN. — Baile si apele de Slanicul Holdover, (Jassy.)
VILLARET et Just. BESANÇON. — Clin. thér. hydr. clin., Masson, 1930, t. I.
VILLARET et MOUTIER. — Cures thermales en gastro-entérologie. Masson, 1933.

« Le mal, qui est un très grand mal, est que trop de professeurs de Faculté considèrent qu'ils n'ont qu'à être des savants, et ils sont, à vrai dire, très excusables : victimes qu'ils sont de la triple conspiration de leur amour de la science, de leur amour-propre et de l'Administration supérieure de l'Instruction publique. Le premier leur souffle : « Sors le moins possible de ton laboratoire, quel qu'il soit ». Le second leur crie : « Consacre-toi à tes travaux personnels, voilà ce qui te fera connaître et peut-être même te rendra quelque peu illustre ». Le troisième leur écrit chaque année : « Combien de livres, d'articles, de « notes » scientifiques avez-vous publiés depuis douze mois ? » (et non pas combien d'étudiants et d'auditeurs avez-vous enseignés, et les avez-vous bien enseignés).

(Louis ARNOULD. — Le professeur de Faculté. *Revue des Deux Mondes*, 1er juin 1935.)

« J'estime que ceux qui ont le plus besoin de la culture littéraire sont les savants spécialisés ; et plus la branche de la science où ils se sont spécialisés est générale et abstraite, plus ils en ont besoin. Il est d'ailleurs toujours plus facile de discerner l'absence de culture littéraire chez les savants spécialisés que chez les hommes du commun. » (Pr ANTHONY. — Les recherches de science désintéressée. Leur importance et leur organisation. *Revue générale des sciences*, 31 mars 1935.)

Insuffisance hépatique latente des syphilitiques et accidents extra-hépatiques de l'arsénothérapie

Par le Docteur **Max VAUTHEY**

Lauréat de l'Académie de Médecine
Médecin consultant à Vichy

Dans un certain nombre de travaux antérieurs nous avons montré le rôle considérable d'une atteinte hépatique *manifeste* dans le déclenchement d'accidents survenus au cours ou à la suite d'une thérapeutique arsenicale ou arsénobenzolique. Mais il peut arriver que, malgré les examens cliniques et les recherches de laboratoire, la notion d'une atteinte ou d'une déficience hépatique antérieure ne puisse être établie, et que, très logiquement, en présence d'accidents arsénobenzoliques, surtout extra-hépatiques, on soit tenté de dénier au foie tout rôle dans leur déterminisme, et de chercher ailleurs les facteurs pathogéniques de tels accidents.

Néanmoins, nous pensons que très souvent, même dans ces cas, une pathogénie hépatique peut être invoquée, en raison d'une atteinte antérieure du foie, non pas isolée comme dans certains accidents (tels les accidents cutanés), mais associée, suivant des modalités très diverses, à des déficiences d'autres organes ou systèmes, reins, système endocrino-sympathique par exemple. Cette intervention du foie dans le déterminisme d'accidents extra-hépatiques, accidents cutanés, sanguins ou nerveux, semble se faire par l'intermédiaire d'une *insuffisance hépatique latente*, dont nous voulons étudier ici les modalités et les conséquences.

* * *

Le premier fait sur lequel il est nécessaire d'insister est que *le syphilitique est un insuffisant hépatique latent.*

En effet, la syphilis touche très souvent le foie, et, même en dehors des accidents hépatiques caractérisés de la période secondaire, de la période tertiaire, de l'hérédo-syphilis, la valeur fonctionnelle du foie doit toujours être considérée comme diminuée.

Cliniquement, l'insuffisance hépatique latente doit être suspectée chez un syphilitique dans plusieurs cas (P. Blum) : 1° plus la syphilis est ancienne et plus le sujet est âgé ; 2° lorque l'on retrouve dans les antécédents du sujet une infection ou une intoxication ayant pu léser le foie : alcoolisme, tuberculose, paludisme, hépatisme, lithiase biliaire, rhumatisme chronique ; 3° chez les hépatiques héréditaires (cholémie familiale, goutte, diabète, rhumatisme chronique) et chez les hérédo-syphilitiques ; 4° au cours de la grossesse qui réalise très souvent une insuffisance hépatique latente, comme le fait l'infection tréponémique.

Associés à ces antécédents et à ces facteurs étiologiques, ou existant même en leur absence, les *tests biologiques* et *bio-chimiques* d'insuffisance hépatique sont très souvent positifs chez les syphilitiques.

L'ictère étant la manifestation la plus fréquente de l'action du tréponème sur le foie, et d'autre part, tous les intermédiaires existant entre l'ictère syphilitique franc et l'insuffisance isolée de la *fonction biliaire*, ce sont surtout les tests de cette fonction qui ont été étudiés à cet égard.

C'est ainsi que, en général, avant tout traitement, l'on a constaté chez les syphilitiques des troubles de la fonction biliaire du foie : *hyper-bilirubinémie* évaluée, ou

bien directement (Kloeppel, Wolf), ou bien par la mise en jeu de la *réaction de Van den Bergh* (Irgang et Sala), de l'*ictérus index* (Irgang et Sala), de l'*indice biliaire plasmatique* (Wauthier ; — *urobilinurie* (Samberger, Kirsch et Freundlich, Caminiti, Wolf) ; — et Babalian a surtout bien étudié les *rétentions biliaires latentes de la syphilis* et a constaté chez une cinquantaine de malades, aux diverses périodes de l'affection, la présence dans l'urine d'*urobiline* et de *sels biliaires* en quantité plus ou moins abondante ; ces recherches ont été faites chez des sujets jeunes, soumis à un régime normal et indemnes, semble-t-il, de tares autres que la syphilis, dans le but d'éliminer les causes d'erreur pouvant résulter de tares hépatiques ou d'écarts de régime. En l'absence de tout ictère, la présence d'urobiline et de sels biliaires décèle l'existence d'une altération hépatique que l'examen clinique ne permet pas de soupçonner.

Ces rétentions biliaires peuvent se voir dès la période primaire de la syphilis dans 50 % des cas, et elles sont « discrètes et fugaces » : mais leur présence dès cette période est une notion qui cadre bien avec les observations d'ictère de la période primaire faites par Nicaud et par Milian.

Mais c'est surtout à la période secondaire, au moment de l'efflorescence roséolique, que ces rétentions sont « fréquentes et marquées », elles se rencontrent alors dans 90 % des cas.

Enfin, leur fréquence n'est que de 50 % dans le cas de syphilis tertiaire.

Babalian fait remarquer que ces rétentions biliaires latentes de la syphilis sont bien d'origine hépatique, car urobiline et sels biliaires apparaissent en même temps et coexistent dans les urines.

Ces différences de fréquence de la rétention biliaire latente au cours des diverses périodes de la syphilis présentent un grand intérêt, surtout si on les rapproche des recherches de Biberstein et Scholz-Sadebeck, qui ont étudié le fonctionnement hépatique par la méthode de Rosenthal basée sur la rétention d'une matière colorante injectée dans le sang, en espèce la phénol-tétra-chlorphtaléine, et qui ont obtenu, par une méthode différente, des résultats exactement superposables à ceux de Babalian : rétention du colorant après une heure : dans 50 % des cas pour la syphilis primaire ; dans 85,7 % des cas pour la syphilis secondaire : dans 56,3 % des cas pour la syphilis tertiaire.

A côté des tests de la fonction biliaire, les tests de la *fonction protéique* du foie sont souvent positifs chez les syphilitiques ; en particulier, la constatation de l'augmentation de l'azote résiduel et de l'azote uréique dans le sang, et l'étude de l'ammoniémie spontanée et provoquée décèlent l'insuffisance de cette fonction (Caminiti) ; de même, l'épreuve d'hyper-amino-acidémie provoquée, réalisée suivant la technique de Bufano, montre l'insuffisance du foie dans l'hépatite syphilitique (Caccuri et Chiarello).

De même, la *fonction hémocrasique* du foie, interrogée par l'épreuve du saignement de Duke, se révèle souvent touchée (Caminiti).

Parmi les autres fonctions de la cellule hépatique, la *fonction glycogénique* semble elle aussi assez souvent troublée par la syphilis : Tachau a noté sept fois sur sept de l'hyperglycémie alimentaire, Samberger a constaté de la lévulosurie alimentaire.

* * *

Par quel mécanisme cette insuffisance hépatique latente joue-t-elle un rôle dans le déclenchement des accidents extra-hépatique des arsénobenzènes ?

Très certainement, par suite de la *défaillance de la fonction antitoxique du foie*. Or la fonction antitoxique du foie est liée à une fonction beaucoup plus générale de la glande hépatique, une fonction fondamentale, la *fonction d'arrêt*, la *fonction pexique*. Cette fonction d'arrêt, en particulier, s'exerce vis-à-vis des substances toxiques diverses, qu'elles soient organiques ou minérales.

Pour les toxiques de nature organique, le foie les fait entrer dans des combinaisons non toxiques, solubles ou facilement éliminables, et cela par des processus d'oxydation, de réduction, d'hydratation ou de conjugaison.

En ce qui concerne les minéraux, le foie les fixe sur son parenchyme, peut être par une simple rétention physique, plus probablement sous une forme chimique, organique, particulière, incorporée au protoplasma cellulaire.

Fonction pexique et fonction antitoxique de la cellule hépatique sont donc étroitement solidaires, et leur défaillance commune est un facteur constant et très général du déclenchement des accidents arsénobenzoliques extra-hépatiques, quels que soient les organes ou les systèmes sièges de ces accidents, la défaillance de la fonction antitoxique du foie étant toujours accompagnée de la diminution de sa capacité d'emmagasinement.

* * *

A quelles causes est due la défaillance de la fonction antitoxique du foie ?

Elles semblent très complexes, mais elles peuvent se ramener à trois qui cliniquement sont plus ou moins intriquées entre elles :

1° La *pré sensibilisation hépatique banale*, existant avec une intensité très variable chez les sujets observés, et liée soit à des intoxications antérieures (dont le type est l'alcoolisme), soit à des infections antérieures (telles que la tuberculose ou le paludisme), soit à des affections diathésiques (lithiase biliaire, arthritisme, hémogénie par exemple).

2° La *pré-sensibilisation hépatique spécifique*, due aux tréponèmes et à leurs toxines, et qui se traduit par les tests biologiques et bio-chimiques d'insuffisance hépatique que nous avons envisagés plus haut.

3° La *fixation anormalement intense de l'arsenic* sur la cellule hépatique dans les états de pré-sensibilisation et de déficience hépatiques antérieures ; ce fait a été bien démontré par Masson, qui a vu que le foie d'un animal intoxiqué par le chloroforme fixe trois fois plus d'arsenic que le foie d'un animal sain.

* * *

Quelles sont les conséquences de cette défaillance de la fonction antitoxique du foie et de la diminution de sa capacité d'emmagasinement ? Elles sont de deux ordres :

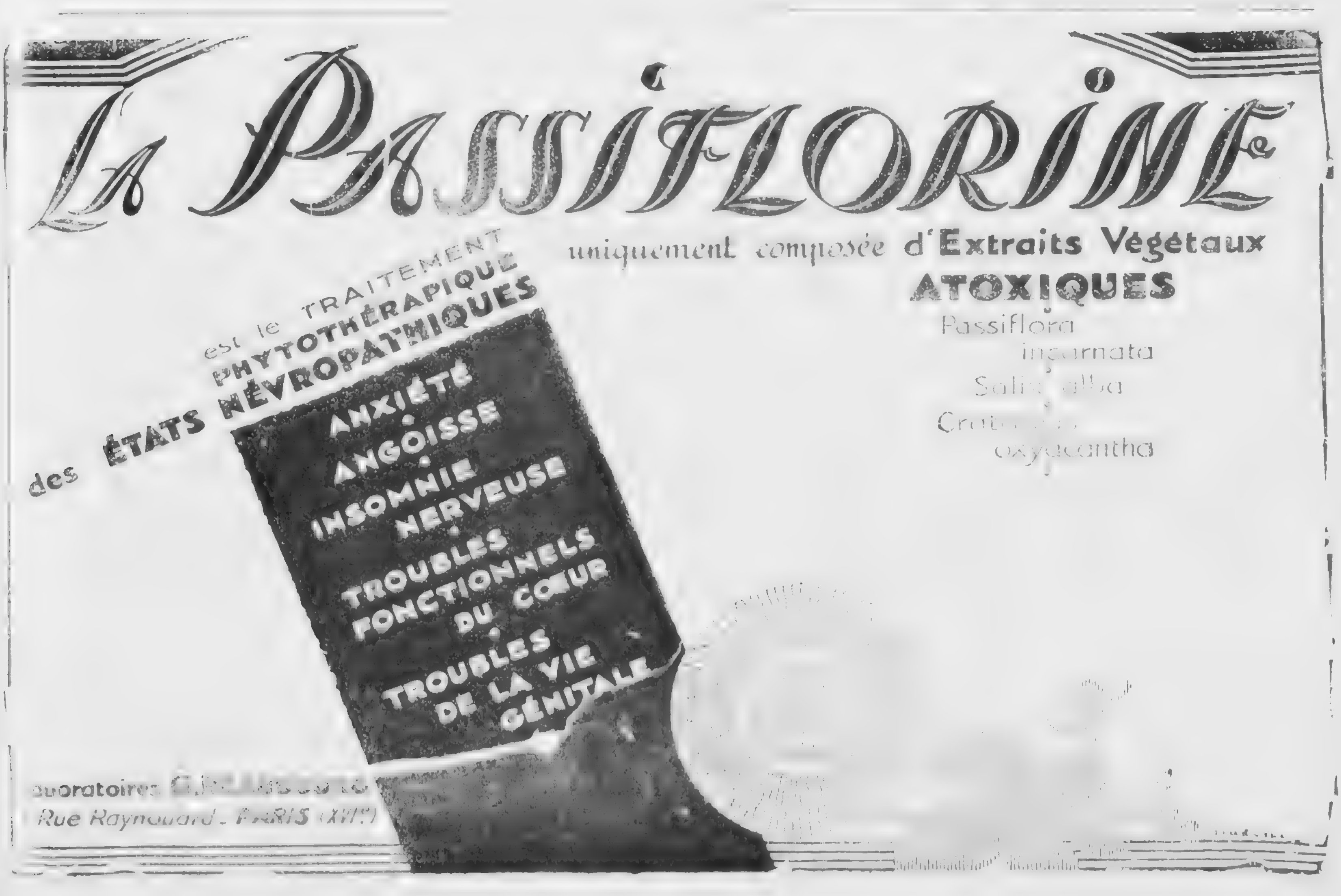
Elles entraînent d'abord, au moment de la déficience subite de la capacité d'emmagasinement du foie, une décharge brusque et brutale dans l'organisme des toxiques accumulés antérieurement dans son parenchyme ; il en résulte le rejet en masse dans le milieu intérieur de l'arsenic accumulé, et sa fixation au niveau des organes ou de systèmes qui puissent lui servir de voie d'élimination vicariantes. Cette inondation par le toxique d'organes ou de systèmes non préparés à une telle fonction, parce que jusque-là le filtre et le barrage antitoxique avaient fonctionné normalement, provoque à leur niveau l'apparition d'accidents toxiques.

La seconde conséquence est la *non-fixation* au niveau du foie des toxiques introduits *ultérieurement* dans l'organisme, étant donné que la cellule hépatique a vu sa capacité d'emmagasinement considérablement diminuée.

En d'autres termes, si la défaillance de la fonction antitoxique du foie provoque l'*apparition* d'accidents extra-hépatiques par libération du toxique accumulé *antérieurement*, l'administration *ultérieure* de composés arsenicaux ou arsénobenzoliques provoquera la *persistance* ou l'*aggravation* des accidents déjà déclenchés.

* * *


PASTA PALM
LAXATIF ET
PURGATIF
APPETISSANT
A BASE DE FRUITS
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, Rue de Rome, PARIS.8e
FIGUES
RAISINS
PastaPalm
LAXATIF PURGATIF
A BASE DE FRUITS


La PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

BIBLIOGRAPHIE

L'art de manger et son histoire, par Maurice DES OMBIAUX. Un volume in-16, 9 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout ce qui a trait à l'histoire de l'art de manger n'est guère sorti jusqu'ici de l'anecdote puisée à la fortune du pot, acceptée sans contrôle, au mépris souvent de toute exactitude et de toute vraisemblance.

M. Maurice des Ombiaux y a introduit de la méthode. Après avoir résumé l'évolution de la cuisine et de la table jusqu'à Brillat-Savarin, l'auteur montre tout ce que la gastronomie a acquis en finesse et en délicatesse depuis le commencement du XIXe siècle jusqu'à notre époque troublée par la vie chère.

La *Physiologie du goût*, écrite il y a plus de cent ans, avait besoin d'un complément : le voici, fortement raisonné.

Peu d'écrivains étaient mieux désignés pour cette tâche que l'auteur du *Gotha des vins de France*, de l'*Amateur de Bourgogne*, des *Fromages*, du *Havane*, grand gourmand, grand gourmet, homme éloquent dont la prose lyrique sait donner une vive sensation des goûts et des couleurs.

On trouvera aussi dans cet ouvrage, la philosophie de la gourmandise, ainsi que les parasites de celle-ci. M. Maurice des Ombiaux n'a eu garde d'oublier les snobs de la gastronomie dont La Bruyère avait déjà esquissé le type et qui pullulent aujourd'hui.

Les invasions germaniques. LA PÉNÉTRATION MUTUELLE DU MONDE BARBARE ET DU MONDE ROMAIN, par Ferdinand LOT. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique. 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La géographie politique de l'Europe — dit M. Lot dans son avant propos — qui avait conservé une grande stabilité pendant quatre siècles, à partir de la fondation de l'Empire romain, a subi depuis la fin du IVe siècle de notre ère une transformation complète. Les Germains, puis les Slaves, enfin les Arabes et des tribus tartares et finnoises, se sont installés sur le sol de cet Empire, ont fondé des États nouveaux qui, pour la plupart subsistent encore aujourd'hui. L'étude des invasions barbares est donc la préface nécessaire à l'histoire du Moyen-Age et des temps modernes. Il est même impossible de comprendre quoique ce soit aux grandes affaires politiques de notre temps, si l'on ignore comment se sont formés ces États, comment a été repeuplée cette Europe nouvelle, qui se constitue dans des convulsions, principalement entre 376 et 955, entre l'entrée des Goths sur le territoire de l'Empire romain qu'ils vont disloquer, et la défaite des Hongrois, devant Augsbourg qui marque la fin des invasions asiatiques, du moins dans l'Europe centrale. Enfin, au moment où il semblait que notre monde allait pouvoir respirer, des lames de fond parties d'Asie jettent sur l'Europe orientale Mongols et Turcs, du XIIIe au XVe siècle. Étudier les invasions pendant cette période, c'est donc, en réalité, faire de l'histoire contemporaine. Le sujet se subdivise en six parties : 1° Les Germains ; 2° Les Slaves ; 3° Les Scandinaves ; 4° Les Finnois ; 5° Les Arabes et les Maures ; 6° Les Mongols et les Turcs. Nous ne soumettrons au public présentement que la première partie. Par son intérêt elle réclame une étendue aussi considérable que l'ensemble des autres.

Théodoric, ROI DES OSTROGOTHS, 454-526, par Marcel BRION. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec une carte et 7 gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'étonnante épopée de Théodoric, qui a conduit sur le trône des Césars le petit chef des Goths valamiriens, n'est pas un incident isolé dans l'histoire des Invasions. Elle se rattache à l'évolution des nations barbares qui, refoulées par les Huns, se mêlèrent à la vie de l'Empire romain et déterminèrent le destin futur de l'Europe. Complétant, dans ce nouveau livre, l'étude des modifications psychologiques et sociales de ces peuples barbares, qu'il avait exposées précédemment dans ses ouvrages sur Alaric et Attila, Marcel Brion découvre dans Théodoric un personnage que nul n'avait aperçu avant lui, un génial bâtisseur d'empire, animé d'une puissante idée unificatrice.

Théodoric, précurseur de Charlemagne, fondateur d'un royaume germain en Italie, ébauche du grand État Occidental nordique qu'il rêvait et qui préfigure le Saint Empire, Théodoric incarne l'aspiration du monde germain à se retrouver lui-même, à modeler sa forme intérieure et extérieure, à exprimer son âme et sa volonté de puissance.

En interrogeant les textes anciens, et en dégageant de la poussière des documents la pensée active du grand Ostrogoth, Marcel Brion a recréé une figure extraordinairement moderne. Les problèmes les plus actuels, de race et de nation, les conflits du pouvoirs temporel et du spirituel, les vicissitudes d'un génie créateur qui se trouve aux prises avec toutes les forces d'inertie et de désagrégation, donnent à ce livre une signification qu'on ne manquera point de rapprocher de toutes les questions qui angoissent l'heure présente.

La psychologie complexe du conquérant germain apparaît en pleine lumière dans un ouvrage dont l'érudition solide s'accorde avec la vivacité d'un récit rapide et coloré. Les plans grandioses de Théodoric, la courbe de son ascension, la catastrophe de son échec — échec plus magnifique et plus glorieux que bien des réussistes — ont inspiré à l'auteur de l'Histoire des Huns une de ces vastes synthèses historiques et politiques dans lesquelles le passé, ressuscité par l'intuition profonde du caractère des individus, devient pour nous aussi proche, aussi chargé de signification efficace, que peut l'être le présent.

« Rêveur comme un Hohenstaufen », Théodoric a voulu l'Europe unie, pacifiée, accordée. Trois cents ans avant Charlemagne, il rêvait d'enraci-

ner dans le Nord un empire germain, destiné à remplacer l'empire romain. *Ce mouvement vers le Nord*, qui de Rome aboutit à Aix-la-Chapelle, c'est Théodoric qui en est l'initiateur.

Cette interprétation de la politique et du génie du conquérant est aussi véridique qu'audacieuse. Elle se justifie par les textes, et, plus encore par cette reconstitution de son caractère et son humanité profonde. Pour juger Théodoric, il faut le voir ainsi que le décrit Marcel Brion, dans les débris de son vaste rêve, « un rêve à la mesure de son idéal, non des circonstances ; à la mesure de son âme, non à la mesure de l'Europe, toujours douloureuse, toujours acharnée à creuser sa douleur ».

De cet étonnant personnage, l'auteur nous donne dans ce livre un portrait si vivant qu'il restera inoubliable pour tous ceux qui en auront éprouvé le fascinant attrait.

LE LIVRE COLLECTIF : **Pour lire en route**. Trente histoires nouvelles par trente conteurs nouveaux. Préface de Gaston Picard. Un vol. in-16 de plus de 300 pages. Prix : 15 francs.

Une histoire par jour... Trente auteurs se sont réunis pour les écrire. Trente auteurs qui permettront au touriste, au voyageur, de ne pas se livrer aux plaisanteries d'almanach. Trente auteurs qui lui fourniront à la fois un bref mais substantiel aliment spirituel et une occasion de converser ou de divertir les familiers de la table d'hôte — ou des petites tables — et de passer, mais oui, pour un bon conteur.

Ce sont des conteurs que nos trente auteurs. Trente auteurs qui, pour un ou deux qui n'en sont pas à leurs début, [illegible], sont nés pour la première fois. Trente auteurs qui ont le sens du récit, l'esprit de création, et qu'on lira, pathétique ou effrayant, avec intérêt, plaisir. Prince des enquêteurs, M. Gaston Picard, qui préface avec *Pour lire en route* le premier volume de la collection appelée *Le Livre collectif* (Publications A. B. C., 12, rue Lincoln, Paris, VIIIe), a groupé, à la suite de patientes recherches, trente conteurs et auteurs excellents qui contribueront, certes, à remettre en honneur la nouvelle, le conte, ce genre éminemment français. Voici, avec cet ouvrage, l'amical compagnon de voyage.

Annales historiques de la Révolution française. Paraissent six fois par an ; abonnement : France : 40 francs. [illegible], éditeur, 15, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de juillet-août 1935 : H. Soreau [?] : Le Métayage dans la région thiéraisienne [?] au XVIIIe siècle. — G. Nabert [?] : La Révolution à Douai : Douai en 1789. — J. Barennes : Les débuts politiques du girondin Barennes.

Documents. — La contribution patriotique de Hue de Miromesnil (A. Quesnot). — Propagande révolutionnaire en l'an II (Christian Courtois).

Glanes. — Lettre de Frédéric Oraczewski (J. Grossbart). — Chansons d'émigrés. — Maximes pour un temps de schisme (A. Troux).

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 4 fr. 50. Abonnement : un an, 60 francs. Boivin, éditeur, 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 juillet 1935 : E.-K. Rand : Les esprits souverains de la littérature romaine (III) : Horace et l'indépendance. — Ch. Lalo : L'art et l'Action (V) : Les économies de Nietzsche : Conclusion. — H. Hauser : Les idées et la politique économique du cardinal de Richelieu (XI) : Conclusion. — C. Toussaint : Introduction à l'histoire des prophètes d'Israël (III) : Le mouvement prophétique au IXe siècle. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (XII) : Aventuriers de plume et d'épée : Conclusion. — R. Latouche : L'acte écrit en France au Moyen Age (VI) : Théorie et histoire de l'acte écrit (*fin*). — A. Feugère : Rousseau et son temps (VIII) : La Bible des âmes sensibles : La Nouvelle Héloïse.

La double affaire du 20 avril, par Georges IMANN. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris, 1935.

La *Double affaire du 20 avril* est un très captivant roman policier et psychologique. Et, comme le point de départ en est une récente affaire, très fameuse et tragique et comme tous nous avons échafaudé notre roman sur cette aventure, il y a gros à parier que ce beau livre trouvera un succès mérité.

Henri VIGNES.

Au niveau de quels systèmes l'arsenic, libéré par le foie dans l'organisme, va t-il se localiser et provoquer des manifestations pathologiques ?

La clinique montre que l'arsenic va se localiser au niveau du système cutané, du système sanguin, du système nerveux, et y provoquer des accidents variés ; nous envisagerons, pour chacun d'eux, le rôle de l'insuffisance hépatique dans leur déterminisme et l'intérêt des tests d'insuffisance hépatique dans la prophylaxie et la thérapeutique de ces accidents.

A. — *Accidents cutanés*

Ce sont des érythèmes divers, ordinairement légers et bénins, ou bien des érythrodermies plus ou moins intenses et plus ou moins graves.

Une insuffisance hépatique *manifeste* est bien connue actuellement dans son rôle provocateur de syndromes cutanés par les arsenicaux (Boutelier, Debon, Silberstein, etc.), et nous éliminerons de cette étude tous les cas d'exanthèmes ou d'érythrodermies dans lesquels l'on a pu relever la présence d'antécédents hépatiques ou la coexistence de signes cliniques du côté du foie. Nous voulons seulement envisager ici le rôle de l'insuffisance hépatique *latente*, révélée uniquement par les tests biologiques et bio-chimiques d'insuffisance hépatique.

Au cours d'exanthèmes ou d'érythrodermies arsenicales, plusieurs grandes fonctions hépatiques peuvent présenter des signes d'insuffisance :

1° La *fonction glycogénique*, dont le trouble se traduit dans ces cas par la glycosurie alimentaire (Boutelier), par des taux élevés de glycémie à jeun (Mu), par des courbes d'hyperglycémie provoquée anormalement prolongées (Mu).

2° La *fonction uro-poïétique et protéique* qui se montre atteinte par l'augmentation du coefficient de Maillard-Lanzenberg (Pomaret et Blamoutier), par la présence d'acétonurie et d'acétonémie (Desaux et collaborateurs).

3° La *fonction protéo-pexique* du foie, étudiée à ce point de vue par Gougerot et Blamoutier et par Pomaret et Blamoutier.

4° Enfin et surtout, la *fonction exocrine ou biliaire* du foie, dont le test qui semble avoir le plus de valeur est l'*urobilinurie* (Boutelier, Hudelo et Rabut, Brin, Pomaret et Blamoutier) ; sa constatation dans les érythrodermies arsenicales permet de déceler un trouble minime du fonctionnement hépatique et d'arrêter la médication avant tous autres accidents. Les variations de la *bilirubinémie* donnent également dans ces cas des indications intéressantes, en particulier le taux de l'indice biliaire plasmatique, qui s'est montré très nettement augmenté au cours d'érythèmes ou d'érythrodermies, même en l'absence de toute affection hépatique antérieure, de tout signe clinique hépatique concomitant et de tout autre test d'insuffisance hépatique (Wauthier).

Ces différents tests d'insuffisance hépatique montrent que, dans tout accident cutané arsenical ou arsénobenzolique quel qu'il soit, il existe — même en l'absence de tout signe clinique hépatique — un état d'insuffisance hépatique latente. L'étude de cette insuffisance hépatique latente trouve sa justification dans son intérêt thérapeutique : en effet, certains de ces tests décèlent un état d'ictère latent qui ne peut manquer de se manifester cliniquement dans son intégralité, si la thérapeutique arsenicale est continuée et même intensifiée ; donc cette notion d'insuffisance hépatique latente au cours des accidents cutanés de l'arsénothérapie a une double valeur, valeur doctrinale en ce qui concerne la pathogénie de ces accidents, valeur pratique en ce qui concerne la prophylaxie d'accidents hépatiques ou cutanés plus graves.

* * *

B. — *Accidents sanguins*

Il s'agit soit de syndromes hémorragipares (syndromes purpuriques, syndromes hémophiliques), soit de syndromes anémiques, généralement du type anémie aplastique hémorragique.

Souvent ces syndromes apparaissent sur un *terrain arthritique* ou *hépatique manifeste* (antécédents arthritiques ou hépatiques, héréditaires ou personnels, coexistence de signes cliniques hépatiques, ictères bénins, ictères graves). Comme nous l'avons fait pour les accidents cutanés, nous éliminerons de tels accidents de notre étude et n'envisagerons que les cas d'insuffisance hépatique *latente*.

De même, nous laisserons de côté le *terrain hémogénique* souvent associé au terrain hépatique dans le déterminisme des accidents sanguins des arsénobenzènes.

Cette insuffisance hépatique est quelquefois si absolument latente que c'est seulement à l'autopsie que l'on a pu dans certains cas découvrir des modifications de volume ou de consistance du foie (Labbé et Langlois, Eschbach, P.-E. Weil et Isch-Wall).

Mais le plus souvent, l'on constate au moins la présence dans les urines de *pigments biliaires* ou d'*urobiline* au cours de ces accidents sanguins (Lespinne et Wydooghe, Daviot), ou bien les tests de la fonction sanguine du foie, et en particulier ceux dont l'ensemble constitue le *syndrome d'insuffisance hémocrasique du foie* de P.-E. Weil, Bocage et Isch-Wall ; ce sont l'irrétractilité du caillot, l'hypercholémie, l'émiettement du caillot, la redissolution du caillot, la diminution des hématoblastes, l'augmentation du temps de saignement. Or, tous ces tests sont positifs au cours des purpuras postarsénobenzoliques, avec ou sans hémorragies, avec ou sans anémie. Ces tests ne sont pas révélateurs d'un trouble uniquement et strictement hépatique, mais leur présence indique nettement l'existence d'une déficience hépatique latente.

Ainsi donc, l'insuffisance hépatique latente joue également un rôle dans le déterminisme des accidents sanguins de l'arsénothérapie. Certes elle n'est pas seule en cause, et l'action sur la rate et les organes hématopoïétiques, tant de l'infection tréponémique que de l'intoxication arsenicale ou benzénique, ne doit être ni sous estimée, ni négligée.

* * *

C. — *Accidents nerveux*

Au cours des accidents nerveux des arsenicaux, l'on rencontre très rarement des tests positifs d'insuffisance hépatique. Les seuls faits que l'on puisse mettre en évidence, en ce qui concerne l'insuffisance hépatique latente, sont : d'une part, la notion d'*alcoolisme* que l'on note dans les observations d'*encéphalite hémorragique* par le novarsénobenzol (Brittingham et Phinizy, Feldmann et Bratzlavski), dans celles de *poly-névrites* arsénobenzoliques (Bocage), de *pseudo-tabes* par le stovarsol (Porot), dans celles de *névrites optiques* par les pentavalents (Tissot-Daguette, P. Weil) ; d'autre part, la notion de *grossesse*, dont l'insuffisance hépatique latente peut jouer un rôle dans l'*encéphalite hémorragique* par le novarsénobenzol (Cole et collaborateurs) ; enfin, il est des cas où seules les constatations nécropsiques ont pu mettre en évidence la participation de la glande hépatique aux phénomènes pathologiques qui ont entraîné la mort.

C'est ainsi que sir William Willcox rapporte deux observations (*observ. 16* : convulsions épileptiformes, coma, mort post-salvarsaniques ; *observ. 17* : aphasie, coma, convulsions, mort post-salvarsaniques), dans lesquelles seuls les examens anato-pathologiques (nécrose marquée des cellules hépatiques) et toxicologiques (présence d'arsenic en grande quantité dans le foie) ont attiré l'attention du côté du foie. Et l'auteur attribue une grande

importance à ces altérations hépatiques et conclut que, dans ces cas, les « phénomènes nerveux aigus ne sont pas dus à l'action de l'arsenic sur les centres nerveux, mais à l'auto-intoxication aiguë (hypo-hépatisme) aboutissant à la nécrose étendue du foie ».

Ainsi, même en l'absence de tests biologiques et biochimiques d'insuffisance hépatique, les accidents nerveux des arsénobenzènes et des arsenicaux s'accompagnent dans la plupart des cas d'une déficience hépatique, supposable seulement en clinique par les antécédents (alcoolisme en particulier), ou bien décelable post-mortem par les constatations anatomo-pathologiques et toxicologiques. Une telle déficience hépatique latente, bien que moins constante et moins connue que pour les accidents cutanés ou sanguins des arsenicaux, n'en a pas moins un réel intérêt et une réel valeur.

***

En dehors des accidents cutanés, sanguins et nerveux, certains autres accidents extra-hépatiques des thérapeutiques arsenicales peuvent être rattachés à une insuffisance latente du foie. C'est ainsi que *certains accidents à allure anaphylactiques* apparaissant au cours des traitements arsénobenzoliques sont souvent liés à la défaillance isolée de la fonction antitoxique et de la fonction d'arrêt du foie ; en particulier, ce sont les *crises nitritoïdes*, bien étudiées à ce point de vue par Lévy-Bing, et au sujet desquelles cet auteur a pu écrire : « L'apparition d'une crise nitritoïde est pour nous la preuve absolue que nous nous trouvons en présence d'un malade atteint d'une insuffisance hépatique, même très légère ; *c'est presque un réactif*, et s'il n'était des plus dangereux, il pourrait servir de test à l'étude de l'insuffisance hépatique ». Cette conception est également valable pour tous les phénomènes de choc en général, car le choc anaphylactique vrai et le choc colloïdoclasique demandent pour se produire un terrain spécial dans lequel l'insuffisance hépatique joue un rôle manifeste.

Ainsi les accidents anaphylactoïdes ou anaphylactiques vrais des thérapeutiques arsenicales, en particulier les *crises nitritoïdes* des arsénobenzènes, semblent s'accompagner d'une façon constante d'une insuffisance hépatique latente, traduite par des signes éminemment discrets, mais ayant pu jouer un rôle dans leur déclenchement.

***

L'insuffisance hépatique latente des syphilitiques apparaît donc comme un facteur très général du déterminisme des accidents extra-hépatiques survenant à l'occasion des thérapeutiques arsenicales. Elle n'intervient certainement *pas seule* dans les processus physio pathologiques qui sont à la base de ces accidents, elle coexiste très souvent avec des défaillances d'autres organes ou systèmes, système vago-sympathique, glandes endocrines, reins, défaillances dont l'intensité et la valeur respectives sont en clinique très difficiles à élucider et à préciser. Mais il n'en reste pas moins vrai que ces *déficiences complexes à base d'insuffisance hépatique* constituent le facteur déterminant des divers accidents extra-hépatiques de l'arsénothérapie.

Les recherches portant sur ces accidents n'ont pas seulement un intérêt théorique ou doctrinal, mais surtout un intérêt pratique, car l'évolution clinique de ces syndromes, leur pronostic et leur thérapeutique se trouvent ainsi éclairés d'un jour nouveau, éminemment rassurant.

« Environ 100.000 étudiants en médecine fréquentent les cours des Facultés en U. R. S. S.

L'hôpital vénérologique de Léningrad compte 65 médecins pour 60 lits. » (Pr A. SARTORY. — La médecine en U. R. S. S. *Hippocrate*, mai 1935.)

FAITS CLINIQUES

Agénésie des muscles de la paroi abdominale chez un nouveau-né

(A propos d'un cas)

Par **Gustave KOHN** (de Varsovie) (1)

Nous avons observé, dans le service de notre maître, M. H. Vignes, à la Maternité A. Pinard, un nouveau-né atteint d'une malformation congénitale très rare. Il s'agit d'un cas d'agénésie unilatérale des muscles abdominaux.

J'insiste sur la rareté de cette malformation congénitale, dont je n'ai pu réunir que vingt-neuf cas au cours des recherches que j'ai faites dans la littérature mondiale.

Notre cas présente la particularité de suivre, à deux ans de distance, un frère aîné présentant une absence complète de la paroi abdominale, une gastro-schisis. Voici l'observation de notre cas :

Mme C... M., 23 ans, est à son troisième accouchement : le premier en décembre 1931, à terme, d'un enfant de sexe masculin pesant quatre kilogrammes normal ; l'enfant est vivant et bien portant. Le deuxième accouchement a eu lieu en mars 1933 ; enfant de sexe masculin, né à terme et pesant 3.250 grammes. Cet enfant présentait un défaut de la paroi intestinale qui mettait à nu les anses intestinales. L'enfant mourut le cinquième jour. Troisième accouchement actuel. Dernières règles le 14 avril 1934. Grossesse bien supportée, des traces d'albumine dans les urines. Accouchement a terme d'un enfant vivant de sexe masculin pesant 3.360 grammes. Délivrance naturelle et complète. Placenta pesant 680 grammes.

L'enfant présente une hernie épigastrique de la grosseur d'un œuf de poule et une tuméfaction du volume de la tête d'un nouveau-né occupant la fosse iliaque droite. A cet endroit, la paroi abdominale est tout à fait mince, fine, avec très peu de tissu sous-cutané ; la palpation permet de constater que rien ne s'interpose et qu'il n'y a là que la peau et que la paroi musculaire fait défaut. De temps en temps on perçoit à travers la paroi des mouvements péristaltiques de l'intestin. Lorsque l'enfant crie, la hernie augmente notablement de volume. L'enfant présente, en plus, une ectopie testiculaire bilatérale. L'appendice xyphoïde est anormalement allongé et saillant. A la radiographie : charpente osseuse normale, la voûte diaphragmatique peu accusée, pas de hernie diaphragmatique.

Il s'agit d'une anomalie de développement atteignant presque uniquement les garçons : dans les vingt-neuf cas publiés jusqu'ici, on n'a décrit qu'un seul cas d'agénésie des muscles abdominaux chez une fille (Hofstein).

Cette malformation s'accompagne toujours d'une ectopie testiculaire et presque toujours de l'hypertrophie de la musculature vésicale. Au point de vue anatomique, dans les cas autopsiés, on a constaté le plus souvent à la place du muscle, une aponévrose, tantôt il n'y a que le tissu conjonctif lâche, dans un cas même, du tissu graisseux. Les nerfs correspondant à ces muscles sont le plus souvent intacts, mais peuvent aussi être dégénérés.

Quelle est la pathogénie de ces malformations congénitales ?

D'après la conception classique (Meckel et G. Saint-Hilaire), les monstres sont des êtres entravés dans leur

(1) Travail du service du Docteur H. Vignes.

développement et où des organes de l'âge embryonnaire conservés jusqu'à la naissance sont venus s'associer aux organes de l'âge fœtal.

Pendant longtemps on admettait la théorie unique de compression. des brides amniotiques pour expliquer toutes les malformations possibles. Cette théorie n'est plus admise depuis bien longtemps, car on a bien démontré des cas de malformations chez des batraciens (anamniotiques). D'ailleurs il existe toute une série de malformations héréditaires (phocomélie, brachydactylie, syndactylie) qui ne peuvent pas s'expliquer par la théorie d'amputation par brides amniotiques.

Aujourd'hui on admet que c'est dans l'embryon même et non dans ses annexes que se trouve la déviation originelle. Les expériences de Brachet ont montré que les altérations qui vont déterminer l'apparition des malformations peuvent déjà exister sur la cellule sexuelle même avant sa fécondation et sa segmentation. L'œuf fécondé montre des différences régionales, des localisations germinales ; on peut considérer que l'œuf fécondé renferme en puissance dès son origine tout l'organisme auquel il donnera finalement naissance.



Si l'œuf fécondé est capable dans des conditions de milieu propice de donner naissance à un être nouveau, c'est qu'il renferme en lui tous les matériaux et le dynamisme nécessaires à sa complète évolution. Quand un œuf se segmente et évolue en un embryon, le milieu n'agit sur lui qu'en tant que facteur nécessaire et nullement en tant que cause déterminante (Brachet). On admet aujourd'hui que l'action des toxines et des sécrétions glandulaires joue un rôle considérable dans la détermination de la malformation. Pour que la constitution première du nouvel être ne s'écarte pas de la normale, il faut que la cellule-œuf primitive soit constituée par l'union d'un ovule normal avec un spermatozoïde normal ; les deux gamètes doivent donc provenir des individus de constitution normale et en bonne santé. La constitution défectueuse des parents entraîne une défectuosité des gamètes. L'état anormal des parents à l'époque où se forment les gamètes a sa répercussion sur l'élément sexuel. L'enfant peut donc porter en lui dès son origine une cause d'une anomalie de développement. Aussi trouve-t-on le plus souvent chez le père ou la mère des nouveau nés anormaux le souvenir d'une maladie, d'une intoxication, d'un état moral défectueux dans les mois qui ont précédé la conception.

Comme causes les plus fréquentes des malformations congénitales, il faut citer les cas de conception dans la convalescence d'une maladie ou dans un état d'intoxication (alcoolisme, saturnisme), maladies chroniques : tuberculose, syphilis, goutte, etc...

Il faut souligner également l'action des sécrétions internes sur la régulation du développement somatique (hypophyse, acromégalie, thyroïde, myxœdème). Dans notre cas particulier d'agénésie, où nous pouvons éliminer l'alcoolisme, la tuberculose, la consanguinité chez les parents, nous croyons, malgré l'absence des signes sérologiques, avoir affaire à une malformation d'origine syphilitique.

D'ailleurs, malgré le Bordet-Gengou négatif, la mère de l'enfant a été traitée au Bivatol pendant sa grossesse, en raison de son deuxième enfant ayant présenté la gastroxynsis.

En 1928, Brindeau et Jacquet ont publié un cas d'agénésie des muscles abdominaux chez un nouveau-né hérédo-syphilitique avec ulcération syphilitique de l'ombilic.

Il semble que, dans ce cas, la syphilis est bien la cause de la malformation.

La coexistence constante de l'ectopie testiculaire dans les cas d'agénésie des muscles abdominaux est vraiment frappante et nous avons essayé de chercher dans l'embryogenèse de ces organes l'explication de ce fait.

Chez tous les vertébrés, après que le mésenchyme s'est formé, le myotome prend l'aspect d'une plaque aponévrotique. Aux bords dorsal et ventral, les deux feuillets se continuent l'un dans l'autre et ces points de continuité sont des points de départ de prolifération grâce auxquels se fait la croissance des plaques myotomiales. C'est après le troisième mois de la vie fœtale que le mésenchyme se clive en deux lames, une pariétale ou somatofibreuse, une viscérale ou splanchnofibreuse. C'est alors qu'entre en jeu la différenciation du mésenchyme : constitution de deux chapelets longitudinaux, les myomères, qui sont les premières ébauches du système musculaire strié.

De ces masses musculaires primordiales semblent émaner des prolongements musculaires, véritables bourgeons de prolifération qui s'avancent vers la ligne médiane tant dorsale que ventrale. Nous assistons ensuite à la vascularisation du mésenchyme qui aboutit à la formation de la peau et à la muscularisation de ce même mésenchyme qui plus profondément donne naissance aux plans musculaires de la paroi abdominale, séparés par les lames conjonctives qui seront les aponévroses. Progressivement, le bord ventral se déplace, descend lentement dans le mésenchyme pour atteindre la paroi ventrale du corps et venus s'accoler dans le plan médian à celui de l'autre côté. Ce sont les arrêts prématurés de ce processus de différenciation du mésenchyme qui constituent les aphasies de la paroi abdominale.

D'après Stumme, il y a quatre différents mécanismes possibles dans l'agénésie des muscles abdominaux :

1° la différenciation des muscles dans le myotome a été partiellement empêchée au cours de la quatrième semaine, pendant laquelle cette différenciation se fait ;

2° les muscles abdominaux se sont développés normalement jusqu'à un certain point mais ont subi des régressions après la quatrième semaine ;

3° les muscles étaient normalement constitués puis se sont atrophiés par la suite ;

4° pour d'autres, la jonction entre le myotome et le neurotome ne s'est pas faite, d'où atrophie du muscle.

Le testicule se développe au niveau de la partie la plus

interne du corps de Wolff. L'ébauche de la glande génitale existe déjà en même temps que le pronephros. De très bonne heure la glande génitale mâle commence une longue migration qui de sa position primitivement lombaire la conduira au fond du scrotum.

Le testicule quitte le contact des reins déjà à la fin du quatrième mois de la vie intra-utérine. vers le sixième mois il est à l'orifice profond du canal inguinal et c'est au huitième mois qu'il parvient au fond des bourses. Dans cette migration. le testicule est accompagné de deux formations anatomiques :

1° *le canal péritonéo-vaginal*, qui précède le testicule dans sa descente dans le scrotum et qui descend souvent plus bas que le testicule ectopié ;

2° le gubernaculum testis ou gubernaculum de Hunter inséré au pôle inférieur du testicule et qui nous intéresse plus particulièrement dans notre cas.

Si la plupart des auteurs ne considèrent le gubernaculum testis que comme un épiphénomène à la migration des testicules, pour d'autres, il joue un rôle actif, décisif dans cette migration. Ainsi pour Klaatsch, c'est un axe conjonctif flanqué latéralement d'éléments musculaires striés empruntés au passage au petit oblique et au transverse.

Si le gubernaculum testis joue un rôle actif dans la migration normale du testicule, la musculature striée décrite par Klaatsch y est certainement pour quelque chose. Or les cas d'agénésie des muscles abdominaux décrits étaient presque toujours accompagnés d'ectopie testiculaire.

Ne pouvait-on pas expliquer ce fait par une absence de fibres striées que le gubarnaculum testis emprunte normalement aux muscles abdominaux. Dépourvu de ces fibres, n'est-il pas impuissant, incapable d'accomplir son rôle embryogénétique de guide dans la descente testiculaire. C'est une hypothèse que je me permets d'émettre ; si elle est exacte, le gubernaculum testis n aura plus de rôle de simple épiphénomène, d'un satellite, mais il devra être considéré comme un facteur, peut-être décisif dans la migration de la glande génitale mâle.

Au point de vue du pronostic que comporte cette affection, il est évident que l'absence de la sangle naturelle que forment les muscles abdominaux entraîne des troubles sérieux respiratoires et volumineux. D'un côté le diaphragme se laissant distendre par l'absence de pression intra-abdominale. la voûte diaphragmatique disparaît, de l'autre côté constipation, troubles digestifs et troubles de la miction Ces enfants meurent le plus souvent de pneumonie. Néanmoins cette malformation est compatible avec la vie et on a cité un cas d'agénésie des muscles abdominaux chez un homme de 70 ans.

Dans notre cas, l'enfant meut normalement ses membres, prend bien le sein et augmente de poids. Il nous semble donc viable.

BIBLIOGRAPHIE

POTEL. — Traité pratique d'orthopédie, 1924.
RABAUD. — La tératogenèse, 1914.
APERT. — Pédiatrie, 1923.
OMBREDANNE. — Chirurgie infantile.
BRACHET. — Traité d'embryologie, Paris, 1921.
CHAMPY. — Embryologie, 1927.
STERNBERG AND POLITZER. — Uber die formale Genese der Fehbildunger des Nabelstranges und der neutralen Kogenwand. *Beitr. z. path. Anat. u z. allz. Path.*, nov. 1931.
KERNAUER. — Die Missbildungen des Rumptes.
O. MAES et J. KOHN. — Brachydactylie. pathogénèse. *Le Scalpel*, 1929.

Référence des vingt-neuf cas publiés d'agénésie

Absence congénitale des muscles abdominaux chez le nouveau-né

E.-H. BOXTER. — Congenital absence of abdominal muscles case report. *Ohio State M. J.* 28 840-843, dec. 1932.
BRINDEAU et JAQUET. — Agénésie des muscles abdominaux chez un nouveau-né hérédo syphilitique. *Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1928, p. 8 C.
N.-L. ECKHOFF. — Case of congenital deficiency of abdominal musculature. *Guy's Hosp. rep.* 1923 LXXIII.
GUTHRIE. — Congenital abcence of abdominal muscles. *Clin. J.*, Londres 1892-1896, VII, 220.
HALL. — Congenital defect of abdominal muscles, *Lancet*, 1907, t. XXXXV.
J. HOFSTEIN. — Absence congenitale des muscles abdominaux chez un nouveau-né du sexe féminin. *Gynec. et Obst.*, juillet 1930, p. 22.
J. HOFSTEIN. — Absence congénitale des muscles abdominaux chez un nouveau-né du sexe féminin. *Strasbourg Méd.*, 25 juillet 1930.
L.-G. HOUSDEN. — Congenital absence of abdominal muscles. *Arch Dis. child.*, 9 août 1934, 219-232.
R. LÉVY. — Kongenitale Bauchmuskeldefekte u hernia ventralis incarcerata. *Beitr. z. Klinischen chir.*, t. LVII 1908.
N.-W. MACKEITH et W.-R. SPURELL W. R. — Observations on a boy with congenital deficiency of the anterior abdominal wall muscles. *Guy's Hosp. Rep.*, Londres 1923, LXXIII, 479-489.
W. MOLLISON. — A child with absent abdominal muscles. (Proc. roy. soc. med. London 1908 II. sect. studis. child). *Guy's hosp. rep.*, Londres 1909 LXIII, 23-28.
E.-B. SMITH — Congenital absence of abdominal muscles and other defects. *Proc. roy. soc. med.* Londres 1912, 13, édition dis. child. 186.
PELS-LEUSDEN. — Ueber den sogen. Kongenitalen Defekt der Bauckmuskulatur. *Arch. für Klin. chirurgie*, t. LXXXV, 1908.
PETITJEAN. — Observation concernant une malformation congénitale (absence complète de la paroi musculo-fibreuse de l'abdomen). *Rev. Méd. de la Franche-Comté*, Besançon 1906, XIV, 149.
W.-B. PLATT. — A rare case of deficiency of the abdominal muscles. *Phila M. J.*, 1898, 1, 738.
A. POLI. — Contributo allo studio delle assenze muscolari congenite (difetto dei muscoli addominali). *Arch. di ortop.*, 45, 1929, p. 775-801.
D. SMITH. — Agenesia of abdominal muscles in new born infants case. *Tri-State M. J.* 6 may 1934, p. 1285.
A. STERN. — Congenital absence of all abdominal muscles. *Arch. diagn.* New-York 1915, VIII, p. 73.
A.-N. STOESSER. — Agenesia of abdominal muscles in new born infant. *Arch. Pediat.* 50, oct. 1933, p. 739-742.
TAILLENS. — Un cas d'agénésie des muscles abdominaux chez un enfant. *Soc. Pedial.*, 15 mai 1928.
C. TEDESCHI. — Contributo allo studio delle assenza muscolari congenite. *Riv. di clin. pediat.*, 1915, XIII, 1-8.
L. THATCHER — Case of congenital defect of abdominal muscles with anomaly of urinary apparatus. *Edinb. M. J.*, 1913, n. s. XI, 2 pl., p. 127-134.
U. TRINCI. — Un cas d'absence congénitale du muscle grand oblique gauche de l'abdomen chez un nouveau-né. *Rev. d'Orthop.*, Paris, 1910 3 s., p. 291-301.
BLARD. — Cas d'absence congénitale des muscles abominaux. *Pediatine*, july 1927.
Léo WOLF. — A case of congenital bilateral ventral hernia, 1924.
WYSS. — Partial defect of the external and internal oblique and transversal abdominis in a child Ayed 10 months.
STEINHARDT. — Absence des obliques et transverses chez un enfant de trois semaines. *Jaborb. J. Kinderch.*, 26-220.
OSLER. — Absence congenit. des muscles abd., *Bull. John. Uophe Unfort* 1901.
PORCKER. — Absence congénitale des obliques et des transverses chez un nouveau-né. *Clin. Soc.*, Londres 1835.
BOLTON. — Absence congen. des muscles abdom. latéraux avec hypertrophie de la vessie chez un garçon de trois semaines. *Clin. Soc.* Londres 1904.

« J'ai connu, au début de ma carrière, des praticiens qui systématiquement, rejetaient l'emploi du sérum antidiphtérique J'en connais que la pratique, aujourd'hui populaire, de la réaction de Wassermann désoblige. Ce sont souvent les élèves, qui font plier les préventions des maîtres, les clients qui font connaître les nouveautés à leur docteur et, fait plus mortifiant, l'Administration, ennemie de l'individualisme, qui les impose aux médecins fonctionnaires. » (Charles NICOLLE, L'individualisme du médecin. *Revue des Deux Mondes*, 15 juillet 1935.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Dans un cas d'occlusion intestinale par ascaridiose 700 ascaris ont été retirés par entérotomie, laquelle a été suivie de guérison. Il s'agit là d'un fait exceptionnel. Dans aucune observation relatée jusqu'à ce jour on ne trouve un nombre aussi considérable d'ascaris expulsés en une seule fois.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans enceinte de quatre mois, qui fut prise subitement de douleurs abdominales violentes accompagnées de nausées et de vomissements, avec arrêt complet des matières et des gaz. Abdomen ballonné. Très légère contracture de la paroi surtout localisée à l'épigastre. La palpation réveillait des douleurs atroces et permettait de percevoir deux tumeurs ; l'une siégeant à l'épigastre — c'était l'utérus gravide — l'autre à l'épigastre, occupant sensiblement la place du côlon transverse. Bord inférieur touchant au fond utérin, mais en étant nettement séparé. Tumeur irrégulière, mollasse, mate à la percussion et animée de mouvements péristaltiques. Intervention.

« Par l'incision médiane sus-ombilicale nous tombons sur une anse intestinale extraordinairement dilatée. Elle a environ 10 cm. de diamètre et 45 cm. de long. Elle est littéralement bourrée d'ascaris comme une saucisse fortement remplie. A travers ses parois distendues et amincies jusqu'à devenir transparentes, nous voyons un grouillement inextricable d'ascaris si fortement serrés les uns contre les autres qu'on peut les comparer à de gros paquets de ficelles.

« Nous extériorisons l'anse intestinale, nous l'isolons soigneusement par des clamps de manière à pratiquer l'opération hors de l'abdomen. Par entérotomie, nous avons retiré 700 ascaris. Mais dans les anses intestinales environnantes nous avons pu par le palper constater la présence de nombreux parasites, au moins 300 à 400. Bien que l'anse distendue ne fût pas encore complètement vidée de ses ascaris, nous avons décidé de terminer rapidement l'opération à cause de l'état précaire de la malade.

« Les suites opératoires ont été normales ».

Les jours suivants administration de santonine qui amena l'expulsion de plus de 300 ascaris par l'anus.

L'obstruction ou l'occlusion intestinale d'origine vermineuse peut être réalisée, soit par obstacle mécanique, soit par iléus paralytique, ou bien souvent par association de ces deux mécanismes.

L'occlusion siège le plus souvent au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Dans les pays où le parasitisme intestinal est extrêmement fréquent tout le secret du diagnostic est d'y penser.

Quant au traitement, il faut être éclectique. Schématiquement les obstructions incomplètes relèvent du traitement chirurgical. Mais il faut savoir qu'après administration de santonine une obstruction incomplète peut se transformer en une occlusion complète et aiguë par accumulation des ascaris en un endroit quelconque du tube digestif. Dans ces cas, devant la gravité immédiate des accidents, le traitement chirurgical d'urgence s'impose : entérotomie avec ablation des parasites si l'intestin n'est pas nécrosé ; dans le cas contraire, résection de l'anse nécrosée avec entéro anastomose.

Les cas opérés précocement ont en général un bon pronostic.

(Ho-Dac-Di et Huynh Tien-Doi.— A propos d'un cas d'occlusion intestinale causée par 1.000 ascaris dont 700 ont été retirés par entérotomie suivie de guérison. *La Presse Médicale*, 17 avril 1935.)

Pour tout vaccin, on peut trouver des sujets réfractaires ; tous, dans quelques cas rarissimes, peuvent provoquer certains accidents. L'éventualité d'un accident possible, mais exceptionnel ne saurait cependant justifier l'hésitation quand l'indication se pose de recourir à la vaccination jennérienne, antidiphtérique, antityphoïdique, par B.C.G.

Dans certains cas, même, peut-être deviendra-t-il possible de les prévoir, et, par suite, de les prévenir. L'expérience, en effet, a montré que ces divers accidents s'observent de préférence dans certaines circonstances ; en ce qui concerne, par exemple les vaccinations antidiphtériques, ce sont surtout les grands enfants qui sont quelquefois atteints, rarement les tout petits ; plus particulièrement aussi ceux qui sont issus de parents tuberculeux, ou dont l'état rénal, les réactions sanguines n'étaient pas tout à fait normales.

a) *Une enquête prévaccinale est donc nécessaire* : elle portera sur l'âge de l'enfant, ses antécédents tuberculeux, l'état de ses reins, les tares hémogéniques ou hémophiliques possibles. Et ces précautions seront également valables dans les vaccinations *antidiphtérique* et *antityphoïdique*.

b) *Les associations vaccinales*. Certains vaccins, semble-t-il, peuvent être associés sans aucun risque ; ces associations même seraient recommandables puisqu'elles provoqueraient à la fois des réactions moindres et une immunité plus forte. Tels sont les vaccins antidiphtérique, antitétanique et antityphoïdique.

Pour les vaccins vivants, tels que le B.C.G. et la vaccine jennérienne, il y a peut être lieu d'être plus réservé ; l'un de ces vaccins, en se développant dans l'organisme, ne va-t-il pas nuire à l'autre ? L'encéphalite vaccinale ne se développera-t-elle pas plus facilement sur un organisme déjà troublé par ce fait qu'une immunité au B.C.G. est en train de s'établir ? Ou inversement le développement d'un vaccin jennérien ne peut-il créer momentanément un état réfractaire au B.C.G. ? Dans le doute, il sera prudent d'espacer ces deux vaccinations, de quelques semaines ou quelques mois.

c) *Soins post vaccinaux*. Outre les précautions habituelles, on a conseillé, pour éviter certains accidents : l'adrénaline ou l'éphédrine pendant les deux premiers jours, le repos, le régime sans viande, ni œuf. Ceci, en particulier pour les vaccins non vivants.

d) La nature de ces accidents étant bien connue, il sera ainsi plus facile de les traiter dès leurs premières manifestations. Et, surtout, on évitera désormais cette erreur, parfois commise, de continuer les vaccinations lorsque certains troubles ont déjà commencé à se manifester dès la première injection.

(Eugène Terrien. — Les risques vaccinaux. *La Presse Médicale*, 1er mai 1935.)

Tuberculose

La scalénotomie, opération qui consiste à sectionner les muscles scalènes, est la dernière venue dans l'arsenal de la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire. Elle ajoute 50 p. 100 d'efficacité à la phrénicectomie. Elle donne les meilleurs succès dans la caverne située très haut, au-dessus du bord de la deuxième côte, de volume moyen, de diamètre inférieur à 4 centimètres. Si la cavité est superficielle, il y a peu d'espoir. Au contraire, si les côtes supérieures s'élèvent beaucoup dans la respiration normale, comme on peut le constater à la radioscopie, le résultat sera sans doute très bon. On a reproché à la section musculaire de faire illusion et de risquer ainsi de laisser passer « l'heure de la thoracoplastie », ce qui est injuste, car pas plus qu'une phrénicectomie la scalénotomie n'empêche de faire une thoraco à temps. Si on veut la faire par contre elle a l'avantage d'abaisser la première côte ce qui en rend l'accès beaucoup plus facile lorsqu'on veut la réséquer.

(Robert Monod et Marc Iselin. — Les scalénotomies dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *La Médecine*, mai 1935.)

Pédiatrie

La splénectomie reste chez l'enfant comme chez l'adulte, la médication héroïque de l'ictère hémolytique.

Deux cas d'ictère hémolytique observés chez des enfants d'une dizaine d'années, ont été très améliorés par la splénectomie. S'il est vrai que la splénectomie guérit l'ictère hémolytique en agissant sur la cause même de l'hémolyse, comment n'est-elle pas entrée plutôt dans la pratique courante ? C'est parce que la technique n'en était pas réglée, et que l'ablation d'une rate gorgée de sang, adhérente aux organes voisins, appendue à des vaisseaux volumineux, provoquait des hémorragies dont le malade, déjà affaibli ne pouvait faire les frais.

En faisant la ligature préalable des vaisseaux spléniques sur le bord supérieur du pancréas, l'intervention a les plus grandes chances de réussir.

(L. Babonneix. — De la splénectomie dans le traitement de l'ictère hémolytique infantile. *Gazette des hôpitaux*, 25 mai 1935.)

Thérapeutique clinique

La sérothérapie de l'appendicite gangreneuse et de la péritonite, née en France, s'est rapidement propagée

dans les pays étrangers. Après les auteurs français, ce sont les Allemands qui ont publié le plus grand nombre d'observations. La plupart des chirurgiens, qui ont utilisé ce traitement comme adjuvant de l'intervention chirurgicale, affirment avoir diminué le pourcentage de la mortalité de leurs opérés. Ceux dont l'expérience insuffisante n'a pas permis un jugement définitif ont néanmoins noté une amélioration rapide et très nette chez leurs malades ayant reçu, après l'opération, des injections de ces sérums.

On peut conclure, que dorénavant le mélange de sérums antigangreneux, anticolibacillaire et complémentaire doit faire obligatoirement partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien.

Aux chirurgiens qui lui demandent du sérum anticolibacillaire et un sérum C pour les mélanger, avant l'emploi, avec du sérum antigangreneux polyvalent, M. Weinberg envoie les instructions suivantes :

1° Ne recourir à la sérothérapie qu'en présence de complications graves de l'appendicite : toxémie ou péritonite.

2° Injecter le sérum dans la cavité péritonéale et dans les muscles de la cuisse.

3° Le mélange de sérums à injecter doit comprendre :

	cmc
Sérum antigangreneux polyvalent.........	30
Sérum anticolibacillaire....................	40
Sérum C (complémentaire)................	10

On injectera ce mélange dans la cavité péritonéale et *autant* dans les muscles de la cuisse.

L'injection dans la cavité péritonéale se fait directement ou au moyen d'une sonde de Nélaton.

4° Lorsque l'état du malade est particulièrement grave, injecter le sérum directement dans la veine.

5° Pour éviter les phénomènes anaphylactiques, pratiquer les injections de sérum à *la fin de l'opération*, lorsque le malade se trouve encore sous l'influence de la narcose.

6° Répéter les injections si l'état du malade ne s'est pas d'emblée amélioré dès le lendemain de l'opération. Dans ces conditions traiter le malade comme s'il n'avait jamais été injecté avec du sérum, c'est-à-dire commencer par de petites doses et continuer graduellement avec des doses de plus en plus fortes, ou bien injecter le mélange de sérum en goutte-à-goutte (dans les muscles ou dans les veines), après l'avoir mélangé, suivant l'état du pouls du malade, avec 400 ou 900 c. c. d'eau physiologique.

Que la péritonite soit d'origine appendiculaire ou qu'elle complique une perforation intestinale ou une infection des voies génito-urinaires, la même conduite doit être suivie par le chirurgien : dans tous les cas, la flore péritonéale renferme à peu près les mêmes espèces microbiennes.

Bien entendu, si l'examen du pus péritonéal montre uniquement des pneumocoques, on pratique la sérothérapie intensive antipneumococcique.

(M. Weinberg et M. Laquière. Sérothérapie de l'appendicite gangreneuse et de la péritonite. *La Presse Médicale*, 1er juin 1935.)

La strychnine à hautes doses et le traitement essentiel du barbiturisme. Un article récent de deux auteurs lillois ayant pu jeter quelque trouble dans l'esprit des médecins et les entraîner à limiter l'emploi de la strychnine dans les intoxications barbituriques, M. Ch. Flandin insiste à nouveau sur les points suivants :

A un individu dans le coma, gravement intoxiqué par un composé barbiturique, il convient de ne donner que les médicaments utiles.

La strychnine, par ses propriétés physiologiques antagonistes des barbituriques, peut être au point de vue pratique considérée comme le contre-poison des barbituriques.

La strychnine doit être administrée le plus tôt possible, à hautes doses et continuée longtemps. Les doses d'attaque doivent être comprises entre 0,02 et 0,05 centigr. et répétées toutes les demi-heures ou toutes les heures en se guidant sur le signe de Chvostek et les contractures provoquées par excitation cutanée et musculaire.

Si le but thérapeutique est dépassé (convulsions) le calme sera ramené par une injection d'isonal.

La saignée, la transfusion, les inhalations d'oxygène avec respiration artificielle, le sérum intrarectal adrénaliné compléteront le traitement.

(Ch. Flandin. Le traitement des comas barbituriques. *La Presse Médicale*, 18 mai 1935.)

Prostate

Le terme de diverticule de la prostate n'est-il pas une mauvaise dénomination ? Cette affection est constituée par une perte de substance — un véritable trou — dans le tissu prostatique, il ne s'agit nullement d'une extériorisation, d'une expansion des parois de la prostate, — comme cela se voit dans les diverticules de la vessie — mais bien au contraire d'une vaste cavité au sein même du tissu prostatique, comme cela se rencontre dans le poumon. C'est pourquoi le terme de *cavernes* de la prostate paraît bien mieux répondre à la réalité des faits que la dénomination erronée de diverticule de la prostate. Cette dernière appellation semble d'ailleurs avoir été utilisée surtout pour diminuer la priorité des descriptions.

(Docteur Georges Luys. Les cavernes prostatiques ou diverticules de la prostate. *La Clinique*, mai 1935-B.)

Lait

Le lait calcique est obtenu de la manière suivante :

Dans un litre de lait écrémé bouillant, ajouter un paquet de 3 grammes de lactate de chaux en retirant du feu. Laisser en contact 30 secondes et passer rapidement sur un grand tamis fin (le temps de passage ne doit pas dépasser 30 secondes)

Le petit lait ainsi obtenu est administré aux enfants pur et sucré.

Il importe de suivre exactement cette technique. On obtient ainsi un produit dont la teneur en caséine est sensiblement fixe et oscille de 15 à 25 grammes, le plus souvent 17 à 19 grammes au litre, chiffre identique au taux de la caséine du lait de femme.

Sa propriété essentielle est d'être facilement accepté et bien assimilé par des enfants qui tolèrent mal le lait de vache normal, le lait condensé ou le lait sec. En outre le dédoublement du lactate de chaux sous l'action des acides de l'estomac, détermine la formation d'acide lactique ; ceci explique *l'action antidiarrhéique* du lait calcique, qui est strictement comparable à celle du babeurre et des laits acides.

Le lait calcique constitue un excellent *régime de transition* entre le lait de femme et le lait de vache, entre la diète hydrique et le régime lacté.

Les principales indications du lait calcique se trouvent dans les cas suivants :

1° Les débiles et les hypothrepsiques.

2° Les vomisseurs.

3° Les diarrhéiques.

La durée du traitement diététique par le lait calcique sera variable suivant les cas. Il n'y a aucun inconvénient à en prolonger l'administration durant plusieurs semaines, tant que la courbe du poids demeure ascendante. Pour reprendre ensuite le lait ordinaire, on peut soit le réintroduire progressivement, en coupant les biberons de lait calcique de 1/3 pour 2/3 de lait, soit alterner les biberons de lait modifié et de lait sec, de lait condensé ou de lait de vache.

(E. Lesné. Le lait calcique dans la diététique des nourrissons. *L'Hygiène Sociale*, 25 avril 1935.)

Varia

Jeunes confrères qui avez le dessein de partir résolument à la campagne pour vous y installer, — si vous voulez réussir : consultez donc les statistiques ; mais, sachez aussi les interpréter, et renseignez vous en même temps sur la richesse de la région que vous scrutez pour votre votre nidation. »

Il me revient à l'esprit la boutade d'un vieux praticien de campagne, qui, lui aussi, estimait qu'il fallait tenir compte de ce facteur « richesse ». Il me disait : « lorsqu'on cherche une localité à la campagne pour s'y installer, c'est avant tout, le cimetière de cette localité qu'il faut prospecter ; s'il est bien entretenu, s'il contient de beaux monuments funéraires et de superbes pierres tombales..., vous pouvez y aller : le pays est riche ! »

(G. Fischer. Sur la « nidation » des médecins en France. *Le Concours Médical*, 26 mai 1935.)

***

A tout intoxiqué qui émettrait la prétention de se soigner tout seul, rappelez et répétez le vieil adage, vrai en médecine comme en droit usuel : « On ne peut être à la fois juge et partie ».

A tout malade qui prétend dicter ces conditions, le médecin n'a guère à répliquer qu'en retirant son épingle du jeu : que dis-je, en se retirant complètement de la partie.

(L. Neuberger. Aphorismes et réflexions sur le sevrage des toxicomanes. *Journal des Praticiens*, 27 avril 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1935

Action des eaux sulfatées calciques sur la motricité intestinale. — **M. Desgrez** présente une note de **MM. D. Santenoise, L. Merklen, C. Franck, S. Stankoff** et **M. Vidacovitch** concernant l'action des eaux sulfatées calciques vosgiennes sur la motricité intestinale. Ces auteurs confirment les données de la clinique relatives à l'importance des rôles du parasympathique et de la sécrétion biliaire, dans la cure sulfatée calcique.

La cure sulfureuse dans l'élimination du mercure. — **M. Desgrez** présente également un travail de **M. Rangier** et de **Mlle Rabussier** d'où il résulte que la cure d'eau sulfureuse accroît l'élimination du mercure administré sous ses différentes formes thérapeutiques.

Le sort de l'émanation dans l'organisme. — **Mme Blanquet, MM. Mougeot** et **Aubertot**. — L'élimination de l'émanation commence aussitôt après l'ingestion d'eau radioactive ; elle est maxima après 10 minutes environ ; elle décroît progressivement à mesure que la pression propre à l'émanation dans le sang diminue.

On sait que l'élimination de l'émanation ne se fait pas par voie rénale, que la sécrétion sudorale et lactée n'en contient que faible quantité, elle traverse la muqueuse gastrique pour emprunter la voie pulmonaire comme voie de sortie.

Etude de l'action de l'héliothérapie sur l'état phosphatémique. — **MM. A. Aimès** et **S. Cayla** de Montpellier. — L'héliothérapie provoque généralement de l'hyperphosphatémie. Nous devons en outre retenir que certains sujets réagissent avec une plus grande sensibilité que les autres à l'exposition solaire. Mais ce qui est le plus intéressant à noter, c'est que chez les sujets exposés aux rayons solaires existe un état hyperphosphatémique favorable à la reminéralisation.

La détection de l'hormone œstrogène dans l'urine de femme enceinte, par la méthode spectrophotométrique. — **MM. A. Chevallier, L. Cornil** et **J. Verdollin** (Marseille), après avoir rappelé les inconvénients des procédés biologiques mis en œuvre pour déceler et doser l'hormone œstrogène dans l'urine de femme enceinte, proposent de substituer à cette technique un procédé comportant une concentration de l'hormone par voie chimique, et ensuite son dosage par l'examen spectrophotométrique de la solution. Leurs expériences montrent que la première partie de l'opération (concentration) est facilement obtenue en utilisant la méthode indiquée récemment par Cohen et Marrian. L'examen spectrophotométrique consiste à établir le spectre ultraviolet de la solution obtenue. La présence de la folliculine détermine une absorption sélective dans la région de 2800 A°. L'application de cette technique au diagnostic de la grossesse permet d'envisager ce dernier avec une sécurité scientifique désormais mieux établie.

Hernies et appendicite latente. — **M. C. Poenaru Caplesco** (de Bucarest) insiste sur l'importance du dépistage de l'appendicite latente et de la coexistence de cette appendicite latente avec les hernies inguinale, crurale et ou ombilicale.

Les troubles digestifs attribués souvent à la présence de la hernie font parfois négliger une appendicite latente. Aussi l'auteur trouve un avantage lorsqu'il a dépisté l'appendicite, à faire dans une seule séance opératoire la cure de la hernie et l'appendicectomie.

La prochaine séance de l'Académie aura lieu le 1er octobre 1935.

Quand les médecins auront compris que la défense de la *profession médicale* est plus importante que leurs mesquines rivalités d'intérêt, un grand pas sera franchi. Malheureusement, nous n'en sommes pas là, du moins au Luxembourg. »

(H. Loutsch. — L'organisation de la médecine. Grand-Duché de Luxembourg. *La Presse Médicale*, 25 mai 1935.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

1851 date à retenir dans l'histoire de l'hygiène. — *De M. le Professeur Rochaix dans* LE MOUVEMENT SANITAIRE (mars 1935) : NAISSANCE DE L'HYGIÈNE MODERNE. SON DÉVELOPPEMENT AU COURS DU XIXe SIÈCLE JUSQU'A NOS JOURS.

L'année 1851 est une date mémorable dans l'histoire de l'hygiène. Elle marque l'apparition officielle, en hygiène, de l'esprit international qui se manifesta par le premier Congrès international d'hygiène et la première conférence pour la conclusion d'ententes sanitaires internationales, en vue d'une lutte commune contre les fléaux pestilentiels.

C'est à Bruxelles que l'ère des *Congrès internationaux* s'est ouverte en 1851. Un second congrès se tint dans la même ville l'année suivante, puis après une interruption de vingt-quatre ans, la série des assises internationales fut renouée, pour se poursuivre à Paris en 1878, à Turin en 1880, à Genève en 1882, à La Haye en 1884, à Vienne en 1887, à Paris en 1889, à l'occasion de l'Exposition universelle, à Londres en 1891, etc., etc., pour aboutir à l'éclosion de l'époque actuelle.

C'est en 1851, également, que le Gouvernement français, à la suite de laborieuses négociations, parvint à réunir à Paris, la *Première conférence sanitaire internationale*, comprenant les délégués de douze Etats voisins du bassin de la Méditerranée ou y ayant des possessions ou des intérêts. Le but de la conférence était de se mettre d'accord sur les meilleures mesures à adopter à l'égard du choléra, de la peste et de la fièvre jaune, et de poser les bases d'un système sanitaire uniforme. La conférence eut un résultat négatif, mais elle n'en a pas moins ouvert, de façon heureuse, la voie à l'hygiène internationale qui se concrétise actuellement par la convention de 1926, l'Office international d'hygiène publique, créé à Paris, en 1908, et l'organisation d'hygiène de la Société des Nations (1920).

Les femmes savantes. — *Tel est le titre d'un article de M. Léon Daudet dans* L'ACTION FRANÇAISE, *qui applaudit au succès de Mlle Lucienne Vitrey, prix d'honneur de dissertation philosophique au concours général.*

... Aujourd'hui, nombreuses sont celles qui étudient la médecine, fréquentent les hôpitaux et feront ainsi, pour leurs seigneurs et maîtres de Faculté, des collaboratrices parfaites. Même remarque pour les avocats et avocates, pour les mathémathiciens et mathématiciennes, etc... Mon regretté ami et condisciple Paul Sollier, médecin chef du sanatorium de Boulogne-sur-Seine, était aidé, dans son écrasante besogne, par son admirable collaboratrice, Mme la Doctoresse Paul Sollier.

La profession peut différer dans le ménage. Ceux de mon âge ont connu l'union conjugale d'un très grand chercheur, Déjerine, persécuté par les mandarins de son époque, en raison de son indépendance et d'une astronome et mathématicienne de haute valeur, Mlle Klumpke. On les citait en exemple aux jeunes époux. Esprit de premier ordre, noble caractère, Déjerine eut contre lui des circonstances adverses. Sa femme put l'aider à les surmonter, parce qu'elle était à son niveau intellectuel, et moral. Des sensibilités accordées, des intelligences également meublées, voilà l'idéal pour affronter ensemble la vie et guider l'enseignement des enfants, « le plus beau présent que l'on puisse leur faire », dit quelqu'un que je connais bien.

La grande époque de la culture féminine a été le XVIe siècle. Celles d'alors s'occupaient également de lettres et de sciences. Nombreuses étaient celles qui savaient le latin et le grec.

. . . .

Bourget, dans son plus récent roman, a peint la femme de laboratoire, ou « laborantine », qui est en effet un type nouveau. On cite plusieurs noms de femmes bactériologistes, qui ont fait des expériences intéressantes. Ce qui paraît leur manquer, du moins jusqu'à présent, c'est l'esprit de synthèse, qui permet d'user des bottes de sept lieues, en place de l'enjambée

ordinaire. Mais rien ne dit qu'il ne viendra pas « une » Claude Bernard ou « une » Pasteur. Puis, dans les prochaines guerres que nous ménagent l'humanitarisme et le pacifisme, on verra, dans les états-majors des femmes d'initiative et de sang-froid et qui, sait, une émule de Mangin, de Joffre et de Foch, qui décidera de la victoire.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées le prix de dissertation française de Mlle Lucienne Vitrey.

La tuberculose chez François-Ier et ses descendants. — Conférencia (15 juillet 1935) *vient de publier une conférence de M. le Docteur Raoul Baudet, chirurgien honoraire deshôpitaux intitulée* : La fin des Valois. *En voici un extrait* :

François Ier eut, vers la fin de sa vie un abcès de la prostate, qui tourmenta le roi pendant cinq ans, jusqu'à sa mort.

Cet abcès fut-il de nature tuberculeuse ? Je le crois pour deux raisons. La première, c'est qu'il a duré longtemps, c'est-à-dire qu'il n'avait aucune tendance à guérir. La deuxième, c'est que l'on voit apparaître la tuberculose chez plusieurs enfants du roi chevalier.

Louise, sa première fille, mourut à l'âge de deux ans ; Charlotte à l'âge de huit ans. Etaient-elles tuberculeuses ? Nous l'ignorons. Mais voici qui devient probant : la troisième fille Madeleine, qui épousa le roi d'Ecosse, mourut à dix-sept ans de phtise aiguë.

Le premier des garçons, François, dont j'ai déjà parlé, fut emporté par une pneumonie aiguë développée sur un poumon manifestement tuberculeux.

Le troisième fils, Charles d'Orléans, fut enlevé, lui aussi, par une affection aiguë du poumon, s'accompagnant d'une grosse adénite axillaire, qui ne pouvait être que tuberculeuse.

Si l'adénite était tuberculeuse, il y a des chances pour que l'affection du poumon le fût aussi.

Seul, le second fils, Henri II, vigoureux comme était son père dans sa jeunesse, eut une santé qu'aucun mal ne vint troubler.

Et cependant la plupart de ses enfants se tuberculisèrent.

Sa fille Claude, épouse du duc de Lorraine, coxalgique et rachitique, porta toute sa vie un corset qui redressait la déviation des os et immobilisait sa hanche douloureuse.

J'ai montré, plus haut, que François II fut malade toute sa vie, qu'il avait toutes les apparences sinon d'un tuberculeux, du moins d'un scrofuleux.

Le duc d'Alençon, son quatrième fils, mourut de pneumonie tuberculeuse aiguë. Quant au deuxième, Charles IX, l'observation de la maladie qui l'emporta représente un des plus beaux cas de phtisie chronique et des plus classiques.

On pourrait discuter, à propos de cette hérédité tuberculeuse, quelle est la part qui revient au père et à la mère, aux Valois et aux Médicis. Je crois que les deux familles y participèrent.

Nous venons de voir la part que les Valois avaient apportée. Voyons quelle fut celle des Médicis.

La mère de Catherine était une Française, issue de la race vigoureuse des La Tour d'Auvergne. Elle était d'une santé parfaite. Elle mourut des suites de couches, accidentellement, en mettant Catherine au monde. Une semaine plus tard, son mari, un Médicis, succombait, le corps miné depuis longtemps par la tuberculose.

Le poison paternel semble n'avoir laissé chez Catherine aucune trace. La robuste constitution, qu'elle tenait de sa mère, le neutralisa. Mais elle a pu transmettre de son père à ses enfants une prédisposition favorable à la germination des tubercules, sans être elle-même tuberculeuse.

Mère d'enfants débiles ou tuberculeux, elle fit tout ce qu'elle put pour affermir ou rétablir leur santé. Elle les laissa, la plupart du temps, à la campagne, tout en exerçant sur eux une étroite surveillance.

Albert Florence. *Dans le* Lyon Républicain (17 juillet 1935) *un article de M. le Docteur Edmond Locard, intitulé* : Un précurseur de génie : Albert Florence.

Si l'on demandait de donner un exemple de savant désintéressé, l'embarras du choix génerait certainement une réponse immédiate. Entre les médecins qui n'ont été que les serviteurs des pauvres, les physiciens qui n'ont vécu que pour leur laboratoire et les radiologistes qui ont accepté sans compensation les mutilations et les brûlures, on peut hésiter. Des noms comme Branly, Pasteur, Claude Bernard, Bichat, Curie, viennent aussitôt à la mémoire. Et tant d'autres n'ont ni désiré ni apprécié les honneurs où de plus médiocres se ruent ! Pourtant il ne semble pas qu'on puisse trouver de plus parfait exemple que ce grand Albert Florence si modeste, si simple, si peu soigneux de sa gloire, et qui a tant fait pour la science.

M. Florence, agrégé, puis professeur à la Faculté de médecine de Lyon fut le disciple et l'ami du Professeur Lacassagne. J'ai

P. L. M. — Relations directes avec les stations de Gombloux Mégève et Villard-de-Lans

Réenregistrer vos bagages, vous procurer de nouveaux billets, autant de soucis que vous n'aimez pas avoir en cours de route. Ces deux formalités vous sont évitées sur le P. L. M... C'est ainsi que vous pouvez obtenir au départ de toutes ses gares des billets directs pour Combloux, Megève et Villard-de-Lans, stations d'altitude reliés, les deux premières à la gare de Sallanches, la troisième à celle de Grenoble par des services d'autocars en correspondance avec le chemin de fer. Vous n'avez donc plus, à la descente du train, à vous procurer un billet d'autocar. Le billet qui vous a été délivré par votre gare de départ, vous suffit pour le parcours total : voie ferrée et route. Vous bénéficiez de la même facilité pour l'enregistrement de vos bagages qui est effectué désormais de bout en bout.

Megève et Combloux sont respectivement à 13 km. et à 8 km. de la gare de Sallanches (six relations par jour), Villard-de-Lans à 32 km. de celle de Grenoble (cinq relations par jour).

eu l'honneur de travailler avec lui. En ne peut imaginer cerveau plus fécond. Le nombre des techniques qui lui sont dues est immense. Mais il n'avait jamais souci d'affirmer une parternité si honorable. Que de fois on lui disait : « Il faut faire une note à l'Institut et prendre date ». Il n'envoyait rien du tout, montrait un nouveau réactif ou sa nouvelle méthode à ses élèves, à ses collègues, aux passants ; et, un beau jour, on lisait dans une revue parisienne ou allemande que tel docteur ou tel professeur venait d'inventer un procédé imbattable pour déceler les taches de sang ou pour reconnaître telle fraude. Il existe quelques réactifs de Florence. Il y en a en réalité des douzaines, pris au nid par des coucous, et reconnus par des pères que l'enfantement n'a pas fatigués.

Ce n'est pas toujours par son expression dogmatique que l'individualisme du médecin commet des excès : il agit, aussi fâcheusement, par les doutes qu'il infuse à ceux qui se confient à lui. Rien de moins reposant quand on vous a dicté une médication ou bien un régime que d'en entendre la critique, lorsqu'on à soif de s'en remettre à un guide de rencontrer les cepticisme chez celui-ci ou chez un autre membre de la secte. Or, le scepticisme est un des traits, on pourrait dire une des tares de l'individualisme médical. Il ne respecte pas les oracles que lui-même il émet.

Lorsqu'un tel médecin exerce des fonctions professorales, la tendance outrée de son esprit le conduit au système. Aucun système défendable en matière biologique. Les forces de la vie ne souffrent ni chaînes, ni formules. Tôt ou tard, elles brisent les règles auxquelles on a cru les astreindre. De quel profit est cette libération si le cerveau qui les forgea est devenu leur esclave ? Tout individualiste qui enseigne tend à fonder une chapelle. Il officie devant un auditoire complaisant. S'il jouit d'influence, ce sera une église ou une abbaye, à la manière de celles des siècles de guerres religieuses, c'est-à-dire, en même temps, des citadelles. Retranché volontairement à l'abri de leurs créneaux, sans contact avec l'extérieur qu'il dédaigne, le pontife y dogmatise. Il manie l'encensoir vis-à-vis de sa religion, et par conséquent de lui-même, admet quelques saints précurseurs à condition qu'il les ait déterrés de ses mains et que nul autre n'agite ces cadavres. Contre les dissidents, il brandit la férule ; aux disciples, il destribue les disciplines. De ceux qui le suivent, bien peu nombreux qui ne se prennent par prescriptions et proscriptions à la lettre.

En médecine expérimentale, les excès de l'individualisme ne sont pas moindres. Mais là, si brillamment qu'on les conduise, ils rencontrent le vivant rempart des faits. Il n'est rien de tel qu'un fait bien établi pour arrêter, pour refouler une théorie. Qui s'entête est brisé. En fin de lutte, c'est toujours le bon sens qui l'emporte. Avant sa victoire, que de temps perdu ! Sans compter qu'elle ne pare point à tous les dégâts. Le cerveau le plus souple ne se débarrasse pas aisément, pas toujours aisément des erreurs qu'il a hébergées avec complaisance.

La guillotine avant Guillotin. — *M. Paul Vinson, dans une lettre adressée au* Mercure de France (15 juillet 1935) *y écrit :*

Dans son numéro du 1er avril, le *Mercure de France*, p. 121, pose la question de la guillotine avant la Révolution. A l'indication donnée par M. P.-G. qui établit que la chose sinon le nom existait avant la Révolution (Bohême, XVe siècle, P. Labat, 1709), il faut ajouter la mention très précise donnée par les *Mémoires de Puységur* de la « machine » qui servit à décapiter Montmorency, le 30 octobre 1632. C'était une « doloire », une lame très aiguisée, suspendue par une corde et tombant de très haut entre deux planches.

Tamisey de Laroque a étudié la question, qui a fait plusieurs fois l'objet de plusieurs échanges de vues dans l'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* de 1876 et 1877. Il faut remarquer que l'emploi d'un appareil perfectionné sous Richelieu vint certainement de la difficulté de couper la tête à quelqu'un à la hache, au sabre ou couteau. Le récit de l'exécution de Henry de Talleyrand, comte de Chalais, victime de Mme de Chevreuse, montre que le bourreau occasionnel et inexpérimenté dut s'y reprendre à dix-sept fois pour lui séparer la tête du corps (1628).

Certains ultras en 1816, eussent voulu la suppression de la guillotine, en raison de sa gloire pendant la Révolution, et le rétablissement de la roue et de la potence, ainsi que de la hache pour les nobles. Cette initiative, qu'il serait intéressant d'étudier faisait dire à une vieille émigrée : « quel bonheur, on va nous rendre nos anciens supplices ! »

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 33 LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 AOUT 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade de commandeur.* — M. G. Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade d'officier. — M. Léon Binet, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; le Docteur Girel, chef de cabinet du ministre de l'Education nationale.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Mascarel (de Brulon, Sarthe) et M. le médecin capitaine Lestelle.

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Cézilly (de Marseille).

Au grade d'officier. — M. le Docteur Edgard Zunz, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, membre et ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Nous sommes heureux d'adresser nos très vives félicitations à notre éminent et aimable confrère qui vient de présider avec tant d'autorité la XIVe session des Journées médicales de Bruxelles.

Faculté de médecine de Paris. — *Service des vacances 1935.* — La bibliothèque rouvrira :

1° Du 2 au 15 septembre, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 17 heures.

2° Du 16 au 30 septembre, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 14 à 18 heures.

Reprise du service normal quotidien (séances du soir compris) à partir du 1er octobre.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur RATHERY). — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré du 14 au 26 octobre* 1935. — Ce cours sera fait par M. le Professeur RATHERY avec la collaboration du Professeur TERRIEN, du Professeur JEANNIN, de M. PLANTEFOL, des Docteurs THALHEIMER, BOLTANSKI, FROMENT, Docteurs DÉROT, Germaine DREYFUS-SÉE, KOURILSKY, Julien MARIE, MOLLARET, SIGWALD et DOUBROW.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Etude biologique du diabète* : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. — Les troubles du métabolisme dans le diabète. — Le métabolisme basal chez les diabétiques. — L'acidose diabétique. — La physio-pathologie du diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude chimique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif. — Le diabète infantile. — Le diabète rénal. — Le diabète bronzé. — Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). — Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux. — Les accidents oculaires. — Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. — Les accidents cardio-vasculaires. — Le collapsus cardiaque. — Les gangrènes diabétiques. — Le coma diabétique. — Tuberculose et diabète.

V. *Les thérapeutiques du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. — L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. — Les traitements chimiques et hydrologiques. — Les succédanés de l'insuline. — Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. — L'insulino-résistance. — Le traitement du coma diabétique. — Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. — Diabète et chirurgie. — L'avenir du diabétique.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du cours seront initiés, par petits groupes, aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : Le dosage du sucre urinaire ; Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hydroglycémie provoquée ; Le pH et la réserve alcaline ; La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide bêta oxybutyrique ; Le métabolisme basal ; Les lésions anatomo-pathologiques.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme PLANTEFOL et Mlle LÉVINA : M. le Docteur DOUBROW et M. DE TRAVERSE, chefs de laboratoire.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur RATHERY.

INSCRIPTIONS. — Les inscriptions à ce cours sont reçues, dès maintenant à la Faculté de médecine soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1935-1936.) — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 20 janvier 1936, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du lundi 4 au vendredi 15 novembre 1935 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le vendredi 15 novembre 1935, à 17 heures, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1935-1936.) — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 16 janvier 1934, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 à 17 heures, du lundi 4 au vendredi 15 novembre 1935 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le vendredi 15 novembre 1935, à 17 heures, dernier délai.

Semaine médicale internationale en Suisse. — Organisée par le *Journal Suisse de médecine*, la réunion aura lieu à Montreux, du 9 au 14 septembre 1935, sous le patronage du haut Conseil fédéral de la Confédération Suisse.

Dimanche 8 septembre 1935, réunion des participants et de leurs familles, au Casino de Montreux, dès 20 h. 30.

LUNDI 9 SEPTEMBRE 1935, ouverture de la Semaine médicale internationale par M. le Conseiller fédéral Docteur Etter. — *Thérapie générale* : Prof. Sir HENRY DALE, Londres : Die Pharmakologie des Mutterkorns ; Geh. Rat. Prof. W. STRAUB, Munich : 150 Jahre Digitalistherapie ; Prof. F. DE QUERVAIN, Berne : Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kropfprophylaxe ; Prof. L. BRUNSCHVICG, Paris : Intelligence et intuition. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1935. — *Vitamines et hormones* : Prof.

P. Karrer, Zurich : Die neuere Entwicklung der Vitaminsforschung ; Geh. Rat Prof. von Müller, Munich : Die neueren Anschauungen über Fettsucht, ihre Entstehung und Bekampfong ; Prof. J. Bauer, Vienne : Ueber die Beziehungen der endokrinologie zur Vererbungslehre ; Prof. E. Laqueur, Amsterdam : Mannliches und weibliches Hormon ; Prof. E. Abderhalden, üHalle : Ueber die Abhangigkeit des Vitamin und Hormonsbedarfs von bestimmten Bedigungen ; Prof. H. E. Sigerist, Baltimore : L'inquiétude actuelle dans le monde médical.

Mercredi 11 septembre 1935. — *Pathologie interne* : Prof. G. Sanarelli, Rome : Les allergies hémorragiques dans la pathologie humaine et expérimentale ; Prof. Ch. Nicolle, Tunis : Les infections inapparentes ; Prof. A. Lemierre, Paris : Les septico-pyohémies à bacillus funduliformis ; Prof. R. Staehelin, Bâle : Die Atmungsinsuffizienz und ihre Behandlung ; Prof. Egas Moniz, Lisbonne : Résultats cliniques de l'angiographie cérébrale. *Visite des cliniques universitaires à Lausanne* : Prof. L. Michaud, Lausanne : Questions actuelles de pathologie clinique des névropathies.

Jeudi 12 septembre 1935. — *Pédiatrie et alimentation* : Prof. P.-A.-A. Nobécourt, Paris : Les insuffisances de croissance staturale ; Prof. E. Feer, Zurich : Die vegetative Neurose des Kleinkindes (Akrodynie). — Excursion à Broc et visite des usines Nestlé.

Vendredi 13 septembre 1935. — *Cancer et radiothérapie* : Prof. M. Askanazy, Genève : Le rôle des études expérimentales sur les tumeurs ; Prof. I. Holmgren, Stockholm : La tuberculine et le B. C. G. dans le cancer de l'estomac ; Prof. H Hartmann, Paris : Les radiations et le bistouri dans le traitement des cancers ; Prof. R. Rosselet, Lausanne : La radiothérapie fonctionnelle ; Prof. E. Bürgi, Berne : Neue wissenschaftliche Wege der Balneologie ; Prof. P.-M. Besse, Genève : La physiothérapie lacustre. – Soirée reservée aux discussions et libre échange de vues entre les participants de la S. M. I.

Samedi 14 septembre 1935. — *Questions actuelles* : Prof. F. Verzar, Bâle : Neue Erkenntnisse über dise Resorption aus dem Darm ; Geh.-Rat Prof. E. Payr, Leipzig : Neue Gesichtspunkte zur Behandlung von Gelenkkrankheiten ; Prof. Y. Diaz, Madrid : Le métabolisme dans les affections musculaires ; Prof. W. Maier, Zurich : Die Biologie der Taxikomanien.

Les séances commenceront à 9 heures précises au Montreux-Palace. Les conférences générales auront lieu vers la fin de l'après-midi. Les conférences seront données dans la langue qu'indique le programme.

Il est prévenu à côté des conférences quelques manifestations scientifiques et mondaines : visite des institutions médicales, telles que la nouvelle clinique médicale de l'Université de Lausanne sous la conduite des membres de la Faculté, déjeuner offert par le Conseil d'Etat vaudois au Château de Chillon, réception dans la propriété du Docteur Klebs, à Nyon, banquet pour les participants (les dames y seront les bienvenues), invitation de la maison Nestlé et visite de ses usines de Broc, pour laquelle des autos seront mises à disposition, excursion en Gruyère.

Un Comité de dames sera à la disposition des familles des participants.

Il y aura une exposition de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux. Les participants bénéficieront de faveurs spéciales pour le voyage et le séjour : les chemins de fer fédéraux accorderont une réduction de 15 à 45 % au sujet de laquelle tout renseignement sera fourni par le secrétariat de la S. M. I. ; le chemin de fer Montreux-Oberland-Bernois ainsi que les sept chemins de fer de montagne régionaux émettront des billets à retour gratuit. Entrée libre à Montreux-Plage, au Casino, etc. Autres réductions pour visite des curiosités locales. Les hôtels de Montreux accorderont une réduction spéciale de 10 % sur le prix de séjour et de pension.

L'aéroport le plus rapproché avec correspondances internationales est Lausanne.

La taxe d'inscription pour la participation à la S. M. I. s'élevant à 10 francs suisses, et donnant droit à la remise gratuite du volume des comptes rendus de la S. M. I., est à verser au Secrétariat de la S. M. I. (Compte de chèques postaux V 12098 Bâle, ou par chèque de banque).

Pour tout renseignement complémentaire prière de s'adresser au Secrétariat de la Semaine médicale internationale en Suisse, Klosterberg 27, Bâle (*Journal Suisse de Médecine*).

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Phytothérapie, par le Docteur Cuguillère. Tome I. Poudres. Editions Maloine, Paris.

L'auteur étudie les plantes susceptibles de donner les meilleurs résultats thérapeutiques. Grâce au plan adopté et à une nouvelle et très huereuse présentation, le médecin trouvera immédiatement les indications posologiques et thérapeutiques dont il a un besoin immédiat et pourra se réserver de lire secondairement la documentation complète de chacune des plantes qu'il aura formulées.

L'Année hydro climatologique (1934), par Maurice Uzan. Un vol. in-8° de 200 pages, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

L'hydro-climatologie médicale a pris une importance de plus en plus grande et un caractère de plus en plus scientifique.

De nombreuses publications chaque année lui apportent une contribution qui mérite d'être connue des médecins.

Disséminés dans des livres spécialisés, des revues très variées, ou dans des communications faites à des sociétés savantes très diverses, ces travaux peuvent parfois passer inaperçus pour le praticien.

Réunir chaque année, dans une synthèse aussi concise que possible et aussi simple qu'il se doit, la plupart des recherches scientifiques, des observations cliniques ou les revues d'ensemble concernant cette branche désormais majeure de la médecine, tel est le but poursuivi par « l'année hydro-climatologique », qui permettra ainsi à chacun de se mettre rapidement au courant et de retrouver aussitôt la référence bibliographique désirée.

Des petits mementos à la fin de l'ouvrage rappellent les indications des principales stations françaises.

La Goutte larvée. *Pneumopathie goutteuse primitive*, par le Docteur H. Boulommier. In-8° de 52 pages, 8 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Cette monographie, comportant une observation très détaillée de Pneumopathie goutteuse primitive, a pour but d'attirer l'attention sur les manifestations possibles de la goutte, d'un diagnostic excessivement difficile, capables d'entraîner de lourdes erreurs de pronostic et de traitement.

L'auteur expose ses idées sur l'origine neuro-endocrinienne probable de la goutte, ne voyant dans l'acide urique que le résultat et non la cause de la maladie : « On n'est pas goutteux, dit-il, parce que l'on fait de l'acide urique en excès, mais on fait de l'acide urique en excès *parce que l'on est goutteux* ». Et il blâme les régimes alimentaires inutilement et quelquefois dangereusement trop sévères, tandis qu'il insiste sur l'utilité d'une hygiène générale bien comprise.


PILULES
DU Dr. DEBOUZY
OPOTHERAPIE
BILIAIRE
INTEGRALE
INSUFFISANCE
HEPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTERES
CONSTIPATION
ENTEROCOLITE
PAR JOUR
LABORATOIRES LONGUET
RUE SEDAINE PARIS

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
Hôpital des Enfants Malades

Sur une fille de quatorze ans guérie d'une péricardite et d'une péritonite tuberculeuses avec épanchement [1]

Par le Professeur P. NOBÉCOURT

La malade, dont je vais vous entretenir, a été l'objet de ma leçon du 6 décembre 1930, publiée dans le *Journal des Praticiens* du 11 avril 1931 : *Terminaisons et suites des péricardites tuberculeuses avec épanchement séro-fibrineux ou hémorragique chez l'enfant. Influence du traitement.*

Son observation est également relatée par M. Jean Gouyen dans sa *thèse de Paris*, soutenue en 1932 : *Recherches cliniques sur la tuberculose du péricarde. Participation du myocarde et traitement.*

Marie, que je vous présente, est née le 26 juin 1921.

Ses parents sont morts de tuberculose, l'un d'eux, avec qui elle a vécu, en 1930.

Le 9 juin 1930, à l'âge de 8 ans 11 mois, elle est prise d'un syndrome abdominal douloureux, qui fait penser à l'appendicite ; elle est amenée dans le service de chirurgie. Ce syndrome rétrocède rapidement ; le diagnostic d'appendicite est éliminé.

Le 13 juin, Marie est envoyée à la salle Parrot.

Elle présente une fièvre continue, à 39°-40°.

A l'examen clinique et radiologique, nous découvrons une péricardite avec épanchement.

Le 18 juin, une ponction du péricarde par voie épigastrique retire 20 à 25 c.c. de liquide séro-hémorragique, dans lequel on trouve des lymphocytes, des cellules endothéliales, et qui tuberculise le cobaye.

Le cœur est gros ; il existe un syndrome myocardique.

Le liquide se résorbe rapidement.

A partir du 20 juin, la fièvre s'abaisse graduellement et, le 25, l'apyrexie s'installe.

L'état s'améliore. La température est généralement apyrétique, avec de temps en temps des périodes fébriles de courte durée, pendant lesquelles elle ne dépasse pas 38°.

Finalement, à partir de la mi-octobre, la température reste normale.

Au début de décembre, au moment de ma leçon, Marie est âgée de 9 ans 5 mois.

Le début de sa péricardite remonte à six mois.

Son état général est bon. Elle n'a pas de dyspnée ; mais, bien qu'elle garde le lit, elle présente de la tachycardie ; le pouls est habituellement à 120.

Le cœur, dont le volume a un peu diminué, est toujours gros, la matité précordiale et l'orthodiagramme sont agrandis. Ses bruits sont normaux ; le second bruit à la base est fort ; il y a un rythme fœtal ; on ne perçoit pas de frottement.

Sur l'électrocardiogramme on constate les caractères du rythme fœtal, la prédominance du ventricule droit, un trouble de la contractilité du myocarde.

La foie est gros, il mesure 13 cm. et dépasse le rebord costal de trois travers de doigt.

A l'examen du thorax, on trouve à la base droite de la submatité, une respiration faible et, de temps en temps, quelques frottements pleuraux.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le diagnostic probable est celui de péricardite chronique évoluant vers une symphyse du péricarde, réalisant le tableau clinique du foie cardio-tuberculeux d'Hutinel, et accompagnée d'altérations du myocarde.

Le pronostic est très réservé.

Après la leçon, Marie reste à l'hôpital. J'en ai parlé de nouveau dans ma leçon du 30 janvier 1932, publiée par le *Journal des Praticiens* du 30 avril 1930, *Sur un garçon atteint d'une symphyse du péricarde et d'une médiastinite tuberculeuse avec volumineux œdème et gros cœur.*

En janvier 1931, lorsque Marie est âgée de 9 ans 6 mois apparaît une ascite qui devient abondante et se reproduit après les ponctions. Elle est traitée par les rayons ultra-violets.

Le 2 février, la première ponction retire 2 litres 750 de liquide. On y trouve, en grand nombre, des lymphocytes et des cellules endothéliales, avec quelques polynucléaires. A l'examen chimique on dose, par litre :

Extrait sec	39 gr.
Albumines totales	62 gr. 50
Sérine	50 gr. 50
Globuline	12 gr.
Sérine / Globuline	4,2

Le 23 mai, une seconde ponction retire 3 litres 250 de liquide ; on fait une injection d'azote dans le péritoine.

Durant les mois de septembre et d'octobre, le liquide se résorbe peu à peu ; en novembre il disparaît.

L'ascite a donc duré environ dix mois.

Cette ascite est due à une péritonite tuberculeuse. En outre, on peut penser à l'intervention possible d'une stase d'origine hépatique, étant donnée la persistance d'un gros cœur et de l'hépatomégalie.

Pendant l'évolution de l'ascite on note un état subfébrile habituel ; la température ne dépasse pas 37°8 ou 38° le soir.

Pendant longtemps, il y a de la submatité et une respiration soufflante dans la région interscapulo-vertébrale, de la submatité et quelques frottements pleuraux aux bases. Il n'y a pas d'épanchement pleural.

Le 27 juin, sur une radiographie du thorax on voit, à droite, une région hilaire et paracardiaque chargée et surtout des tractus vasculaires marqués.

Pendant cette longue période, on relève de nombreux orthodiagrammes, sur lesquels on fait les mensurations suivantes :

	D' G'	G G'	D' G' / G G'	Flèche du ventricule gauche
3 décembre 1930	10 cm. 2	5 cm. 2	1,96	0 cm. 8
[illegible] janvier 1931	9 cm. 7	4 cm. 6	2,10	0 cm. 5
14 janvier	10 cm. 3	6 cm. 3	1,63	0 cm. 9
24 juin	10 cm.	6 cm. 7	1,49	1 cm. 7
2 décembre	9 cm. 6	6 cm. 5	1,48	1 cm. 3

Somme toute, le volume du cœur se modifie peu, mais le ventricule gauche grossit, comme le démontre la forme même de l'orthodiagramme et la diminution du rapport D'G' / GG'.

La matité précordiale est grande ; elle déborde largement le sternum à droite.

La mobilité de la pointe du cœur dans les changements de position est difficile à préciser.

Les battements du cœur sont forts et étendus.

La tachycardie est permanente à 100-120 ; le pouls est

(1) Leçon du 15 juin 1935.

régulier. Il existe un rythme fœtal. Les bruits sont bien frappés. On n'entend pas de frottements péricardiques.

En juin, pendant quelques jours, on perçoit un bruit de galop.

La pression artérielle est de 9 à 9,5 pour la Mx. de 5,5 à 6,5 pour la Mn.

Les électrocardiogrammes recueillis le 1er juillet et le 11 décembre présentent les mêmes caractères que celui du 20 octobre 1930. Ils traduisent le rythme fœtal, la prédominence du ventricule droit, des troubles de la contractilité du myocarde.

Le foie reste gros pendant longtemps. En février il dépasse de cinq travers de doigt le rebord costal ; l'hypertrophie prédomine au niveau du lobe gauche : la surface est lisse.

En août, le foie reste assez gros. Ensuite il diminue. Le 16 novembre il n'est plus gros ; sur la ligne mamelonnaire, il dépasse seulement d'un centimètre le rebord costal.

La rate a toujours des dimensions normales.

On ne trouve jamais d'albumine dans les urines,

Le 13 décembre 1931, Marie part pour Cannes. Elle est alors âgée de 10 ans 5 mois. Elle va bien, sauf un léger état subfébrile irrégulier.

Il semble qu'on puisse éliminer le diagnostic d'une symphyse du péricarde en voie de constitution ; tout au moins il n'en existe aucun signe précis.

Marie séjourne à Cannes pendant un an et demi.

Elle revient à la salle Parrot le 27 mai 1933. Elle a 11 ans 11 mois.

Elle est apyrétique. Son état général est bon. Son abdomen est souple, son foie a un volume normal ; on ne trouve rien d'anormal aux poumons : le pouls bat à 108, la pression artérielle est de 9,5 pour la Mx, de 7,5 pour la Mn.

Sur les radiographies du thorax prises de face, on constate : à droite, au niveau du hile et à la région paracardiaque, des tractus vasculaires très apparents et quelques calcifications ; à gauche, peu de chose.

Sur la radiographie de profil, l'espace rétrocardiaque est obscur, sauf dans la partie inférieure.

Sur l'orthodiagramme, recueilli le 17 juin, les dimensions du cœur sont un peu plus fortes que le 2 décembre 1931, sauf pour la flèche du ventricule gauche.

$$D'G' = 11 \text{ cm. au lieu de } 9 \text{ cm. } 6$$
$$G\,G' = 7 \text{ cm. au lieu de } 6 \text{ cm. } 5$$
$$\frac{D'G'}{G\,G'} = 1{,}60 \text{ au lieu de } 1{,}38$$

La flèche du ventricule gauche mesure 0 cm. 8 au lieu 1 cm. 3.

On voit que l'augmentation prédomine sur le ventricule droit.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Marie quitte l'hôpital le 30 juin 1933, à 12 ans.

Elle revient pour la troisième fois le 8 septembre 1933, à 12 ans 2 mois, pour une fièvre à 39°-40° due à une rhinopharyngite. Elle guérit rapidement et quitte le service le 20 septembre.

Depuis cette époque elle est dans un orphelinat à Saint Germain-en-Laye, en Seine-et-Oise.

Le 8 mai 1935, Marie revient pour la quatrième fois à la salle Parrot. Elle n'est pas malade. On nous l'envoie parce qu'elle n'est pas encore réglée et qu'elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Elle a 13 ans 10 mois.

Elle est apyrétique. Elle est bien développée et grosse ; elle a bonne mine.

Sa taille est de 145 cm. 5. La taille d'une fille de 13 ans 10 mois étant de 149 cm. 5, elle présente une réduction staturale de 4 cm., soit de 2,6 %. Sa taille est donc moyenne, quoiqu'un peu faible. Elle a la taille d'une fille de 12 ans 10 mois.

Ses caractères anthropométriques, comparés à ceux d'une fille de 12 ans 10 mois, sont les suivants :

	Marie	Fille de 12 ans 10 mois
B	77 cm.	76 cm. 5
S	68 cm. 5	69 cm.
$\frac{S}{B}$	0,889	0,901
Grande envergure	142 cm.	149 cm.
P	49 kg.	36 kg. 750
$\frac{P}{T}$	336	252
Pt xiphoïdien	74 cm. 5 — 76 cm. = 75 cm.	65 cm. 5
$\frac{Pt}{T}$	0,515	0,457
Coeff. Pignet	21,5	42,2
Périm. crân.	53 cm.	53 cm.

Elle présente donc un excès pondéral de 12 kg. 250, soit de 33 %, un large périmètre, un coefficient de Pignet faible. Elle a une forte corpulence.

Elle a des poils pubiens et axillaires suffisamment fournis (P^2A^3). Ses seins sont forts mais surtout adipeux ; la glande mammaire est difficile à palper. Les aréoles sont bien marquées, les mamelons ombiliqués.

Le ventre est souple et indolent, le foie normal. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Les poumons ne présentent rien d'anormal.

La matité précordiale est un peu agrandie ; le bord droit dépasse le sternum de 2 cm. Le second bruit est un peu fort au foyer pulmonaire et aortique.

Le pouls est régulier, sa fréquence normale. La pression artérielle prise au Vaquez est de 10 pour la Mx, de 6,5 pour la Mn.

Sur l'orthodiagramme du cœur en position frontale, dessiné le 15 mai, le cœur gauche paraît normal, le bord droit dépasse largement la ligne médiane.

$$D'G = 9 \text{ cm. } 4$$
$$G\,G' = 6 \text{ cm. } 4$$
$$\frac{D'G'}{GG'} = 1{,}48$$

La flèche du ventricule gauche mesure 1 cm. 2.

Sur l'orthodiagramme en position oblique gauche, l'oreillette gauche bombe dans l'espace clair postérieur.

Sur les radiographies en position frontale et en position oblique, le cul-de-sac diaphragmatique droit est comblé.

L'électrocardiogramme n'offre rien d'anormal ; il n'y a aucun trouble du rythme, aucune anomalie notable de la conduction.

Le 30 mai, à 13 ans 11 mois, Marie a ses premières règles, elles sont indolores, d'intensité moyenne et durent six jours.

Notons une petite élévation thermique à 37°6-37°8 du 24 mai au 1er juin.

A titre documentaire, je vous signale que M. Simonnet, du laboratoire Byla, a dosé dans les urines recueillies le 22 mai, par litre, 15 U. R. de folliculine et moins de 10 U. I. d'hormone gonadotrope.

Le poids reste élevé.

10 mai	49 kg. 900
18 mai	51 kg. 700
25 mai	51 kg. 090
1er juin	50 kg. 200
8 juin	51 kg.

Le 29 mai, le Docteur Lebée a étudié le métabolisme de base ; il est de 33 calories par heure et mètre carré. La moyenne pour l'âge étant de 46,5 et pour la taille de 48, le métabolisme est abaissé respectivement de 13,5, soit 29 %, et de 15, soit 31 %.

Telle est l'histoire de Marie.

Un peu avant 9 ans, elle a une *péricardite tuberculeuse* avec épanchement séro-hémorragique, accompagnée d'une

fièvre continue à allures de fièvre typhoïde, qui dure seize jours. On constate un syndrome myocardique et un gros foie.

Après la ponction du péricarde le liquide se résorbe.

A la fièvre du début succède un état subfébrile irrégulier qui persiste pendant seize mois.

Pendant ce temps, six mois environ après la résorption du liquide péricardique, débute une *péritonite tuberculeuse* avec épanchement séro-fibrineux. On fait deux ponctions. Le liquide se résorbe au bout de dix mois. On ne trouve pas de signes de tuberculose pulmonaire ; on n'entend que quelques frottements pleuraux. Le syndrome myocardique et l'hépatomégalie persistent.

Marie quitte l'hôpital à 10 ans 5 mois, après un séjour de dix-sept mois.

Elle est cliniquement guérie de sa tuberculose du péricarde et du péritoine.

Nous la revoyons un an et demi plus tard. Elle est apyrétique ; son état général est bon, son foie normal. Son cœur présente encore quelques troubles.

Actuellement, cinq ans après le début de la maladie, elle paraît être guérie de sa tuberculose, son cœur est très amélioré, mais elle est obèse.

Il est intéressant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette longue histoire, car elle est fertile en enseignements.

Je parlerai de l'évolution favorable de la péricardite et de la péritonite tuberculeuse, du syndrome myocardique et de l'hépatomégalie qui ont accompagné et suivi la péricardite ; de l'influence qu'a pu avoir la tuberculose des séreuses sur la croissance staturale et la puberté ; de l'obésité que présente actuellement notre malade.

***

Marie est un exemple de *ces polysérites viscérales tuberculeuses subaiguës*, auxquelles j'ai consacré ma leçon du 17 mars 1928, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur la *Tuberculose*.

Les séreuses, la plèvre, le péricarde, le péritoine peuvent être atteints simultanément ou successivement par le processus tuberculeux. Le fait est fréquent chez les enfants.

Des combinaisons diverses peuvent être réalisées. Il y a, le plus souvent, pleurésie et péritonite, rarement pleurésie et péricardite, quelquefois pleurésie, péricardite et péritonite, exceptionnellement péricardite et péritonite.

La succession d'une péricardite et d'une péritonite chez Marie mérite donc d'être signalée.

Chez Marie, la PÉRICARDITE a un début aigu, ce qui est assez fréquent.

Comme dans beaucoup d'évolutions tuberculeuses chez l'enfant, quelle que soit la localisation de la tuberculose, la fièvre a une allure de fièvre typhoïde ou paratyphoïde ; on peut parer de typho-bacillose.

Mais rapidement apparaissent les signes physiques de la péricardite, des frottements, puis les signes liés à la présence du liquide ; ils permettent de poser le diagnostic.

L'évolution est favorable. La fièvre baisse en lysis et disparaît au bout d'une vingtaine de jours ; le liquide se résorbe.

Cette évolution favorable n'est pas une exception, elle n'est cependant pas la plus fréquente.

La résorption est plus ou moins rapide ; elle s'effectue tantôt en une ou deux semaines, tantôt en cinq ou six mois, tantôt entre ces extrêmes.

Dans ma leçon du 6 décembre 1930, à propos de Marie, j'ai réuni dix observations de péricardite tuberculeuse dans lesquelles l'épanchement se résorbe.

Dans trois cas seulement les malades ont été suivis assez longtemps pour qu'on puisse penser à la guérison.

Deux de mes malades se trouvent dans ce cas : Jacques et Danielle.

J'ai présenté Jacques dans ma leçon du 18 mars 1922, sur *La péricardite tuberculeuse avec épanchement chez les enfants* ; cette leçon se trouve dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire*.

A 8 ans 9 mois, ce garçon est pris de fièvre et présente des signes de péricardite avec épanchement. Le trente-huitième jour, une ponction retire 15 c. c. de liquide séro-fibrineux, contenant des lymphocytes. Le malade sort de l'hôpital trois mois après le début de la maladie ; il n'a plus de signes de péricardite, mais la fièvre persiste. D'après les nouvelles, que nous avons reçu dix-huit mois après le début, l'enfant se porte bien.

L'histoire de Danielle est relatée dans ma leçon du 17 mai 1924, sur *Pleurésie et péricardite tuberculeuses avec épanchement séro-fibrineux chez l'enfant*, qui se trouve dans le même livre de *Clinique*.

A 13 ans 5 mois, cette fille est prise de fièvre. A 13 ans 8 mois, nous constatons une pleurésie droite avec grand épanchement séro-fibrineux et une péricardite avec liquide séro-fibrineux. La ponction du péricarde retire 700 c. c. de liquide ; celui-ci ne se reproduit pas.

La malade quitte l'hôpital à 14 ans. Elle n'a pas de fièvre, pas de signes de péricardite, ni de pleurésie.

Nous la revoyons à 14 ans 10 mois, dix-sept mois après le début de la maladie. Avec Henri Janet nous la présentons à la *Société de pédiatrie de Paris* le 16 juin 1925. Elle paraît guérie de sa pleuro-péricardite tuberculeuse. Elle n'a aucun signe de péricardite ; on constate seulement à l'examen radiologique une légère augmentation de volume du cœur.

Le troisième malade est celui dont M. d'Amoudrut a relaté l'observation à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 1er juin 1925.

Il s'agit d'un garçon de 13 ans. Il est atteint d'une péricardite subaiguë. Au bout de six mois, on fait deux ponctions du péricarde, chacune de 150 c. c. Dix-sept mois après le début, l'enfant paraît guéri.

Ces trois malades ont été suivis seulement pendant dix-sept ou dix-huit mois après le début de la péricardite. Ce temps est trop court pour qu on puisse affirmer la guérison.

Pour Marie, cinq ans après la péricardite, on ne trouve pas de séquelles appréciables. On peut, je pense, parler de guérison définitive.

Marie et les trois autres malades ont été soumis au traitement général de la tuberculose et n'ont subi d'autre intervention locale que des ponctions du péricarde.

Comme je le disais dans ma leçon du 6 décembre 1930, la guérison est vraisemblablement le résultat d'une tendance spontanée à une évolution favorable.

Cette tendance se rencontre également pour la péritonite tuberculeuse.

La PÉRITONITE, chez notre malade, débute environ six mois après la terminaison clinique de la péricardite. Son début est insidieux, presque apyrétique.

On peut se demander si l'infection du péritoine par le bacille de Koch s'est effectuée au moment des manifestations cliniques ou bien si celles-ci ne traduisent par l'entrée en évolution d'un processus occulte remontant à l'époque de la péricardite.

En effet, au début de la péricardite, en même temps que la fièvre, l'enfant a présenté un syndrome abdominal douloureux qui a fait penser à une appendicite. A l'appui de cette hypothèse, il existe des faits de péritonites tuberculeuses occultes, sinon latentes.

Chez l'adulte, MM. Joltrain et Bauffle, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 27 décembre 1918, ont attiré l'attention sur les *faux entéritiques par péritonéo-bacillose latente* ; MM. Castaigne et Paillard, dans le *Journal médical français* de juillet 1919, ont décrit une *péritonite tuberculeuse chronique discrète consécutive à la pleurésie séro-fibrineuse*.

J'ai signalé ces faits dans ma leçon du 31 mai 1924, sur *Les premières phases cliniques de la péritonite tuberculeuse chez les enfants*, reproduite dans mon livre de *Clinique* sur la *Tuberculose*. Ils paraissent rares chez l'enfant.

◆

En tout cas Marie n'a pas présenté les symptômes discrets observés en pareil cas : douleurs abdominales, poussées diarrhéiques, ballonnement du ventre.

Chez Marie, l'ascite a duré dix mois ; elle a été abondante et s'est terminée par résorption.

Cette évolution subaiguë et longue de la péritonite ascitique est la plus commune.

Dans ma leçon du 8 janvier 1927, sur *L'avenir des enfants atteints de péritonite tuberculeuse* ; *Péritonite tuberculeuse et rayons ultra-violets*, qui se trouve dans le livre de *Clinique*, que je viens de citer, je signale que, le plus souvent, la disparition du liquide s'effectue au bout de deux à sept mois.

La terminaison est en général favorable; mais assez souvent après la résorption du liquide on constate la persistance de gâteaux péritonéaux.

Il faut suivre l'enfant pendant longtemps avant d'affirmer la guérison.

Je cite dans ma leçon quatorze cas de péritonite ascitique. Un malade est mort, huit sont en voie de guérison lorsqu'ils sont perdus de vue, trois sont revus au bout d'un temps plus ou moins long et peuvent être considérés comme cliniquement guéris.

Ce sont :

Un garçon tombé malade à 7 ans, revu à 10 ans, trois ans après le début.

Une fille — — à 9 ans, revue à 15 ans, six ans après le début.

Une fille — — à 9 ans, revue à 12 ans, deux ans quatre mois après le début.

Un garçon — — à 13 ans, revu à 14 ans et demi, un an sept mois après le début.

Une fille — — à 10 ans, revue à 15 ans et demi, cinq ans et demi après le début.

Chez Marie le début de la péritonite remonte à l'âge de 9 ans et demi. Actuellement, à 14 ans, quatre ans et demi après le début, elle paraît guérie.

Marie a été traitée pendant longtemps par les rayons ultra-violets. Ceux-ci paraissent avoir eu une action favorable, mais ils n'ont pas abrégé la durée de la péritonite.

Ce fait confirme l'opinion que j'ai émise dans ma leçon et dans un mémoire sur *Péritonite tuberculeuse et rayons ultra-violets*, publié dans *Paris Médical* du 25 juin 1927, avec M. Ilitch Dragolioub.

Voici ce que j'écrivais : « Les péritonites ascitiques ont une tendance spontanée vers la guérison... Les rayons ultra-violets ont une influence favorable, mais ne paraissent pas jouir d'une activité particulière. Ils paraissent surtout efficaces dans les formes ascitiques, dont le pronostic est généralement favorable ».

Sur les cinq enfants atteints de formes asciatiques, dont je viens de parler, « trois n'avaient pas reçu de rayons ultra-violets, deux y avaient été exposés ».

* * *

Marie a présenté, pendant l'évolution et après la terminaison de la péricardite, des TROUBLES MYOCARDIQUES : une grande augmentation du volume du cœur, notamment du ventricule droit, de la tachycardie et un rythme fœtal ; sur l'électrocardiogramme on remarque les caractères du rythme fœtal, une prédominance très marquée du ventricule droit et un trouble de la contractilité du myocarde.

En racontant son histoire dans ma leçon du 6 décembre 1930, « Je note le syndrome myocardique avec gros cœur, rythme fœtal, troubles relevés par l'électrocardiogramme. Ces manifestations posent la question des altérations du myocarde dans les péricardites et les symphyses tuberculeuses »...

Je suis revenu sur cette question dans la leçon du 30 janvier 1932 et M. Gouyen l'a exposée longuement dans sa thèse.

L'existence d'un syndrome myocardique au cours de la péricardite tuberculeuse explique la pathogénie du gros cœur qu'on observe dans certaines symphyses tuberculeuses du péricarde, alors que habituellement dans ces symphyses à début insidieux, le cœur garde un volume normal ou même est petit.

La pathogénie du gros cœur dans les symphyses tuberculeuses du péricarde est de même ordre que celle du gros cœur dans les symphyses rhumatismales ; le cœur est gros, parce que à la phase aiguë de la péricardite le myocarde est intéressé et se laisse distendre.

Quand la péricardite tuberculeuse évolue vers la guérison sans constitution d'une symphyse, le syndrome myocardique rétrocède, mais le myocarde reste longtemps influencé.

Pour Danielle, dont j'ai parlé tout à l'heure, au bout de dix-sept mois, il persiste seulement une légère augmentation du volume du cœur. Marie, au bout de cinq ans, a encore un gros cœur.

La régression du syndrome myocardique est longue.

Comme, en même temps que la cardiomégalie, il y a un gros foie, un syndrome cardio-hépatique est réalisé; on pense qu'une symphyse du péricarde s'installe. La symphyse cardio-tuberculeuse, le foie cardio-tuberculeux d'Hutinel réalise, en effet, un syndrome cardio-hépatique du type hépatique.

Pour Marie nous avons pensé pendant un certain temps à une symphyse cardio-tuberculeuse. C'est seulement seize ou dix-sept mois après le début de la péricardite, en constatant que le volume du foie était devenu normal, que nous l'avons éliminée. Actuellement tout permet de conclure à l'absence de symphyse.

* * *

Il est intéressant d'étudier l'influence des maladies sur la CROISSANCE STATURALE.

Marie a été suivie de 9 à 14 ans, pendant cinq années, à une période de la vie où se produit chez les filles la poussée de croissance prépubérale. Celle-ci s'effectue principalement de 9 à 12 ans ; je vous le rappelais dans ma leçon du 4 mai sur *La puberté chez les filles*.

Marie a été mesurée tous les mois pendant son séjour à l'hôpital. Voici seulement quelques mensurations. Je donne parallèlement les tailles moyennes des filles, les écarts réels et pour 100 entre les tailles de Marie et les tailles moyennes, les âges auxquels correspondent les tailles de Marie.

Dates	Ages	Tailles Marie	Tailles Moyennes	Ecarts réels	Ecarts %	Ages correspondant aux tailles de Marie
6 juin 1930	9 ans	124 cm.	120	+ 4 cm.	+ 3,37	9 ans 8 mois
26 juin 1931	10 —	126	126	0	0	—
26 nov.....	10 a. 5 m.	128	130	— 2 cm.	— 1,5	10 ans 3 mois
26 juin 1933	12 ans	139,5	142	— 2 cm.5	— 1,7	11 ans 8 mois
26 mai 1935	13 a. 11 m.	145,5	149,5	— 4 cm.	— 2,6	12 ans 10 mois

A 9 ans, Marie a une taille supérieure de 4 cm., soit de 3,3 % à la taille moyenne.

A 10 ans, elle a une taille moyenne.

A 12 ans, sa taille est inférieure de 2 cm. 5, soit de 1,7 % à la taille moyenne.

A 13 ans 11 mois, sa taille est inférieure de 4 cm., soit de 2,6 % à la taille moyenne.

Donc Marie a toujours une taille moyenne, les écarts restant dans les limites des variations physiologiques ; mais elle est d'abord un peu forte, ensuite un peu faible.

Le renversement des rapports entre la taille de Marie et la taille moyenne s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural Marie	moyen
9 ans à 10 ans 5 mois......	4 cm.	10 cm.
10 ans 5 mois à 12 ans.......	11 cm. 5	12 cm.
12 ans à 13 ans 11 mois.....	6 cm.	7 cm. 5

De 9 à 10 ans 5 mois l'accroissement de Marie est inférieur de 6 cm. à l'accroissement moyen.

De 10 ans 5 mois à 13 ans 11 mois, il est seulement inférieur de 2 cm.

Or, de 9 ans à 10 ans 5 mois évolue la tuberculose du péricarde et du péritoine. Il est donc possible que celle-ci soit responsable de la réduction de croissance staturale.

Mais lorsque l'évolution tuberculeuse s'est arrêtée, l'influence a cessé ; une réduction de 2 cm. dans l'accroissement, en effet, n'a aucune signification.

L'observation de Marie est en accord avec l'opinion de divers médecins, Hutinel et Lereboullet, Apert, Ribadeau-Dumas, etc., pour qui la tuberculose, quelle que soit sa localisation, quand elle a une évolution assez longue, entraîne une insuffisance de croissance.

Mais pour que la réduction d'accroissement soit appréciable, il faut que la tuberculose intervienne à une période où l'accroissement statural est actif.

Des observations étudiées dans ma leçon du 21 janvier 1928, *Tuberculose pulmonaire et période pubertaire chez les filles*, publiée dans mon livre de *Clinique* sur la *Tuberculose*, j'ai pu conclure : « Chez des filles de 13 à 15 ans, une tuberculose pulmonaire ayant débuté après les premières règles, c'est-à-dire après l'éclosion de la puberté, ... n'a pas troublé les phénomènes de croissance de la phase terminale de la période pubertaire ». L'accroissement statural est conforme à la moyenne.

Un phénomène important, à la fin de l'enfance, est la PUBERTÉ.

Dans mes leçons des 11 et 18 mai, sur *Les aménorrhées de la puberté*, je vous ai dit qu'à la période de la puberté, la tuberculose est une cause d'aménorrhée primaire ou secondaire.

Cette aménorrhée peut persister longtemps après la guérison. J'ai rapporté l'observation d'une fille atteinte à 10 ans d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et de pleurésie, qui guérit. A 15 ans et demi elle est bien portante, mais n'est pas encore réglée, peut-être par suite du retentissement de la péritonite sur les ovaires.

Cette influence n'est pas constante. Marie en est la preuve.

Elle nous est amenée à 13 ans 10 mois parce qu'elle n'est pas réglée.

Il n'y a là rien d'anormal. Je vous ai dit dans ma leçon du 4 mai sur *La puberté chez les filles*, que, si les premières règles surviennent généralement à 13 ans ou pendant la quatorzième année, il n'est pas rare, en dehors de tout facteur pathologique, qu'elles apparaissent seulement à 15 et même à 16 ans.

Marie présente des caractères sexuels secondaires bien développés et il paraît probable que la menstruation ne tardera pas. De fait, peu après son entrée à l'hôpital, elle a ses premières, à 13 ans 11 mois. Il n'y a donc pas de retard.

* * *

Un dernier point mérite de retenir notre attention : l'OBÉSITÉ.

Le 26 juin 1930, à 9 ans, Marie pèse 22 kg. 850. Elle a le poids moyen de son âge (22 kg. 800). Sur le poids conforme à sa taille (24 kg. 350), elle présente une réduction de 1 kg. 500, soit 6 % ; son poids est donc moyen.

Je ne parle pas de son poids pendant la maladie. Dans la suite son poids est toujours fort.

Dates	Ages	Poids	Poids correspondant à la taille	Excès pondéral réel	%
26 nov. 1931	10 ans 5 mois	32 k. 100	27 k. 100	5 k.	18
26 juin 1933	12 —	40 k. 800	32 k. 600	8 k. 200	25
8 juin 1935	13 — 11	51 k.	36 k. 750	14 k. 200	38

Si on admet qu'un excès pondéral de 15 % est la limite inférieure de l'obésité, on peut dire que, depuis sa guérison Marie présente une obésité de plus en plus importante.

Actuellement elle a une forte obésité. Celle-ci revêt les caractères de l'obésité simple. Il n'existe aucun trouble endocrinien, aucun trouble du mésencéphale. Certes son métabolisme de base est inférieur de 31 % à la moyenne ; mais on ne peut en conclure à l'existence d'une hypothyroïdie, dont il n'y a aucun symptôme. Les faits de ce genre ne sont d'ailleurs pas rares ; je les ai signalés avec L. Lebée dans le *Traité de médecine des enfants*.

On peut se demander si la tuberculose qu'a eue Marie joue un rôle dans le développement de l'obésité.

Le Professeur Mouriquand a constaté la fréquence de l'obésité chez les enfants atteints de tuberculoses chroniques, tumeurs blanches, coxalgies, adénites cervicales. Antonin Poncet pensait que les tuberculoses torpides réalisent une petite intoxication qui détermine à la longue un véritable arthritisme. D'après M. Paul Le Gendre, les lymphatiques, les scrofuleux peuvent devenir arthritiques. Or, on sait que l'arthritisme est un facteur de l'obésité.

Mais il ne faut pas oublier la vie sédentaire et la forte alimentation des tuberculeux.

Ces facteurs me paraissent jouer un rôle important pour Marie qui est une forte mangeuse.

Chez Marie, l'obésité n'a pas influencé l'évolution sexuelle ; elle a des caractères secondaires normaux, et est réglée à l'âge habituel. Contrairement à une opinion souvent soutenue, l'obésité n'exerce pas d'influence sur ces phénomènes.

* * *

Nous avons suivi Marie de 9 à 14 ans. Son observation montre la curabilité de la péricardite et de la péritonite tuberculeuses à épanchement séro-fibrineux, la curabilité du syndrome myocardique qui a accompagné la péricardite tuberculeuse et a persisté après elle.

Elle montre l'influence possible de l'évolution tuberculeuse sur la croissance staturale, qui a été faible pendant cette évolution, la non persistance de cette influence après la guérison ; l'absence de retentissement sur les glandes sexuelles, les caractères sexuels secondaires s'étant bien développés et la menstruation étant apparue à l'âge habituel.

Elle montre enfin, le développement après la guérison d'une forte obésité, obésité simple, qui relève très probablement de l'alimentation et du défaut d'exercice.

Il n'était donc pas sans intérêt d'analyser cette longue et instructive observation.

« Il n'est pas jusqu'aux infirmités de l'enseignement médical français qui ne soient appelées à renforcer le sentiment individualiste. Le régime des concours auquel il faut bien qu'il se soumette, s'il veut, dans l'état de nos institutions, obtenir une place d'élite, ce système désuet et déplorable, affrontant les individus, exagère chez chacun le sentiment de la valeur particulière. Il l'exagère aussi bien chez les vaincus que chez ceux que favorise le jeu ; la haute opinion qu'ils s'accordent les absout, à leurs yeux, des échecs. » (Charles Nicolle. L'individualisme du médecin. *Revue des Deux Mondes*, 15 juillet 1935.)

« L'âge tend à rendre machinal tout métier. Rien ne vieillit aussi vite qu'une théorie médicale. Nos méthodes les plus belles subissent sans cesse des perfectionnements ; la plupart font place à des applications meilleures. L'individualiste opiniâtre maintient les siennes et les amplifie jusqu'au ridicule, jusqu'aux plus néfastes erreurs. » (Charles Nicolle. L'individualisme du médecin. *Revue des Deux Mondes*, 15 juillet 1935.)

ACTUALITÉS

Les tréphones de Carrel

Par le Docteur P. LEMAY

Alexis Carrel a constaté à ses dépens que le vieux proverbe «nul n'est prophète en son pays» était bien l'expression de la vérité. En butte à l'incompréhension et même à l'hostilité de ceux qui auraient dû applaudir à ses travaux, il répondait à l'appel de l'Amérique, qui, ayant compris, lui offrait une situation digne d'un savant de cette envergure et mettait à sa disposition les crédits pratiquement illimités de l'Institut Rockefeller. Les résultats furent magnifiques.

Dans le grand public, cependant, on se représente Carrel comme l'homme qui greffe des pattes de chien à des chèvres ou des queues de lapin à des rats, en somme comme un maniaque de la monstruosité ; légende stupide et difficile à détruire. C'est à peine si on se rappelle sa méthode de traitement des plaies par irrigation continue aux hypochlorites, qui a sauvé de la mutilation tant de soldats de la grande guerre (en effet, bien que devenu citoyen américain, Carrel revint dès le début des hostilités se mettre à la disposition du Service de santé français).

Mais l'essentiel de ses recherches, son véritable titre de gloire, c'est la culture des tissus en dehors de l'organisme. Cette découverte fut amorcée par Wilhelm Roux dès 1884, puis Haberlandt en 1898, Bodon en 1902, Joly en 1903 et surtout par Ross Granville Harrisson en 1907 lorsqu'il étudia la genèse des fibres nerveuses ; mais il est certain que c'est Carrel qui, le premier, comprit l'incalculable intérêt de la culture *in vitro* et toujours le premier, avec Burrows, Baker, Edeling, Fischer, etc., porta la technique à un degré de perfection tel qu'il conserve depuis 1912 une souche de fibroblastes, issue d'embryon de poulet, en voie de constant accroissement et sans perte de caractères spécifiques. Ce qui prouve que, tout comme les infusoires, les cellules des homéothermes sont capables de croissance et de reproduction indéfinies. Il faut donc, à juste titre, regarder Carrel comme le véritable fondateur d'une méthode dont il est difficile de mesurer l'importance, mais qu'on peut, sans crainte de se tromper, comparer à la culture des microbes et, dont on peut espérer tirer la clef de la vie cellulaire et peut-être l'explication du cancer.

L'œuvre de Carrel est disséminée dans de nombreuses notes à la Société de Biologie et dans des publications américaines. Aux Journées médicales de Bruxelles, le 29 juin 1924, il résuma dans une conférence magistrale intitulée : « Les tréphones et leurs fonctions » l'essentiel de ses découvertes, issues de ses premiers résultats expérimentaux, de ses premières techniques, savoir la culture pure et indéfinie des cellules et la mesure exacte de la croissance des tissus.

Les cultures de Carrel, Burrows, Champy, etc., ont montré que les cellules d'un tissu sain cultivé en sérum sanguin se dédifférencient, commencent à proliférer, mais la mort survient assez rapidement, même en ayant soin de faire des lavages répétés pour éviter l'intoxication. Il manque un excitateur de croissance et cet excitateur ce sont les tréphones, fournies par les leucocytes et un régulateur.

Dans l'organisme, les cellules qui ont une capacité de croissance illimitée, sont baignées par le sérum qui contient deux substances ; l'une, représentée par les tréphones (je nourris), est activante et thermolabile, l'autre inhibitrice et thermostabile, celle-ci ayant le pas sur celle-là : les cellules sont donc à l'état de repos.

Faisons une incision à la peau, les tissus épithélial et conjonctif se mettent à proliférer et réparent la solution de continuité. On croyait jusqu'alors que cette réparation était sous la dépendance soit de l'irritation pure et simple, soit de la tension superficielle, soit de substances chimiques. Or, si l'on fait des plaies aseptiques à des animaux, en supprimant toute cause d'irritation extérieure, la cicatrisation ne commence pas, donc la tension superficielle n'y est pour rien. Si on introduit quelques bactéries, la cicatrisation se fait, on pourrait donc penser que l'irritation est nécessaire : toutefois les bactéries sur les cultures *in vitro* ne donnent rien, l'irritation en soi n'est donc pas admissible. Mais les bactéries ou n'importe quel irritant, déterminent *in vivo* un afflux leucocytaire qui apporte les tréphones nécessaires à la prolifération cellulaire et c'est là et là seulement, que se trouve l'explication du *phénomène de cicatrisation*. Découverte admirable qui n'a pas encore trouvé d'échos dans la science officielle française.

Mais revenons aux tréphones secrétées par des cellules tréphocytes qu'on a reconnu être les leucocytes et en particulier les mononucléaires, les cellules embryonnaires et les cellules sarcomateuses.

Disons tout de suite que les tréphones ne sont pas spécifiques, c'est-à-dire que les tréphones hétérologues agissent autant que les tréphones homologues. Dans la pratique, on peut se servir d'extraits d'embryons les plus divers, mais on prend habituellement ceux de poulets (cinq à six jours) parce que plus faciles à se procurer. On opère en général par trituration, macération et centrifugation. Pour les extraits leucocytaires on procède par lavage, macération et centrifugation ; ceux-ci donnent même une action excito-formatrice supérieure aux extraits embryonnaires.

Carrel et Ebeling ont montré que la croissance varie en raison directe de la concentration en tréphones du milieu de culture. La courbe monte brusquement à partir de 10 %, puis ralentit son ascension dès qu'on arrive à des concentrations voisines de 40 %. Il semble qu'on ait là un seuil et un palier d'action comparable à ceux que Gley et Pessard ont si bien décrits pour les hormones et en particulier pour les hormones sexuelles. Toutefois, puisqu'il y a un certain degré de proportionnalité entre la croissance et la concentration, on a pensé que les tréphones n'étaient pas seulement des catalyseurs, mais aussi des aliments nécessaires à la formation du protoplasme.

De fait Carrel et Baker en cherchent à déterminer la nature chimique des tréphones en tant que protéines, en sont arrivés à penser que leur ordre de grandeur moléculaire devait être compris entre les albumines simples et les polypeptides et voisin des peptones et des protéoses. Car en soumettant à la digestion pepsique, jusqu'à ce stade, de l'ovalbumine ou de la fibrine, on a obtenu des produits aussi actifs et dans certains cas plus actifs que l'extrait embryonnaire : on obtient également de bons résultats avec la peptone de Wite. Une digestion plus poussée donne au contraire des produits toxiques.

Voici au sujet de la nature des tréphones ce que m'écrivait Carrel le 19 mai 1926 : « Puisque vous vous intéressez à cette question, le mot tréphone est à modifier attendu que nous avons trouvé la nature des substances qui produisent l'effet qu'on leur assigne. Les tréphones, très probablement dénotent une protéine qui se trouve dans une condition telle qu'elle peut être transformée directement en protéose. Ces dernières sont les substances qui déterminent la multiplication des cellules. Au début de cette étude j'ai envoyé une note à la Société de Biologie et elle paraîtra probablement sous peu

CHRONIQUE

Croissance. — Néphropathies et néphrites
Météorologie. — Daltonisme

Croissance. — Au temps où il était médecin militaire, Paul Godin fut attaché à des Ecoles d'enfants de troupe. C'est là qu'il a commencé ses mensurations pour suivre la croissance des enfants qui y étaient réunis. Il a travaillé, pendant des années, assidûment, et il n'a cessé de poursuivre, depuis, ses recherches sur la croissance. Dans ce domaine, la maîtrise de ce savant modeste est incontestée et, pour suivre la croissance et le développement des sujets entre 13 et 18 ans, ses notes et ses livres sont indispensables, et en particulier son livre récent (1).

La croissance commence *in utero* dès la fin de l'organogenèse, elle se continue après la naissance jusqu'à la puberté et à l'âge adulte. C'est la zone prépubertaire de la croissance que Paul Godin a prospecté en bon médecin et en anthropologiste. L'anthropologie a ses méthodes qui ne s'improvisent pas, qui ne sont pas la médecine et que la médecine a rudement tort d'ignorer. Paul Godin, laborieusement, patiemment, a recueilli des documents, des mesures, il les a interprétés. Il les a réunis dans un très beau livre, un livre qui ne se résume pas car il est tout en chiffres, consciencieusement recueillis et groupés sans théorie tendancieuse. La première édition n'est pas d'hier, elle remonte à 1903. L'auteur était, déjà, en pleine maturité intellectuelle. Le livre a fait son chemin malgré certaines difficultés de librairie et malgré que l'auteur ne possédât pas les titres universitaires qui imposent la vente aux disciples. Il a été très lu, il a été très cité, voire même il a été très démarqué. C'est une mine de renseignements. Ce livre était devenu introuvable ou, pour être précis, il était très difficilement trouvable. D'où la nécessité de cette nouvelle édition qui est très augmentée et, en particulier, qui réunit les études récentes poursuivies, en sa verte vieillesse, par ce grand chercheur. On y trouvera réunies ses notes sur la puberté, éparses dans des comptes rendus et les journaux les plus divers.

Je ne crains pas de dire qu'il s'agit d'une œuvre admirable. Elle est indispensable à tout médecin qui s'intéresse à son art et, surtout, aux médecins des écoles, aux médecins des sociétés sportives, etc... Si aucun travail analogue n'existe, c'est qu'il nécessite des conditions dont la réunion est difficilement réalisable : il faut être compétent, il faut une grande volonté de travail, il faut aussi certaines circonstances fortuites qui favorisent la collection des documents.

Nous avons des Facultés, nous avons des Académies. Il est regrettable que l'on n'ait pas donné à Paul Godin l'occasion d'enseigner ce qu'il sait ; il est regrettable qu'on ne lui donne pas automatiquement les lauriers, bien qu'il ne les demande pas. Paul Godin a une notoriété mondiale. Il n'est guère qu'en France où son nom ne soit guère connu. Qu'il me soit permis d'attirer l'attention des confrères sur ce médecin de France qui fait honneur à notre profession et sur le beau livre où il résume son effort. Il faut, aussi, louer l'éditeur Amédée Legrand que l'on trouve toujours quand il s'agit d'aller de l'avant, ce bon serviteur de la pensée française dont les initiatives généreuses ne se comptent plus.

***

Néphropathie et néphrites. — Sous ce titre (2), le Professeur Rathery vient d'écrire un maître livre, en réunissant une douzaine des leçons cliniques faites à la Pitié sur des sujets qu'il a travaillés depuis toujours.

La première leçon est consacrée à l'hypertension artérielle précoce, solitaire, avec ses grands accidents. La mise au point pathogénique fait l'objet d'une discussion très serrée, indispensable sur ce terrain mouvant.

La crise d'hypertension paroxystique au cours d'une néphrite chronique fait l'objet de la seconde leçon.

L'albuminurie juvénile (un gramme ou davantage), persistante, sans aucun symptôme, ne doit pas être rattachée à un simple trouble fonctionnel, sans lésion rénale, car, toujours, l'albuminurie doit être tenue pour traduisant une lésion. Aucune albuminurie chez le jeune ne saurait donc être négligée. Dans les formes que l'on a cru pouvoir appeler fonctionnelles, la lésion rénale peut être légère, elle n'en existe pas moins ; comme le sujet est jeune, comme les lésions sont « insulaires », on peut espérer une guérison par hypertrophie compensatrice. Mais c'est une guérison fonctionnelle et non anatomique. D'autre part, si l'état du rein peut s'améliorer, il peut, aussi, s'aggraver. Il faut donc traiter le sujet. Mais on évitera de le mettre à un régime sévère trop prolongé, à un régime de famine, à un régime lacté intégral. La cure de Saint-Nectaire est souvent utile.

Les néphrites avec syndromes lipido-protidiques, la néphrite hyperchlorurémique avec œdèmes, la néphrite maligne de l'adolescent, l'amylose rénale sont ensuite étudiées en détail avec la même clarté.

La leçon sur le diabète rénal est une précieuse mise au point de ce trouble de la fonction rénale qui a une si grande importance pour l'interprétation de la glycosurie gravidique. Si un sujet avec du sucre et, même, des corps acétoniques dans les urines n'est pas toujours un diabétique vrai, il n'en est pas moins vrai qu'il ne faut pas toujours porter un diagnostic bénin en présence d'un diabète rénal.

***

Météorologie. — A la fin d'un article judicieux (1) sur l'influence que les phénomènes météorologiques exercent quant à notre santé, Vergely jette une réflexion qui ne peut manquer de retenir notre attention. « Ajoutez à cette multiplication, formidable depuis quelques années, les ondes électriques dont nous sommes baignés, traversés, avec le progrès de la T. S. F. qui joue peut-être, un rôle, elle aussi, dans les perturbations de notre organisme. Nous ne savons encore rien de précis à ce sujet, bien évidemment, et il est difficile de se prononcer, mais j'ai quelque peine à croire qu'elles puissent être indifférentes et que, de quelque manière que ce soit, notre organisme ne s'en ressente pas peu ou prou. »

***

Daltonisme. — C'est une très belle œuvre médicale que l'inspection psychologique entreprise par Vera Kovarsky dans les écoles de Montpellier (*Le Petit Méridional*, 23 mars 1935). Elle a pu, ainsi, recueillir de très nombreux documents moraux et somatiques. Il faut relever en particulier que, l'année dernière, elle eut l'heureuse idée de faire le dépistage précoce des daltoniens dans les écoles. C'est ainsi que, sur 1.245 enfants, elle a rencontré onze daltoniens (dont quatre frères) qui ne distinguaient pas du tout le rouge ou qui ne distinguaient pas les nuances dans cette couleur.

Comme c'est une imperfection de la vue incurable, il est très important de la dépister dès le jeune âge et de prévenir le sujet et ses parents pour détourner l'enfant de certaines professions incompatibles avec cette imperfection, telles que mécanicien, électricien, conducteur d'auto, etc. Ce dépistage n'a jamais encore été fait d'une façon suivie dans les écoles primaires ; on le faisait seulement pour les grands jeunes gens à leur entrée dans les grandes écoles ou les chemins de fer, etc...

***

Exercice physique et grossesse. — Schrœder et Franz (*Klin Woch*, 22 déc. 1934, p. 1818) ont déterminé le temps nécessaire pour que la circulation et le métabolisme reviennent à la normale après un exercice physique déterminé, chez des femmes enceintes et chez des témoins. Il y a retard du retour à la normale chez les femmes enceintes. Mais ce n'est pas une raison pour proscrire un travail modéré. C'est du faux humanitarisme que d'agir ainsi ; car un peu d'activité est le meilleur remède contre l'anxiété.

Dans un autre mémoire, Schrœder et Franz (*Klin. Woch.*, 29 déc. 1934, p. 1885) ont étudié la consommation d'oxygène pendant l'accouchement. La consommation atteint un maximum au cours des contractions et la ligne de ces maxima va en aug-

(1) Paul Godin. — *Recherches anthropologiques sur la croissance des diverses parties du corps.* Deuxième édition. Amédée Legrand, éditeur, Paris 1935.

(2) F. Rathery. — *Néphropathies et néphrites*, Librairie J.-B. Baillière, édit., Paris 1934.

(1) Vergely. — Le temps qu'il fait. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 mai 1935.

mentant au fur et à mesure que progresse la dilatation. Elle baisse avec la rupture de la poche des eaux. Naturellement elle augmente avec les efforts de l'expulsion. La consommation d'oxygène diminue après l'accouchement, mais reste à un niveau supérieur au niveau d'avant l'accouchement pendant une huitaine de jours. L'emploi des analgésiques n'a pas d'effet sur ces phénomènes.

***

Loi de Knaus. — Pour vérifier cette loi, Weinstock a recueilli 416 cas de grossesse après coït unique. Dans ces cas, il a pu fixer la date des trois dernières périodes menstruelles. Ceci lui a permis de vérifier combien il est rare, chez une femme, d'avoir un cycle menstruel de même longueur. Par ailleurs, il croit pouvoir conclure que la fécondation est possible tous les jours du cycle. Cependant elle est plus probable du cinquième au dixième jour.

Il n'existe, sûrement, pas de période de stérilité physiologique.

Henri Vignes

BIBLIOGRAPHIE

Grossesse et formes anatomo-cliniquos de la tuberculose pulmonaire, par le Docteur Charles Léonardi. Un vol. in 8° de 214 pages, 35 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI°).

Cet ouvrage constitue une mise au point des problèmes si divers, et d'une solution souvent si angoissante, que le traitement de la tuberculeuse pulmonaire enceinte pose journellement au praticien.

L'auteur consacre la première partie de ce livre à l'influence de la tuberculose sur la grossesse (diminue-t-elle l'aptitude à la fécondation? Permet-elle à la grossesse d'être menée à bien ? Rend-elle l'accouchement prématuré ?) et sur l'enfant à naître. Cette analyse lui permet d'aborder les problèmes capitaux de l'hérédité de la graine et de l'hérédité du terrain.

La seconde partie enferme l'étude essentielle de l'ouvrage : quelle est l'influence de la grossesse sur la tuberculose ? Si l'on en juge d'après l'historique que l'auteur a placé en tête de l'ouvrage, peu de problèmes ont reçu des réponses aussi nettement contradictoires. En réalité la solution devient claire dès qu'on cesse de rechercher des solutions univoques. Devant la grossesse, ainsi que l'a écrit le Docteur F. Dumarest, il n'y a pas une tuberculose, il y a des tuberculoses très distinctes ; les unes s'aggravent indiscutablement dans des conditions et à des époques que l'auteur étudie tour à tour, les autres tolèrent parfaitement l'état gravide et parfois même semblent améliorées par lui. Quels sont les caractères anatomiques de chacune de ces formes ? Et comment expliquer ces inégalités évolutives ? Autant de questions que l'auteur résout également.

Dans la dernière partie, le Docteur Léonardi aborde les problèmes thérapeutiques que la grossesse soulève chez les tuberculeuses, et qui consistent soit à aider la tuberculose à supporter la grossesse, soit à soulager de la grossesse la femme tuberculeuse. Les indications et les résultats de la cure hygiéno-diététique, de la collapsothérapie simple ou double, gazeuse ou chirurgicale et du traitement aurique sont longuement discutés. Il en est de même de l'avortement dont l'aspect médical, l'aspect moral et la technique sont minutieusement analysés.

Fondé sur de nombreuses observations cliniques recueillies dans le centre sanatorial d'Hauteville, on voit que cet ouvrage, loin de retenir uniquement l'attention du phtisiologue et de l'accoucheur, est susceptible de rendre service à tous les praticiens.

Les soirs de l'Archipel, par Jacques Boulenger, Gallimard, édit., Paris, 1935.

C'est un livre plein de charme que le recueil de ces histoires alertes. Elles sont groupées grâce à la fiction de conversations entre les passagers d'un yacht qui croise sur la « vieille Méditerranée des marins » à travers les îles de l'archipel grec et les îliens qui vont leur faire visite à bord. Les hommes et les femmes des bouts d'Univers où l'on fait escale sont peints avec leur côté comique et leur côté tragique, dans leur décor pittoresque.

Il y a là un peu de la Grèce, la Grèce tout court, l'Hellade, — et, puis, il y a un peu de la Grèce du soleil et des paysages, — et, de même qu'il y a l'Inde avec les Anglais, il y a aussi la Grèce d'aujourd'hui avec les Grecs d'aujourd'hui, — et, il y a aussi, la curiosité affinée du voyageur-narrateur et le beau visage fané de la propriétaire du yacht. (Henri Vignes.)

Mais il y a entre les protéoses et les tréphones des différences essentielles : alors que les protéoses sont thermostabiles, les tréphones sont thermolabiles et ne résistent pas à un chauffage de 56°. De plus, Carrel et Baker ont montré que les produits obtenus avec certaines protéines pures edestine et ovalbumine cristallisée sont inactifs et ne le deviennent que par l'adjonction de glycocolle et d'acides nucléiques.

Le caractère dominant des tréphones est leur instabilité : un chauffage de quelques minutes à 65°, d'une demi-heure à 56°, de 48 heures à 38° les inactive complètement. Il en est de même avec les rayons X et le radium : elles sont sensibles à la lumière et même à une simple agitation. La conservation à la glacière est de une à deux semaines aux maximum. Sous ces diverses influences l'inactivation coïncide avec une acidification au pH. La dessication dans le vide, à l'acide sulfurique ou au chlorure de calcium, de même que la précipitation au sulfate d'ammoniaque, les affaiblit quelque peu ; elles résistent mieux à la précipitation à l'acide carbonique. Leur point iso-électrique est, d'après Fischer, de pH 6,8.

Le filtre Chamberland les arrête complètement, alors que le Berkefeld en laisse passer une partie. Selon Wright le collodion retiendrait les protéides alors qu'il laisserait les tréphones fixées selon lui sur les globulines.

Le Professeur Went, d'Utrecht, et ses élèves, ont montré qu'il existe chez les végétaux comme chez les animaux des tréphones qu'ils nomment excitatrices et un pouvoir inhibiteur.

Si on décapite le dernier millimètre de jeunes tiges d'avoine, par exemple, on arrête immédiatement la croissance. Mais si on a pris soin de placer les sommets sur des plaques d'agar agar solidifié et qu'on place un morceau de celui-ci sur une partie de ces tiges, ces dernières se remettent à croître, alors que les témoins ne bougent pas. Si l'agar agar est placé de biais, la croissance se fait du côté où il y a contact, provoquant ainsi une courbure. L'agar agar s'était donc imprégné des excitatrices de croissance existant normalement dans les extrémités des tiges, c'est-à-dire dans les cellules en voie de multiplication Ces substances de nature organique, ne seraient pas spécifiques et résisteraient à la lumière et à la chaleur, leur poids moléculaire serait voisin de 380.

Le jeu des excitatrices explique d'une façon lumineuse les tropismes végétaux. On a démontré que dans la plante en position normale, c'est-à-dire verticale, éclairée et humidifiée symétriquement, les excitatrices sont réparties régulièrement et symétriquement. Si on modifie leur répartition, il en résulte une courbure destinée à rétablir la symétrie. C'est ce qui arrive lorsqu'on place une tige horizontalement : on constate au moyen de l'agar agar que les excitatrices s'accumulent à la partie inférieure déclenchent une kariokinèse dans cette région et la courbure vers le haut se produit. Pour la racine c'est l'inverse. On peut faire la même expérience en remplaçant la pesanteur par la lumière. Explication qu'on ne trouve pas encore dans les manuels.

N'y a-t-il pas là un parallélisme parfait avec le jeu des tréphones de Carrel chez les animaux, à cela près que les tréphones végétales sont beaucoup moins fragiles, ce qui s'explique aisément sur les conditions de vie des plantes soumises à des variations de température et d'insolation plus considérables. On a trouvé également chez les végétaux un pouvoir inhibiteur.

Carrel et Ebeling ont montré que le sang contenait des substances inhibitrices qu'ils désignèrent sous le nom vague de pouvoir inhibiteur faute de pouvoir donner plus de précisions, et dont les fonctions sont inverses de celles des tréphones, ce sont des régulateurs.

A l'aide de la thermo et de la carbo précipitation fractionnées, effectuées sur des sérums de différents âges, les auteurs ont pu préciser

1° Que les éléments inhibiteurs étaient thermostabiles à 65° et semblaient fixés sur les albumines, alors que les tréphones, nous l'avons vu sont thermolabiles et en rapport avec les globulines.

2° Qu'avec l'âge il y avait diminution des tréphones et augmentation du pouvoir inhibiteur, ce qui explique pourquoi le sérum d'un animal adulte est défavorable à la culture des tissus et pourquoi chez les vieillards l'indice de cicatrisation des plaies est considérablement diminué.

Me basant sur les fonctions de la membrane cellulaire ou comme on voudra de la zone de plus grande concentration protoplasmique, suivant qu'on adopte l'une ou l'autre théorie, j'avais en 1925 émis l'hypothèse que le pouvoir inhibiteur sanguin devait être de nature lipoïdique. En effet, au point de vue osmotique, la membrane cellulaire se comporte comme une membrane lipoïdique, et j'étais fondé à dire qu'une plus grande quantité ou une meilleure qualité des lipoïdes de la membrane pouvait s'opposer à la pénétration des tréphones à l'intérieur de la cellule (*Les Néoplasmes*, juillet 1925).

Dans le même temps Carrel et Baker montrent qu'il s'agit bien de lipoïdes puisque après extraction de ces corps la croissance augmente dans des proportions considérables allant de 28 à 78 % par rapport au sérum normal. Inversement si on ajoute des lipoïdes au foie ou au cerveau à une culture de fibroplastes en tyrode, la croissance est diminuée de 70 % par rapport au tyrode pur et de 20 % par rapport au sérum normal. Carrel a pensé que l'action des lipoïdes pouvait s'expliquer par leur combinaison avec les protéides, peut-être avec l'euglobuline. Sokoloff avait d'ailleurs déjà montré que lorsqu'on soumet une greffe cancéreuse aux solvants des lipoïdes, tels que l'éther par exemple, la greffe prolifère plus rapidement

Signalons que d'après Schazille, la cholestérine est inhibitrice ; alors que la lécithine ne l'est pas, ce qui prouve que lorsqu'on emploie le terme lipoïde qui désigne des corps de nature et de fonctions très différentes, il faut toujours préciser.

Sandor a montré que, dans la précipitation des protéides du sérum, la plus grande partie des lipoïdes est entraînée par les albumines, la plus petite par les globulines. Quant à la nature des liaisons entre lipoïdes et protéides, divers systèmes ont été proposés ; malgré les belles études de Machebeuf sur le complexe lipo-albuminique, la seule chose qu'on puisse retenir c'est qu'il ne semble pas y avoir combinaison chimique vraie. Mais on ne peut manquer de constater que les tréphones sont en relation avec les globulines et les lipoïdes avec les albumines, et on doit se rappeler que Loeper a montré une augmentation considérables des globulines dans le cancer. Ajoutons que les extraits lipoïdiques des globules rouges fixent les hémolysines, tout comme ceux de certaines bactéries fixent certaines sensibilisatrices et ceux du sérum sanguin les alexines. Et si on se rappelle que le titre en tréphones d'un extrait leucocytaire est parallèle à sa teneur en hémolysines naturelles antimouton, l'on ne peut manquer de faire un rapprochement quant à l'antagonisme pouvoir inhibiteur-tréphones.

Cet antagonisme, je l'ai senti jouer un rôle prépondérant dans le phénomène de cancérisation, au fur et à mesure que Carrel parlait à Bruxelles en juin 1924, et j'avoue être sorti profondément troublé de cette séance. Carrel n'avait pas fait d'hypothèse à ce sujet, homme de laboratoire, il se bornait à enregistrer ses résultats, il pensait d'ailleurs comme il me l'a écrit plus tard qu'il y avait autre chose.

Cette théorie nouvelle du cancer, je l'ai formulée pour la première fois dans la *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale* du 5 octobre 1924, depuis dix ans je l'ai développée dans diverses revues : *Les Néoplasmes*, la *Revue générale des Sciences*, le *Courrier Médical*, etc., et je viens de réunir ces études en un volume (L'Hyper-

tréphocytose-cicatrisation et cancérisation) paru à Paris. chez Le François.

La voici résumée : entre la cicatrisation et la cancérisation il n'est qu'une question de degré. idée reprise sous une autre forme cinq ans après dans « Le cancer, maladie des cicatrices » de A. Lumière.

Mes conclusions étaient les suivantes : tréphones et pouvoir inhibiteur représentent les deux facteurs d'équilibre cellulaire. les deux facteurs antagonistes qu'on retrouve sous d'autres aspects dans toutes les fonctions vitales et dont les merveilleux jeux d'équilibre constituant proprement la vie, c'est-à-dire une lutte perpétuelle pour un équilibre jamais atteint (cette dualité se retrouve, en cherchant bien, dans toute la nature, électricités négatives et positives par exemple, et l'on peut penser que la grande loi de la matière vivante comme de la matière inerte c'est celle de Vant Hoff et Le Chatellier. de l'opposition de la réaction à l'action, plus connue sous le nom de loi des équilibres. Normalement les tréphones doivent l'emporter chez les jeunes, c'est ce qui a été constaté et en particulier chez l'embryon qui en est pour le laboratoire la source de choix. Normalement aussi c'est l'inverse qui doit se produire chez le vieillard, effectivement Carrel a constaté que le pouvoir inhibiteur était plus élevé chez ceux-ci.

La cicatrisation qui permet au tissu lésé d'effectuer rapidement une réparation parfaite, où chaque plan cellulaire garde sa structure propre, sa spécificité. si parfaite lorsque la lésion est restreinte qu'elle ne laisse aucune trace, est le fait des tréphones apportées sur les leulocytes. C'est un processus que Carrel a décrit, nous l'avons vu, d'une façon remarquable et qui s'arrête dès que la lésion a disparu.

On peut aisément imaginer que si la lésion est profonde, l'apport des tréphones sera grand, les divers plans se reformeront d'une façon moins parfaite, certaines cellules seront moins différenciées, en un *mot*, le stoppage sera irrégulier. la reprise apparente, on aura une cicatrice visible. Dans cette cicatrice ou certaines cellules ont déjà perdu de leur spécificité, que le pouvoir inhibiteur diminue, que vienne s'installer une source d'irritation. qu'un apport nouveau de tréphones déclenche une nouvelle prolifération, la dédifférenciation s'accentue, le cancer s'installe. C'est ce qui explique la constance de l'apparition du cancer sur des cicatrices anciennes, ou d'emblée sur des irritations chroniques qui ne sont autre chose que des plaies entretenues.

Chez les vieillards où le pouvoir inhibiteur est normalement plus élevé, le cancer évolue lentement, chez les jeunes au contraire il évolue très rapidement. Le fait qu'autrefois le cancer était presque exclusivement une maladie de la vieillesse n'est pas en contradiction avec l'élévation au pouvoir inhibiteur, en effet la déchéance physiologique peut amener la diminution de celui-ci. et surtout les cicatrices anciennes et les irritations chroniques atteignent leur maximum chez le vieillard. Aujourd'hui beaucoup de jeunes bénéficient de ce triste privilège de la déchéance physiologique et ses irritations chroniques, ce qui explique l'abaissement de l'âge du cancer. En effet l'hérédité morbide se fait d'autant plus sentir qu'on sauve plus d'enfants qui aurait dû disparaître du fait de la sélection naturelle, et qui effectivement disparaissaient avant nos progrès en puériculture.

Comment agissent les tréphones. j'ai pensé qu'elles agissaient par renversement des actions fermentaires, transformation des diastases en synthases, mais bien qu'un grand nombre de faits témoignent en sa faveur cette hypothèse est encore gratuite et mérite en tous cas un développement spécial. Sous le titre de diosynthèse nous pourrons si vous le voulez l'examiner à une prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE

A. Carrel. — Les tréphones cellulaires et leurs fonctions. (*Le Scalpel*, 12 juillet 1924 et divers C. R. Société de Biologie.)

E. Craciun. — La culture des tissus en biologie expérimentale. (Masson, édit.).

S. Ephrussi. — La culture des tissus. (Gauthier-Villars, édit.).

P. Lemay. — L'hypertréphocytose-cancérisation et cicatrisation. (Le François, édit.).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tuberculose

La pleurésie est-elle, dans certains cas, la manifestation initiale de la tuberculose ou bien n'est-elle que la conséquence d'une lésion pulmonaire ou ganglionnaire de peu antérieure à elle, nous ne pouvons le savoir. Ce qu'il importe de retenir, c'est que, chez le sujet jeune, la pleuro-tuberculose primitive constitue très souvent l'une des manifestations de la primo-infection, la manifestation généralement la plus bruyante, d'où son intérêt primordial pour le dépistage de la tuberculose dès son début.

Cette conception comporte des conséquences pratiques très importantes :

1° Dans un cas de pleurésie il faut toujours rechercher la contamination récente : on la trouve très souvent si l'on fait une enquête serrée.

2° Dans la pleurésie, comme dans les formes habituelles de primo-infection, l'abstention de toute thérapeutique locale est une règle générale. Le traitement a seulement pour but de remonter l'état général.

3° Dans toute pleurésie, l'éloignement du contage est nécessaire : il importe, au premier chef, de soustraire le malade aux apports bacillaires répétés durant cette période iniale de l'infection tuberculeuse.

4° Toute pleurésie doit être suivie, *une fois la période fébrile passée*, d'une cure de repos surveillée et prolongée, de six mois environ.

(A. Courcoux et A. Alibert. Pleurésie tuberculeuse dite primitive et primo-infection. *Paris Médical*, 5 janvier 1935.)

Sur la population des enfants de Paris, observée hors de l'état de maladie, la cuti-réaction se montre moins fréquemment positive que les statistiques antérieures ne semblaient le montrer — Les chiffres paraissent montrer que, si l'enfant parisien de 10 à 14 ans a souvent une réaction positive témoignant d'une contagion tuberculeuse d'ores et déjà réalisée, jusqu'à l'âge de 10 ans il paraît se tuberculiser plutôt moins souvent qu'autrefois, puisque le chiffre de 50 p. 100 n'est atteint qu'à 10 ans, alors que les statistiques antérieures le montraient dès l'âge de 5 ans.

La lutte antituberculeuse poursuivie ces dernières années n'a pas été efficace.

(P. Lereboullet, H. Gavois et B. Baussan. La fréquence des cuti-réaction positive chez l'enfant parisien. *Paris Médical*, 5 janvier 1935.)

Nous possédons, grâce à l'étude des types humains, de leurs facteurs héréditaires, de leur morphologie constitutionnelle, une base qui, dans une large mesure, permet de prévoir leur orientation pathologique ultérieure. — Nous pressentons que tel individu né de parents tuberculeux, longiligne ou normal d'apparence, mais avec une prédominance respiratoire courra des risques de tuberculose ; que tel autre, né de parents arthritiques ou relativement âgés, bréviligne, ou de constitution hypotrophique, chétive, aura de grandes chances d'évoluer vers les syndromes diathésiques.

Nous pourrons dès lors orienter dès l'adolescence, dans un sens différent, leur alimentation, leur hygiène, leur profession, les cures opothérapiques, etc.

Si leur évolution s'est déjà affirmée, si la maladie — tuber-

culose ou accidents arthritiques — est apparue, nous savons que des actions thérapeutiques excessives ou trop prolongées risquent, après l'amélioration de la maladie traitée, de faire apparaître les troubles opposés.

Nous avons ainsi le moyen — tout au moins théorique, mais que nous devons essayer d'appliquer le mieux possible à la thérapeutique préventive — de maintenir la santé, qui est par excellence, entre deux tendances contraires, l'état d'équilibre.

(André Jacquelin. Tuberculeux et diathésiques. *Le Bulletin Médical*, 1er juin 1935.)

Maladies infectieuses

La scarlatine, comme les autres fièvres éruptives, ne récidive guère. Mais pour rares et peut-être exceptionnels que soient les faits de récidive, ils n'en demeurent pas moins certains. Il y a quelques années, à l'hôpital Claude-Bernard, un interne en pharmacie contracta la scarlatine. Il fut hospitalisé et examiné quotidiennement par le Professeur Tessier. La scarlatine évolua dans une forme normale. Le délai de quarante jours atteint, le malade devait aller pour une convalescence dans sa famille, quand, au jour fixé pour son départ, il se sentit mal à l'aise et il souffrit de la gorge. Le voyage fut différé et... une nouvelle scarlatine se déroula sous les yeux des assistants du Professeur Teissier et de lui-même, aussi normale que la première et jusques et y compris la desquamation importante.

Un tel fait ne laisse guère de doute sur la possibilité des récidives de la scarlatine. Il constitue un cas très exceptionnel, parce que généralement les récidives sont à lontaine échéance et parce que, le plus souvent, elles sont précisément atténuées, se présentant souvent sous la forme d'angines.

(H. Cambessédès et M. Millau. Les scarlatines frustes. Leur importance épidémiologique. *Paris Médical*, 1er juin 1935.)

Ophtalmologie

Le glaucome aigu peut apparaître sous l'influence d'un choc moral, d'une émotion intense. — En voici quelques exemples. Une malade ayant reçu des nouvelles alarmantes de sa fille, habitant une autre ville, vent la rejoindre au plus vite, mais elle manque le train ce qui la rend très nerveuse et dans la nuit elle a une attaque de glaucome.

Une autre malade est réveillée la nuit par la nouvelle de la mort d'une proche parente ; le lendemain matin elle présente un glaucome aigu avec abolition de la vision.

Voici encore un exemple : une dame voit sa petite-fille tomber du deuxième étage ; au même moment elle ressent une vive douleur au niveau d'un des globes oculaires et fait une attaque de glaucome aigu.

(Leçon clinique du Professeur Terrien. Glaucome et traumatismes. *Journal des Praticiens*, 8 juin 1935.)

Varia

Aucune méthode n'a de rang prépondérant. Un seul procédé n'a pas plus de valeur qu'un seul symptôme. C'est en unissant l'étude des signes fonctionnels et généraux à l'étude des signes d'auscultation et des signes radiologiques, puis en demandant conseil au laboratoire ; c'est en procédant non pas en spécialiste mais en simple et vrai clinicien, qu'on peut — et qu'on peut seulement — établir un diagnostic autorisé en pathologie pulmonaire.

(R. Benda, H. Mollard et R. Le Canuet. A propos de l'exploration radiologique du poumon. *Paris Médical*, 23 février 1935.)

« Ce que les étrangers vitupèrent dans le Français, ce qu'ils appellent d'un air entendu le « frivole », où ils voient le contraire du « profond » qu'ils s'attribuent, c'est tout bonnement l'esprit, le don d'être partout et toujours spirituel, même en théologie, même en métaphysique et plus souvent qu'ailleurs au marché, aux Halles, dans un petit village du Valois ou de Provence, comme à Paris. » (André SUARÈS. Valeurs et caractères. *La Revue Universelle*, 15 juillet 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Clinique médicale

La scarlatine est l'unique maladie infectieuse s'accompagnant, en pleine période fébrile, d'une éosinophilie sanguine, qui se rencontre presque toujours pendant la phase exanthématique ; la durée en est variable ; son déclin s'amorce d'habitude vers la fin de la période fébrile et au début de la convalescence.

L'éosinophilie peut contribuer à éclaircir le diagnostic lorsqu'il s'agit d'une éruption atypique ou lorsque le médecin est consulté tardivement. On peut également tirer de précieux renseignements de l'examen du sang, quand on est en présence d'un érythème scarlatiniforme, qui montre ordinairement une éosinophilie normale avec leucocytose également normale. Quant à l'érythème toxique ou septique, le diagnostic sera facile, car ces éruptions font d'habitude disparaître les éosinophiles de la circulation.

La leucocytose, accompagnée d'éosinophilie, est très importante pour le diagnostic rétrospectif de la scarlatine.

On ne peut expliquer l'éosinophilie scarlatineuse que par des hypothèses ; un fait est cependant établi : elle est étroitement liée à l'exanthème et, très souvent, en l'absence de ce dernier, elle n'apparaît pas.

(F. Sciclounoff. L'éosinophilie sanguine dans la scarlatine. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mai 1935.)

« L'hypertension artérielle est aujourd'hui une affection très répandue et très mal connue. On a dit qu'elle était la rançon de l'âge et qu'après 50 ans il était presque fatal d'en souffrir, aussi souvent du moins, que de l'hypertrophie de la prostate ».

Mais il existe une hypertension juvénile ; les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 22 ans, présentant une pression artérielle de 8-18, de type sympathicotonique.

La cause la plus fréquente d'un cas semblable réside dans un déséquilibre endocrinien qu'il n'est pas toujours facile de mettre en évidence ; la thyroïde, les surrénales, mais aussi l'hypophyse, le foie et le pancréas ont des relations intimes avec le sympathique, grand régulateur des fonctions végétatives.

La tension du malade en question est extrêmement variable ; elle est un jour à 18 et le lendemain à 15 ; une injection d'adrénaline, l'hyperfonctionnement de la surrénale produisent des effets semblables.

La radiothérapie de la région surrénalienne fait moins baisser la tension qu'elle ne prévient les coups de bélier.

(S. Leblond et A Huot. Un hypertendu. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, avril 1935.)

Il est classique d'envisager le cancer du pancréas sous deux aspects cliniques et anatomiques bien tranchés : cancer du corps, cancer de la tête.

L'intérêt de l'observation rapportée par l'auteur, réside dans la rareté de ses manifestations cliniques ; c'est en effet un cancer du corps du pancréas qui s'est révélé par la symptomatologie classique d'une sténose œsophagienne.

Dans l'interprétation des symptômes on a été quelque peu hypnotisé par ce syndrome de sténose et le diagnostic le plus logique parut être celui de cardiospasme. Deux données auraient pu retenir l'attention : d'une part le caractère des douleurs (à siège épigastrique et de type continu), d'autre part le refoulement de l'estomac vers la gauche révélé par deux examens radiologiques.

Il s'agissait d'un épithélioma d'origine pancréatique, ayant infiltré le petit épiploon et adhéré à la face postérieure de l'estomac.

(J. Govaerts. Forme dysphagique du cancer du corps du pancréas. *Scalpel*, 8 juin 1935.)

Clinique chirurgicale

L'adénite cervicale tuberculeuse ne semble pas soumise à des sanctions thérapeutiques solidement établies.

L'aspect de la tuberculose ganglionnaire du cou varie suivant le nombre des ganglions atteints : la forme monoganglionnaire est exceptionnelle ; généralement il s'agit de la forme polyganglionnaire, qui se présente à son tour sous deux aspects bien distincts : la polyadénite tuberculeuse et le lymphome tuberculeux.

La polyadénite tuberculeuse est de loin la forme la plus fréquente. Les ganglions atteints, simplement hypertrophiés et encore mobiles au début, se soudent à la période d'état en une masse unique ; ils se ramollissent ensuite, passent à la caséification et aboutissent à la suppuration avec constitution d'un abcès froid, qui peut à son tour se fistuliser ; ces transformations successives ne se produisent pas simultanément dans tous les ganglions du groupe intéressé.

Le lymphome tuberculeux est plus rare.

Les méthodes thérapeutiques ne sont qu'une application des divers traitements proposés pour les tuberculoses chirurgicales.

Les méthodes biologiques sont des toxinothérapies basées sur l'utilisation du phénomène de Koch, immunité de refus. On recherche ainsi le rôle pexique des polynucléaires appelés au foyer d infection et leur rôle éliminatoire par les émonctoires : leur dispersion (bactériopexie circulante) en trop grand nombre crée un danger de dissémination qu'il ne faut que frôler. La bactériopexie fixee est l'œuvre du tissu réticulo-endothélial et des monocytes. L'utilisation de ce phénomène implique avant tout un etat général encore capable de faire les frais d'une reaction utile ; d'autre part cette réaction ne peut avoir lieu efficacement que dans un foyer inflammatoire. Les méthodes biologiques se répartissent en trois groupes :

1° Les produits provenant de bacilles entiers (endo et exotoxines) : extrait bacillaire de Jousset, paratuberculine du bacille de Johne.

2° Les produits provenant de bacilles dégraissés : collibacilline de Grimberg, émulsion de Vaudremer, antigène méthylique de Nègre et Boquet.

3° La technique de Bayle ou opothérapie splénique.

Les méthodes actinothérapiques comprennent les rayons X, les ultra-violets, la lampe à arc, la curiethérapie et l'actinothérapie indirecte.

Les méthodes chimiques peuvent réussir où d'autres échouent ; on emploie le formol, le cinnamate de benzyle, les terres rares, l'or, l'iodoforme, l'iode.

Le traitement chirurgical compte une gamme croissante d'actes opératoires : la ponction évacuatrice simple, le drainage capillaire, l'incision, l'exérèse large.

Si l'on envisage, dans leur ensemble, les différentes méthodes thérapeutiques, il apparait clairement qu'à un type déterminé de lésion ne correspond pas nécessairement un traitement unique.

(Votquenne et F. Jonckheere. Le traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses. *Scalpel*, 27 avril 1935.)

Obstétrique

Il n'existe guère de situation plus angoissante que celle dans laquelle le médecin se trouve appelé à traiter une femme qui a des accès éclamptiques et qui demande plus de précision dans l'appréciation des symptômes.

Au cours des quarante dernières années le traitement de l'éclampsie a subi des variations importantes.

Ainsi on a conseillé de pratiquer la dilatation bimanuelle, que l'on pourrait plutôt appeler la déchirure bimanuelle ; la rachianesthésie fut une tentative d'amélioration, à vrai dire insuffisante ; il fallut bien admettre qu'il s'agissait toujours d'un accouchement forcé avec tous ses dangers.

Les procédés chirurgicaux d'ouverture du col paraissent bien supérieurs :

1° Incisions larges du col sur la ligne médiane lorsque la femme est en travail, avec une tête engagée, un col non suffisamment effacé mais en voie de dilatation, un segment inférieur suffisamment amplifié, c'est-à-dire, en pratique, lorsque les culs-de-sac vaginaux remontent au-dessus de l'équateur de l'ovoïde céphalique.

2° Césarienne vaginale chez la femme non en travail, avec un fœtus petit ou avant terme.

3° Césarienne abdominale supra-symphysaire chez la femme à terme, non en travail, ou au début de l'accouchement avec un col non effacé ou une dilatation peu avancée.

(Fabien Gagnon. Eclampsie et évacuation utérine. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, avril 1935.)

Oto-rhino-laryngologie

Dans l'examen fonctionnel complet d'un sourd il faut considérer les points suivants par ordre d'importance :

1° Le degré de déficience du pouvoir de compensation ;

2° La rapidité du langage susceptible de compréhension pour le malade ;

3° Le degré de surdité pour les sons simples, les diapasons.

Il faut modifier notre conception de la surdité, non pas d'une façon radicale, mais juste autant qu'il faut pour attacher plus d'importance aux facteurs d'ordre pratique. Le nombre d'infirmes, qui possèdent une surdité décompensée et qui sont rééducables, est suffisamment élevé pour justifier nos efforts.

On peut les classer en trois catégories : ceux qui ont une surdité pour les sons simples tellement prononcée qu'ils doivent être considérés comme incurables ; ceux qui ont une surdité tellement faible pour les sons simples qu'une compensation s'impose ; et enfin ceux qui constituent la catégorie intermédiaire où la rééducation demande plus de temps et de patience pour obtenir la réadaptation partielle ou complète de l'organe lésé.

(R. Thienpont. L'audiographie d'après Yates, de Londres, au moyen de diapasons étalonnés par le National Physical Laboratory anglais. *Scalpel*, 25 mai 1935.)

Les candidats à l'assurance-vie, qui souffrent ou ont souffert d'une suppuration de l'oreille moyenne, se divisent en quatre catégories :

1° Ceux qui ont eu une otite aiguë avec fermeture de la perforation et conservation de l'ouïe ;

2° Ceux qui ont eu deux ou trois poussées légères à de longs intervalles avec cicatrisation de la perforation : de 10 à 20 % de surtaxe ;

3° Ceux qui ont une perforation permanente avec des poussées de réinfection : 25 % de surtaxe ;

4° Tous les autres doivent être refusés.

(T. Guthrie. Ear disease as a menace to life, with particular reference to life insurance. *Practitioner*, juin 1935.)

Hygiène sociale

Les conditions d'existence du paysan moldave ne sont pas des plus brillantes, comme le montrent les resultats statistiques d'une enquête dans un district :

6 % des paysans ne possèdent pas de terres.

2 % des habitations sont des taudis.

L'infériorité de la technique agricole et le manque de coopératives ne permet pas d'élever le niveau de la vie.

Les dépenses alimentaires représentent la moitié ou les deux tiers des revenus ; la consommation de viande est réduite.

(M. Enescu. Situatia economica a populatiei rurale in raport cu sanatatea publica si igiena. *Revista de Igiena sociala*, avril-juin 1935.)

J. LAFONT.

« Je pourrais citer encore, pour les avoir constatés en voisin, les excès individualistes de cette réunion médicale qu'on a appelée l'école de Bougie. Elle a nié les méfaits des sels de plomb dans l'industrie et proscrit la quinine du traitement des fièvres paludéennes. Ses tenants se refusaient à admettre le rôle transmetteur des moustiques dans les mêmes fièvres et celui du pou dans le typhus exanthématique. Je pourrais les citer ; je pourrais citer aussi les conversions méritoires de certains de leurs disciples.

Cet individualisme déformateur, les médecins l'apportent souvent dans leur façon de juger les questions étrangères à notre science. Piorry, qui fut un clinicien distingué et un inventeur en technique, demandait, en 1848, que la présidence de la République fût mise au concours. Jamais revendication plus osée de talents individuels n'a été affirmée, jamais plus ridicule. Le meilleur protagoniste de ces déplorables joutes risquerait d'être un perroquet, pire que nos avocats parlementaires. Est-il utile d'ajouter que Piorry se faisait fort de l'emporter sur ses émules ? (Charles Nicolle. L'individualisme du médecin. *Revue des Deux Mondes*, 15 juillet 1935.)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

L'individualisme du médecin. *Tel est le titre d'un article de M. Charles Nicolle dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 juillet 1935). *En voici un extrait où l'auteur signale les dangers de l'individualisme* :

Je consulte notre meilleure autorité en matière de langage : un médecin, Littré. La philosophie est une science biologique. Darmesteter a pu parler, sans exagération, de la vie des mots. Les mots naissent et meurent. Au cours de leur existence, ils évoluent, se transforment. Il n'est donc point surprenant que celui que nous élisons pour conseil soit un médecin.

Littré distingue deux sens au mot individualisme. Le premier est d'ordre philosophique : *système d'isolement dans l'existence*.

L'auteur explique : « L'individualisme est l'opposé de l'esprit d'association. » Je retiens cette phrase ; je ne retiens pas la formule qui la précède ; elle n'a rien à voir avec notre sujet. La seconde définition s'y rapporte, au contraire : *Théorie qui fait prévaloir les droits de l'individu sur ceux* de la société. Je ne discute pas le fond, je l'admets. L'admettant, je trouve l'expression trop absolue.

. . . .

Je préfère dire que l'individualisme est *la tendance naturelle de l'être humain à défendre sa personnalité.*

. . . .

Cette qualité, l'individualisme, élevée à la hauteur d'un système, le médecin l'exercera tantôt dans la pratique de sa profession ou de sa science ; tantôt hors de sa spécialité, dans l'action sociale.

Les praticiens les plus doux, les plus tolérants au sein de leur existence familiale, contractent, à l'usage, un esprit d'autorité qui glisse vite, en clientèle, à l'autoritarisme. Leur avis édicté, ils n'admettent aucune objection de la part des malades ou de l'entourage. On ne se figure pas, sans les avoir constatés, certains effets d'une telle attitude. J'ai connu des clients qui n'osaient plus consulter leur médecin en raison des contraintes que ses prescriptions apportaient à leur existence ; d'autres qui, pour des raisons discutables, avaient perdu confiance dans leur directeur et, cependant, continuaient à le visiter, à suivre ses ordonnances plutôt que de lui demander de prendre l'avis d'un confrère. Certains en consultaient en cachette, confessant au nouvel élu leur pusillanimité et suppliant qu'on ne divulguât point leur trahison. D'autres restaient fidèles en apparence à leur docteur et, ne suivant plus les prescriptions, édifiaient, pour leur défense, une construction mensongère et fragile. La plupart ne mettaient pas en doute la conscience du tyran ; ils ne contestaient pas davantage sa compétence, tout au plus lui attribuaient-ils un esprit systématique ; ils se sentaient mal à l'aise devant lui comme ces innocents qui tremblent et se croient coupables à la vue de la toque des magistrats.

Ce n'est point un paradoxe d'écrire que si Florence n'avait pas existé, les laboratoires de criminalistique n'existeraient pas ou ne seraient pas ce qu'ils sont. Il n'y a pas une question de cette discipline qu'il n'ait abordée avec succès. Le premier travail d'ensemble sur les empreintes et les traces est signé de lui. Il a été des tout premiers à identifier les empreintes digitales trouvées sur le terrain du crime ; et il n'a, bien entendu pas publié une ligne sur cette question. Les meilleures méthodes d'analyses rapides des taches organiques sont celles qu'il a découvertes, et qui ne portent pas toutes son nom.

Il faut reconnaître, — car ceci est un témoignage et non point un panégyrique, — que ce grand découvreur avait une chose terrible contre lui. Il ignorait l'ordre. Il l'ignorait systématiquement. Son vaste cabinet à la Faculté était tellement envahi de papiers, de livres, de journaux, de revues et de poussière que, non seulement, il n'y avait pas un coin de table de libre ni un siège sur lequel on put songer à s'asseoir, mais que le parquet lui-même était entièrement caché. Personne ne voudra me croire, mais j'ai pourtant été témoin de ceci : le garçon de laboratoire, pour se frayer un chemin jusqu'à la table centrale, poussant une chaise devant lui, sur le parquet encombré du

plus hétéroclite bazar, comme on pousse un chasse-neige sur une route des Alpes en décembre. Il est probable que le chasse-neige a dû rejeter sur les talus les notes préparées pour annoncer aux Sociétés savantes la découverte de tant de réactions qui portent aujourd'hui des noms étrangers.

Sic vos non vobis. Ceux qui travaillent ne sont pas ceux qui récoltent. M. Florence n'a connu ni les grades élevés de la Légion d'honneur, ni l'Académie de médecine, ni l'Institut. Je crois qu'il n'y tenait guère. D'autres auraient pu y tenir pour lui. Mais il n'importe. Comment oublier le sourire avec lequel parlant de confrères exigeants qui lui demandaient des recherches, se paraient de ses découvertes et négligeaient de le citer, il disait dans la langue de Mourguet : « Ces messieurs aiment l'ouvrage bien faite et faite par d'autres ».

Les trois romans physiologiques d'Edmond About. *Extrait d'un article de M. Marcel Thiébaut, dans* La Revue de Paris (1er *et* 15 *juillet* 1935), *intitulé* Edmond About :

... Cet hiver là Edmond About dîna un soir, chez des amis, avec le Professeur Charles Robin, le fondateur de l'histologie. Celui-ci parla d'animalcules qui, privés d'humidité, demeurent immobiles, insensibles, comme morts, jusqu'au jour où une goutte d'eau les ranime. « Pourrait-on ainsi dessécher un homme en faire une momie vivante ? », demanda About, traversé d'une idée subite. — Théoriquement oui, répondit Charles Robin, mais... et il montra que l'opération était pratiquement impossible. Elle ne l'était pas pour un romancier. En quelques semaines, About écrivit *L'Homme à l'oreille cassée*, l'histoire célèbre du colonel Fougas, momifié sous le Premier Empire et rappelé à la vie sous le second. Suivirent dans la même année : *Le Nez d'un notaire*, qui révéla aux Français comment avec un peu de chair tirée du bras d'un Auvergnat on peut refaire le nez du plus élégant des officiers ministériels, et *Le cas de M. Guérin*, biographie d'un fonctionnaire qui accouche au lieu et place de sa femme.

Ces trois romans physiologiques écrits l'un après l'autre à cadence rapide marquent une date dans la vie d'About romancier. C'est l'année des romans-farces, la dernière année où le normalien laisse paraître son goût de la blague et lâche la bride à son imagination burlesque. Oh ! il ne lui donne pas toute licence, car il est, depuis quelques années déjà, un homme arrivé qui administre sa vie avec une certaine prudence, il songe au public et à ses goûts, à la vente..... Mais enfin il écrit là des ouvrages qui nous semblent en correspondance naturelle avec son tempérament de farceur et de fantaisiste.

Ces trois livres représentent à peu près seuls, dans notre littérature, un petit genre secondaire, une sorte de *commedia dell' arte* du roman. Des personnages marionnettes y accomplissent avec gentillesse d'aimables extravagances. Au milieu de l'impétueux colonel du Premier Empire, du bon savant allemand et du notaire épris d'élégances, le fantastique prend un aspect bourgeois et familial. C'est là moins malheureuse tentative qu'on ait accomplie en France du côté de l'humour.

A propos de la morale sexuelle en U. R. S. S. *De M. Léon Lemonnier dans le* Mercure de France (15 juillet 1935): Front littéraire commun.

A l'heure actuelle, dans l'Union soviétique, la nouvelle morale tant décriée et discutée naguère, paraît bien avoir trouvé à peu près son équilibre.

Dans les premières années de la Révolution, tout était prétexte à bouleversement et à revendication : la vie sexuelle, comme le reste, fut sujette à révision.

Avec l'ardente logique russe, on s'en prit à tout ce qui représentait l'esprit petit bourgeois que Lenine, tant de fois, avait dénoncé, et l'honnêteté dans le domaine sexuel parut sincèrement à beaucoup comme un indice contre-révolutionnaire. Pendant cette époque de basse corruption, qui fut aussi celle trop fameuse des bandes d'enfants abandonnés, la licence en Russie ne connut plus de borne. Mais les dirigeants soviétiques ne tardèrent pas à comprendre l'immense danger qui menaçait le pays s'ils n'intervenaient pas aussitôt. Entre l'ordre bourgeois que le peuple avait renversé et le dévergondage effréné et morbide où il sombrait, il devait y avoir place pour de nouvelles valeurs, plus conformes aussi à l'esprit même des réformateurs et des chefs. C'est ce que comprit Lenine quand il adressa à la jeunesse ses pressantes objurgations :

« Qu'on ne s'y trompe pas ! affirmait-il. La nouvelle attitude de la jeunesse, à l'égard de la vie sexuelle, que les jeunes croient révolutionnaire, m'apparaît tout simplement à moi, qui suis un vieil homme, comme un prolongement des bons bordels de la bourgeoisie.

Et dans ce même célèbre discours, Lenine, nouveau moraliste de la Russie révolutionnaire, concluait ainsi : « L'absence de frein dans la vie sexuelle est bourgeoise, elle est une marque de dégénérescence. Le prolétariat est une classe de progrès. Il n'a pas besoin de l'ivresse pour stimuler ses forces. La maîtrise de soi, la discipline de soi, n'est pas l'esclavage, et en amour non plus. »

Réglementation de la responsabilité en droit commun. Le cas des médecins. (*Reproduction d'une brochure de M. Paul Benoist, imprimée par la Société A. Rey, Lyon*).

La réglementation de ce droit commun est contenue dans trois textes du Code civil, les articles 1147, 1382 et 1384. On peut la considérer comme voisine de la perfection parce que, le droit étant une science exacte, lesdits articles lui assurent en cette matière, par leur concision et précision, la généralité pour le présent et l'avenir, qui l'apparente aux sciences mathématiques.

Voici le schéma de ces trois articles :

La responsabilité contractuelle (article 1147) se distingue du fait des choses (article 1384) et des fautes personnelles (article 1382).

En voici le développement :

Quand on est dans le domaine du contrat, la question est exclue de savoir s'il y a eu imprudence, maladresse ou imprévoyance. Car la responsabilité ne disparaît pour l'un des contractants que moyennant la preuve « que l'exécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part ».

Il est remarquable que, lorsque la cause aujourd'hui la plus fréquente des fautes contractuelles a fait son apparition, et bien longtemps après la mise en application du Code civil, à savoir les avaries aux choses, les accidents aux personnes dans les transports ferroviaires, tous retards dans les arrivées ou livraisons, la législation est apparue adéquate aux besoins. Il n'a pas été nécessaire de créer de nouveaux textes législatifs pour la solution des litiges. En parlant de l'exécution ou de l'inexécution des conventions — formule heureuse par sa généralité — le législateur avait, par anticipation, résolu les litiges à venir, même dans le plus grand lointain. Il suffit de rappeler très brièvement le principe constant en jurisprudence, que les Compagnies de chemins de fer assument, comme transporteurs, au regard des transportés, voyageurs ou choses, l'obligation de les faire parvenir à destination, sains et saufs, en bon état et en temps voulu. Les preuves d'exonération de responsabilité incombent aux Compagnies.

Le progrès des sciences et de l'art médical, sur lequel nous insisterons, vient à son tour faire naître des problèmes mettant en cause la responsabilité de l'opérateur. Pour le Tribunal civil de Belfort (jugement du 19 décembre 1934), « il serait inéquitable d'admettre que la responsabilité des médecins, chirurgiens et dentistes n'obéit pas aux règles générales en matière de responsabilité... ; la responsabilité des médecins est une responsabilité contractuelle, en raison de ce que le préjudice que le malade subit résulte de l'inexécution d'une obligation née du contrat, de nature particulière, né entre lui et le praticien ; qu'il suffit donc, pour qu'il y ait responsabilité, que le professionnel ait mal rempli l'obligation mise à sa charge par son contrat passé avec son client ».

Tout autre est la doctrine d'un arrêt plus récent de la Cour d'appel de Lyon (19 mars 1935) que, « s'il existe, à la vérité, entre le médecin et son client un contrat, le médecin s'engageant à donner ses soins, et le client à le rémunérer, il ne peut y avoir de faute contractuelle qu'en cas de manquement à ces obligations, si le médecin ne procure pas les soins promis, ou les interrompt sans motifs graves ; au cas d'insuccès ou d'accident au cours du traitement, s'il est dû à une faute de sa part, cette faute réside, non dans un manquement au contrat, mais bien dans l'inobservation des prescriptions professionnelles de l'art médical, c'est-à-dire dans une faute délictuelle ou quasi délictuelle ».

Entre les deux décisions du Tribunal de Belfort et de la Cour de Lyon, nous donnons la préférence à la Cour d'appel, par l'effet d'un raisonnement relevant tout autant de la science mathématique que juridique. Le Tribunal de Belfort, pour trouver une raison de décider, est obligé de se demander si un médecin, dans le cas où il avait à statuer, aurait agi ainsi que l'a fait l'auteur du dommage.

Mais, faire cette recherche, c'est entrer dans le domaine d'application de l'article 1382, qui oblige à réparation celui « qui cause à autrui un dommage ». Il y a antinomie entre les deux articles 1147 et 1382. Dans le cas de l'article 1147, la recherche du fait ou de l'imprudence de celui qui ne satisfait pas à son obligation est interdite. Était-il apte, compétent, diligent ? Aucune de ces questions ne se pose.

Or, à notre avis, ces questions sont primordiales quand on s'adresse à un médecin. On ne se contente pas de s'assurer s'il est ponctuel et de parole ; s'il s'acquittera de son engagement dans le temps et avec la diligence voulus. On voudra, de plus, et c'est essentiel, qu'il ne commette aucune faute.

Concluons en ce qui concerne la responsabilité médicale. Dès lors que s'impose la question de savoir si un médecin prudent aurait agi comme l'a fait l'opérateur — médecin, chirurgien, dentiste — l'article 1382 entre en cause. — Voilà le critérium de la Cour d'appel de Lyon, et qui nous paraît absolument judicieux. Sans faute prouvée à la charge du médecin, sa responsabilité disparaît, bien entendu du fait de la pratique de l'art médical. Cette responsabilité subsisterait et se surajouterait, à notre avis, à celle de l'article 1147, si un retard ou une interruption injustifiée avaient été apportés au traitement.

Pour nous acheminer à l'examen de la responsabilité du fait des choses, nous croyons utile de citer deux décisions de Cours d'appel : l'une du 8 décembre 1935, de Poitiers, l'autre du 27 février 1931, d'Orléans :

D'après la Cour de Poitiers, « les articles 1382 et suivants C. C. sont sans explication entre les parties lorsqu'il s'agit d'une faute commise dans l'exécution d'une obligation résultant d'un contrat. Il en est ainsi lorsque le bailleur, ne faisant pas les réparations nécessaires, néglige de donner à ses locataires la sécurité à laquelle ils ont droit — obligation qui incombe aussi au propriétaire en cas de colonat partiaire.

« Est donc irrecevable l'action en dommages-intérêts introduite en vertu des articles 1384 et 1386 C. C. par des métayers contre le propriétaire, à raison d'un accident causé par la chute d'un pilier soutenant le portail du domaine loué ».

Litige et décision analogues pour le cas soumis à la Cour d'Orléans :

« ... Attendu que Castro était lié à Menez par un contrat d'hôtellerie qui impose à l'hôtelier, entre autres obligations, celle de protéger le voyageur contre les risques inhérents à sa circulation normale dans l'hôtel ; qu'en laissant s'engager Castro dans une cour, non éclairée directement qui donnait accès à la chambre réservée à son hôte de passage, et en négligeant de prendre les mesures de précaution indispensables pour éviter à celui-ci de s'engager dans l'escalier où il est tombé, Menez a méconnu l'une des obligations qui lui incombaient en vertu du contrat ; que c'est l'inexécution de cette obligation contractuelle qui est à l'origine du préjudice dont Castro demande réparation ; qu'il s'ensuit que ce dernier est mal fondé à se prévaloir des dispositions des articles 1382 et 1384 C. C., qui sont sans application lorsqu'il s'agit d'une faute commise dans l'exécution d'une obligation résultant d'un contrat. »

Ces deux décisions indiquent nettement la distinction entre le cas où la responsabilité contractuelle doit jouer, et ceux où c'est la responsabilité quasi délictuelle des articles 1382 ou 1384 qui est en cause.

« En ce qui concerne l'application de l'article 1384, dit l'arrêt de la Cour de Lyon, cet article est aussi général que possible, il édicte la responsabilité du gardien de la chose, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant qu'elle était ou non actionnée par la main de l'homme, ni qu'elle fût ou non dangereuse. »

L'article 1384 se rapproche de l'article 1147 en ce qu'il exclut, comme ce texte, tout examen de savoir s'il y a eu faute, imprudence ou négligence de la part de celui à qui des dommages-intérêts sont réclamés. Une différence existe toutefois entre les causes d'exonération admises par les deux textes : l'article 1147, moins strict, admet la justification de l'inexécution quand elle provient d'une cause étrangère qui ne peut être imputée à celui qui l'invoque. L'article 1384 subordonne l'exonération à la condition essentielle de la preuve que le fait reproché n'a pu être empêché par celui à qui il est imputé.

L'article 1384 se sépare encore davantage de l'article 1382, en ce que, si ces deux textes ne donnent lieu à dommages-intérêts que s'il y a eu préjudice, l'article 1384 n'exige la preuve d'aucune faute imputable à l'auteur du dommage. C'est la chose dont il a la garde qui occasionne sa responsabilité, indépendamment de toute participation personnelle quant à lui.

Cette responsabilité présente un caractère particulier. Elle ne dérive pas essentiellement du droit de propriété qui, toutefois, se confond le plus souvent avec la charge de la garde. Mais cette charge peut être transférée à un tiers. Et, comme le relève la Cour, les circonstances du danger ou d'absence de danger, de l'inertie de la chose ou de son actionnement par la main de l'homme sont inopérantes.

Dans l'espèce, très intéressante, jugée par la Cour de Lyon, d'un grave accident de *radiodermite*, la question se posait de l'attribution des responsabilités en résultant, à la charge soit du médecin qui opérait le malade sur l'indication de l'opérateur radiologiste, soit de ce dernier. La Cour a prononcé la responsabilité du radiologiste, encourue du seul fait qu'il avait la garde de son appareil. Le médecin, opérant sur les indications de l'opérateur radiologiste, a été acquitté comme n'étant justiciable que de l'article 1382 et d'ayant commis aucune faute d'après ce texte.

Notons, toutefois, que les Tribunaux manifestent la tendance d'exiger des médecins qu'ils se tiennent au courant des méthodes ou des découvertes récentes et qu'une pareille sévérité d'appréciation vient de se traduire, à l'égard des notaires, par un récent arrêt de la Chambre civile (16 avril 1935 — *Gaz. Trib.*, numéro des 27 et 28 mai) qui condamne un de ces officiers ministériels à des dommages-intérêts en réparation du préjudice causé à un de ses clients pour ne pas l'avoir mis en garde contre le risque de priorité du Trésor public, dont la prétention juridique était très discutée à l'époque du prêt, mais a fini par être admise, au détriment du client bailleur de fonds.

Il nous a paru intéressant et curieux de formuler les considérations doctrinales qui précèdent, d'après des faits que le législateur de 1804 ne pouvait soupçonner et qui font ressortir avec quelle sûreté les principes de responsabilité ont été établis par lui, puisque des circonstances nouvelles et imprévues justifient une réglementation demeurée aussi efficace qu'en 1804 — et répondant par conséquent aux conditions actuelles.

C'est une preuve de la vitalité du Code civil.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 34 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 AOUT 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Internat en pharmacie. — Candidats admis au concours pour l'internat en pharmacie des hôpitaux parisiens :

Mlle Christiane Laroche, M. Mangeot, Mlles Zapp, Hélène Gasatz, MM. Ferrerra, Floret, Maurice Charles, Mlles de Vodzinska, Lambert, M. Bergeron, Mlle Kirsh, MM. Rolandez, Planchon, Béthune, Le Breton, Philippot, Mlles Gaulier, Villepreux MM. Jolivet, Dastugue, Pinard, Rollet, Lafond, Béranger, Daudet, Leheuzet, Mlle Geneviève Maillard, MM. Gillet, Morel, Mlle Renée Sitri, MM. Capron, Philippe Jean, Chevallier, Bourgeois, Henry, Bagros, Denis, Mlle Chanteau, MM. Hilaire, Lebas, Mlle Yvette Gibergy, MM. Le Marchand, Brunet, Caye, Jauron, Molliand, Mlle Marie Morin, MM. Degusseau, Thépénier.

Ces nouveaux internes entreront en fonctions au mois d'octobre.

Faculté de médecine d'Aix-Marseille. — M. Gaujoux, professeur de clinique médicale, est transféré, à compter du 1er octobre 1935, dans la chaire de thérapeutique, et M. Metti, professeur de thérapeutique, est transféré, à compter du 1er octobre 1935, dans la chaire de clinique médicale de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale de l'Université d'Aix-Marseille.

Faculté de Nancy. — M. Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est renouvelé pour une période de trois ans, à compter du 1er novembre 1935, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

Légion d'honneur. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Charles Matteï, professeur à la Faculté de médecine de Marseille.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — *Cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance.* Le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Docteur Ch. LESTOCQUOY, médecin assistant, fera du jeudi 12 au samedi 28 septembre 1935, à l'hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 heures : Visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon, à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades.

Droits d'inscription : 150 francs.

Noms de médecins donnés à des rues. — Les noms suivants sont attribués aux voies et squares suivants : « square Samuel-Rousseau » au square situé en face de l'église Sainte-Clotilde (7e) ; « square du Docteur-Grancher » au square créé sur la partie de la rue Sorbier au sud du groupe scolaire à l'emplacement de l'ancienne rue de la Cloche (20e) ; « rue des Docteurs-Déjerine », à la voie d'isolement de la zone ouverte entre la rue Eugène-Reisz et la porte de Montreuil (20e).

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 10 octobre 1935, à 16 h. 30, à l'hospice général.

Le registre d'inscription sera clos le 21 septembre 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

L'agrégation de médecine. — Le *Journal officiel* publie un arrêté pris par le ministre de l'Education nationale, en conformité avec les dernières délibérations du Conseil supérieur, pour donner au recrutement des agrégés de médecine la régularité nécessaire, en permettant d'étaler sur plusieurs concours les répercussions des suppressions d'emplois décidées par application des décrets-lois du 4 avril 1934, et d'offrir à chacun d'eux des places pour toutes les Facultés, et en particulier pour Paris dont la Faculté, par exemple, n'aurait pu offrir aucun emploi au prochain concours de 1936, alors qu'à celui de 1933, il y en avait eu quinze.

La mesure provisoirement prise, comme un palliatif à ces difficultés momentanées, mais qui pourrait être conservée si l'urgence en justifiait les commodités, consiste à laisser au ministre un délai de trois ans pour instituer des agrégés admis au concours des Facultés de médecine. Le traitement ne court que de la nomination. L'arrêté ouvrant le concours d'agrégation doit faire connaître les places pour lesquelles la nomination peut être différée ; le terme de la période d'exercice reste fixé à l'expiration de la neuvième année à compter de l'institution.

Service de santé. — Par arrêté du ministre de la Guerre, l'inspection des Services médicaux de l'armée, l'inspection des Services chirurgicaux de l'armée, l'inspection du matériel du Service de santé militaire sont supprimées.

Hôpital Broussais (96, rue Didot, XIVe). — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* (Service de M. le Docteur Ch. LAUBRY.) *Cours complémentaire du lundi 7 au samedi 19 octobre 1935.* — Objet du cours : Séméiologie fonctionnelle et physique ; questions à l'étude dans le service.

Les leçons seront faites par M. le Docteur Ch. LAUBRY, avec le concours de M. le Docteur CAUSSADE, de MM. les Professeurs PEZZI (Milan), DOUMER (Lille) ; de MM. les Docteurs G. MARCHAL, P. SOULIÉ, A. VAN BOGAERT (Anvers) et V. AÏTOFF (Paris), D. ROUTIER, J. WALSER, A. JAUBERT, L. DEGLAUDE et R. HEIM DE BALSAC, L. SAMAIN, Th. BROSSE, J. LOUVEL, POUMAILLOUX, J. COTTET et de MM. M. LEBLANC et E. DE VÉRICOURT.



Horaire et programme du cours. — Lundi 7 octobre, 9 h. 30 Docteur Laubry : Étude physiologique des rythmes de galop. — 11 heures, Docteur Marchal : Souffles diastoliques. 15 heures, Docteur Heim de Balsac : Particularités de la radiologie cardio-vasculaire.

Mardi 8 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Étude clinique des rythmes de galop. — 11 heures, Professeur Pezzi : L'onde P du complexe ventriculaire initial dans l'état de santé et dans l'état pathologique (1re leçon). — 15 heures, Docteur Routier : Théorie de l'électro-cardiographie.

Mercredi 9 octobre, 9 h. 30, Docteur Soulié : Physio-pathologie des douleurs cardiaques. — 11 heures, Professeur Pezzi : L'onde P du complexe ventriculaire initial dans l'état de santé et dans l'état pathologique (2e leçon). — 15 heures, Docteur Heim de Balsac : Anatomie radiologique du cœur et de son pédicule.

Jeudi 10 octobre, 10 heures, Docteur Laubry : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur Deglaude : L'électro-cardiographie dans les syndromes douloureux.

Vendredi 11 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. 11 heures, Docteur Walser : Souffles systoliques. — 15 heures, Docteur Leblanc : État actuel de la phono-cardiographie.

Samedi 12 octobre, 9 h. 30, Docteur Routier : Dédoublement du premier bruit. — 11 heures, Docteur Van Bogaert : Régulation hypothalamo-hypophysaire de l'appareil circulatoire.

Lundi 14 octobre, 9 h. 30, Professeur Doumer : Les œdèmes chez les cardiaques. — 11 heures, Docteur Brosse : Étude clinique et expérimentale des neurotonies. — 15 heures, Docteur Jaubert : Examens bactériologiques chez les cardiaques.

Mardi 15 octobre, 9 h. 30, Docteur Aïtoff : État actuel de l'artériographie. — 11 heures, Docteur Samain : Épreuves d'aptitude cardiaque à l'effort. — 15 heures, Docteur Routier : Théorie de l'électro-cardiographie.

Mercredi 16 octobre, 9 h. 30, Docteur Heim de Balsac : Anévrisme pariétal du cœur. — 11 heures, Docteur de Véricourt : Le cœur dans la cirrhose bronzée. — 15 heures, Docteur Louvel : Traitement des varices.

Jeudi 17 octobre, 10 heures, Docteur Laubry : Consultation clinique.

Vendredi 18 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. 11 heures, Docteur Cottet : Examen du foie dans les insuffisances cardiaques. — 15 heures, Docteur Caussade : Les surrénales accessoires.

Samedi 19 octobre, 9 h. 30, Docteur Poumailloux : Examen endocrinien chez les cardiaques. — 11 heures, Docteur Laubry : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Docteur Leblanc, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Institut du Docteur Calot. — On demande un interne pour l'Institut Calot de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Conditions à remplir : avoir fini sa scolarité et subi tous ses examens (la thèse passée ou non). Être Français.

Conditions faites : logé, nourri, blanchi. Traitement fixe : 500 francs. Se présenter soit au Docteur Calot, 69, quai d'Orsay, à Paris, les lundis et samedis, entre 3 heures et 4 heures, soit au Docteur Fouchet, à Berck-Plage, Institut Calot, tous les jours, à 4 heures.

Engagement pour un an. Place à occuper immédiatement.

Nécrologie. — Docteur Barthe de Sandfort, de Cannes, décédé, à l'âge de 82 ans. — Docteur Louis-Gabriel-Paul Godin, décédé à Nice, dans sa 76e année. — Docteur René Grenier, ancien médecin de la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur. — Docteur Frédéric Neboux, de Lavaveix-les-Mines (Creuse), décédé à l'âge de 58 ans. — Docteur Saugeron, de Trouville (Calvados). — Docteur Stany E. Risacher, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique gynécologique à la Faculté française de Beyrouth. — Docteur Jules Gonin, professeur à l'Université de Lausanne. — Professeur Antonio Bentivegna, de Palerme.

ACTUALITÉS

Quelques notions cruciales du Pr Pende sur l'Endocrinologie

Par **J. Tauzin** (de Plombières)

Dans une courte introduction de son traité d'endocrinologie (1), l'auteur énumère ce qu'il considère comme les principes de l'endocrinologie moderne :

« 1° Notion physiologique de la spécificité et de « l'insubstitualité » fonctionnelles et de la relativité dynamique des « hormones.

« La fonction de la production endocrinienne est essentiellement une fonction stimulatrice et équilibrante, spécifique- « ment différente pour chaque hormone selon le processus « anabolique ou catabolique des différents protoplasmes cellu- « laires. Nous pouvons considérer cette fonction comme décom- « posable en trois résultantes finales : une action morpho- « régulatrice, une action chimico-régulatrice, une action neuro- « psycho-régulatrice ? La part que chaque hormone prend à « chacun de ces processus terminaux est toujours fonction de la « part qu'y prennent les autres hormones synergiques ou fonc- « tionnellement antagonistes.

2° Notion physio-pathologique.

« Dans les maladies des organes endocriniens, les symptômes « cliniques sont glandulaires, nerveux, dyscrasiques, dysgéné- « siques, souvent aussi psychiques ; les causes sont nerveuses « ou neuro-psychiques, toniques, infectieuses, néoplasiques, « héréditaires ou acquises dans la vie intra ou extrauté- « rine ; le point d'attaque des agents morbides est — ou pri- « mitivement le tissu glandulaire et secondairement le système « nerveux, — ou primitivement le système nerveux et secon- « dairement le tissu endocrinien, — ou les deux systèmes, « nerveux et endocrinien, en même temps. De plus, l'hérédité morbide d'une glande peut frapper dans les ascendants primitivement ou de préférence le système nerveux et chez les descendants le système endocrinien.

3° Notion anatomo-pathologique.

« L'anatomie pathologique et la clinique des sécrétions inter- « nes ne marchent pas de pair : des lésions anatomiques graves

(1) N. Pende. — Endrocrinologie, quatrième édition, 1934.

« des glandes peuvent demeurer cliniquement muettes : à des « lésions apparemment légères peuvent correspondre des mani « festations fonctionnelles graves. Au point de vue anatomique, « une lésion glandulaire ne reste pas obligatoirement localisée à « une seule glande endocrinienne, mais se répercute plus ou « moins sur une autre partie du système.

4° Notion nosographique.

« Les syndromes cliniques endocriniens sont monoglandulaires ou simples, ou pluriglandulaires, ou composés ou asso- « ciés. Dans chaque syndrome simple, il est possible de distin- « guer des symptômes dominants de foyers et de localisation « dans une certaine glande et des symptômes collatéraux ou de réaction interhormonale moins accusés. Plus ces derniers ten- « dent à émerger et à cliniquement se grouper en un point déterminé et localisable, et plus on passe des syndromes « monoglandulaires aux pluriglandulaires. Chaque syndrome « peut être complet ou incomplet, ou dissocié ou paradoxal « quand certains symptômes sont en contraste avec les autres « signes cliniques plus caractéristiques. Il existe toutes les formes de passage entre le syndrome complet, l'incomplet, le « latent, l'état subendocrinien et le tempérament endocrinien.

5° Notion thérapeutique.

« L'opothérapie endocrinienne n'est pas tant une thérapeu « tique de substitution, pour laquelle il faudrait des quantités « énormes et prolongées toute la vie de préparation hormonale « qu'une thérapeutique de stimulation et de rééducation physio- « logique des parties de la glande malade qui sont encore capa- « bles d'assumer une fonction suffisante. L'opothérapie n'est « pas toujours une thérapeutique strictement spécifique ou « homologue, puisque de l'efficacité d'une préparation glandu- « laire on ne peut déduire avec certitude ni le siège, ni la nature « du désordre fonctionnel, et une glande insuffisante peut être « stimulée aussi par un produit d'une autre glande. L'opothéra- « pie vraiment substitutive et rationnelle est uniquement celle « qui se réalise moyennant l'introduction de la glande homo- « logue prise sur un individu de la même espèce.

***

Par ailleurs l'auteur justifie la séparation qu'il fait dans son ouvrage de la partie théorique ou physio-pathologique de l'endocrinologie, d'avec sa partie pratique ou clinique.

Cela permet au chercheur d'approfondir la pathogénie d'un syndrome endocrinien déterminé sans s'embarrasser de l'étude physio-pathologique de toutes les glandes autres que celles à laquelle ce syndrome se rapporte. Et comme tous les syndromes sont complexes, cela permet aussi d'éviter les répétitions oiseuses pour chaque glande qui peut jouer un rôle dans chaque syndrome.

Et dans la partie clinique une autre séparation a paru nécessaire à l'auteur : celle des états où le syndrome est en rapport direct et absolu avec une altération endocrinienne, — et celle de toute une série d'états morbides dans lesquels joue un facteur un terrain endocrinien, mais par une voie indirecte, et pas toujours parfaitement démontrable.

***

Toutes ces notions sont tirées du premier volume de Pende qui constitue une véritable synthèse, la pathologie générale de l'endocrinologie. Pleine de vues personnelles et se suffisant à elle-même, elle prépare l'esprit à une compréhension exacte de ce qui suit.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal, par Jean GATELLIER et François MOUTIER. Un vol. in-16 de 240 pages, 22 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

L'originalité de cet ouvrage vient du plan même des auteurs. Ils ont étudié le traitement de l'ulcère du jour où le malade consulte pour la première fois jusqu'au jour de la guérison, au moins apparente, en envisageant toutes les éventualités.

Il ne s'agit pas d'un traité. On ne trouvera dans cette étude aucune bibliographie, mais seulement l'exposé de la thérapeutique des auteurs d'après une expérience portant sur 1.200 cas personnels. Une table des matières, conçue selon une formule nouvelle, représente à la fois le thème du développement de l'ulcère et le moyen pratique et rapide de trouver le traitement afférent à toute période ou accident de la maladie.

Après un exposé précis des acquisition récentes dans la pathologie de l'ulcère, les auteurs étudient la thérapeutique de la maladie non compliquée, diététique, médications anciennes et nouvelles, puis celle des complications, notamment des hémorragies. Les indications chirurgicales se dégagent ; le malade est préparé à l'opération. Les modalités de l'intervention, les complications post-opératoires sont longuement examinées, qu'elles soient d'ordre médical ou chirurgical, consécutives à la gastro-entérostomie ou à la gastrectomie. La prophylaxie même de l'ulcère trouve sa place dans l'ouvrage et lui sert de conclusion appropriée.

Leçons de Physiologie, par Léon BINET, avec la collaboration de MM. ARTHUS, E. BENHAMOU, R. FABRE, J. HAGUENEAU, Mme C. JERAMEC, MM. J. GOSSET, M. KAPLAN, J. MARIE, J. PATEL, A. SICARD, M. SUREAU. Un vol. de 246 pages avec 53 figures et 4 planches en couleurs, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dix-sept conférences de biologie appliquée faites par le Professeur L. BINET et ses collaborateurs, dans son service, en vue de réaliser un enseignement de *physiologie médico-chirurgicale*. Ces conférences portent sur des sujets variés auxquels des recherches et des travaux récents d'ordre biologique confèrent un intérêt certain pour la médecine et la chirurgie.

Les sujets traités sont les suivants : La réanimation par Léon BINET. — Sur la physio-pathologie des embolies artérielles, par Jean PATEL. L'athérome artériel, par Léon BINET. — Le pneumothorax des tuberculeux, par Julien MARIE. — A propos de la pathogénie et du traitement des ulcères gastro-duodénaux, par Jean GOSSET. — Le coli-bacille par Mme Colette JERAMEC. — L'occlusion intestinale, son syndrome humoral. Son traitement dit médical, par Léon BINET. — La pancréatite aiguë hémorragique, par Léon BINET. — L'exploration fonctionnelle de la rate, par Ed. BENHAMOU. — La néphrite aiguë (thérapeutique expérimentale), par Léon BINET. — Introduction à l'étude des maladies de la moelle épinière, par J. HAGUENAU. — Les grands syndromes douloureux de la face, par André SICARD. — Le rachitisme spontané et le rachitisme expérimental. — Les substances antirachitiques, par le Professeur René FABRE.

Thymus et glandes sexuelles (résultats cliniques de l'opothérapie thymique), par M. KAPLAN. — Le diagnostic biologique de la grossesse par M. SUREAU. — Les venins, par André ARTHUS. — Les injections d'huile par Léon BINET.

Actualités biologiques. Six leçons, par R. FABRE, Cl. WANGERMEZ, Ch. [illegible]. Prix : 18 francs. Édition Delmas, Bordeaux.

Il est bon que les étudiants en fin de scolarité soient informés par une vue d'ensemble de « l'état actuel » certains problèmes importants de biologie qui se sont relativement classés ou clarifiés pendant le cours de leurs études.

C'est dans ce but que les auteurs ont publié ces leçons sur : Le potentiel, d'oxydo-réduction. — La perméabilité cellulaire. — L'hypophyse. Physio-pathologie du tonus musculaire. — Le sommeil.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le béribéri, maladie par déséquilibre alimentaire

Par Raoul LECOQ
Chef du Laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Le béribéri est, ainsi que chacun sait, une affection extrêmement répandue en Extrême-Orient, spécialement aux Indes, en Indochine, en Chine, au Japon et aux Philippines, partout où l'alimentation au riz privé de sa cuticule (*riz poli*) prédomine. Notons cependant que la maladie peut s'observer aussi bien chez des sujets non consommateurs de riz, mais dont la ration comporte la présence d'une forte proportion d'hydrates de carbone et, notamment, des amidons.

Dans ses manifestations cliniques, le béribéri apparaît comme une maladie très polymorphe, dont les principaux types se résument en une forme sèche ou paralytique, une forme humide ou hydropique, associée à des troubles cardio-vasculaires et des symptômes tardifs de dégénérescence nerveuse, et des formes mixtes unissant l'hydropisie à la polynévrite.

L'évolution du béribéri n'est pas nécessairement rapide, foudroyante ; le plus souvent, au contraire, on observe des périodes de rémission, alternant avec des rechutes, ou encore une phase chronique succédant à une phase aiguë.

On a beaucoup discuté pour savoir si la décortication du riz devait être rendue responsable de la maladie, dont l'aspect épidémique a, par ailleurs, été maintes fois souligné. Très largement cultivé dans l'Inde, le riz y constitue l'aliment fondamental des populations ; et cependant le béribéri apparaît uniquement cantonné sur la côte Est de la province de Madras, en Assam et au Bengale, s'étendant jusque dans les régions ou le riz rouge (muni de sa cuticule) et le riz entier (*paddy*) réputés non dangereux, sont uniquement consommés (1).

Actuellement, deux théories très différentes s'affrontent, l'une considérant le béribéri comme une avitaminose, l'autre, comme une toxi-infection. Des arguments pour et contre chacune de ces théories ont été fournis, sans qu'en définitive le problème soit résolu. Toutefois, des expériences personnelles récentes, nous permettent de reprendre cette discussion et, croyons-nous, de trancher le débat en faisant du béribéri, une maladie par déséquilibre alimentaire.

***

I. Le béribéri, avitaminose B

Les expériences d'Eijkman, médecin hollandais attaché au service pénitencier des Indes Néerlandaises, forment la base de la théorie du béribéri par avitaminose (2). Une vaste enquête de Vordermann avait préalablement établi qu'on rencontre trois fois plus de cas de béribéri dans les prisons où les détenus consomment du riz poli que dans les établissements similaires où le seul riz incomplètement décortiqué est utilisé. Or, Eijkman montra que les poules, les canards et les pigeons, exclusivement nourris de riz décortiqué, contractaient également en 20 à 25 jours une maladie nerveuse, analogue au béribéri, la polynévrite aviaire (*polyneuritis gallinarum*), et ne tardaient pas à succomber. Les gallinacés nourris avec du riz non décortiqué (*paddy*) ou ayant encore conservé sa cuticule (*riz rouge*) continuaient au contraire à se développer normalement. Aussi bien, il suffisait d'adjoindre au riz blanc les déchets provenant du polissage du riz pour voir les accidents regresser et la santé des animaux redevenir satisfaisante.

(1) R. Mc Carrison. — *British med. Journ.*, n° 3.297, 8 mars 1934.
(2) C. Eijkman. — *Archiv. path. Anat. und Physiol*, 1897, 148, p. 523.

Pour expliquer ce fait, le médecin hollandais admit que le riz poli contient un poison dont le contre-poison se trouve dans la cuticule du grain.

Quelques années plus tard, Grijns, reprenant ces expériences, établit que la stérilisation se montre, pour le riz entier, aussi nocive que la décortication (1).

Désormais, les efforts des investigateurs portèrent sur la recherche et l'isolement de la substance antibéribérique contenue dans la cuticule du riz, lesquels aboutirent à l'extraction d'une substance impure que Funk baptisa du nom de « vitamine » (2).

Par la suite, Weill, Mouriquand et Michel devaient montrer que la question dépasse très largement le cadre exotique, le syndrome béribérique pouvant être produit expérimentalement non seulement avec le riz, mais encore avec n'importe quelles céréales ou légumineuses décortiquées ou stérilisées (3).

La vitamine initiale de Funk, extraite du son de riz, puis de la levure de bière et du cerveau, caractérisée également dans le germe et la cuticule des céréales, apparut comme un élément essentiel de la nutrition. Mais d'autres vitamines, non moins indispensables, ayant été découvertes, il devint nécessaire de les distinguer au moyen de leurs propriétés (hydrosolubles ou liposolubles), en même temps que les premières lettres de l'alphabet (A, B, C) étaient attribuées à chacune d'elles.

C'est ainsi que la vitamine antibéribérique ou antinévritique devint la *vitamine hydrosoluble B*, dont l'absence exclusive dans un régime synthétique suffit à provoquer — spécialement chez le pigeon, animal de choix — l'apparition de crises polynévritiques typiques, considérées comme caractéristiques de *l'avitaminose B*, lesquelles comportent essentiellement des manifestations nerveuses paralytiques et cérébelleuses, de l'anorexie et des troubles digestifs.

La carence absolue, totale, de vitamine B entraine chez le pigeon une évolution rapide, aiguë, de la maladie : mais celle-ci se développe plus lentement quand l'insuffisance est partielle. Elle peut même présenter des formes à crises périodiques ou à rechutes (*accidents polynévritiques récidivants*) quand la dose de vitamine B_2 présente dans la ration, se trouve juste au-dessous de la proportion minima indispensable (4).

Par la suite, le problème s'est compliqué du fait que

(1) G. Grijns. — *Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Ind.*, 1901, 41, p. 191.
(2) C. Funk. — *Journ. of Physiol.*, 1911-1912, 43, p. 395.
(3) E. Weill et G. Mouriquand. *Lyon médical*, n° 8, 22 février 1914. — P. Michel. *These Doct. Méd.*, Lyon, 1916.
(4) E. Weill et G. Mouriquand. *C. R. Soc. Biol.*, 1918, 81, p. 432. — Mme L. Randoin et R. Lecoq. *C. R. Ac. Sc.*, 1918, 81, p. 432.

la vitamine B initiale est apparue comme *un complexe* formé, semble-t-il, de trois vitamines B : une vitamine B_1, plus strictement antinévritique, une vitamine B_2 antipellagreuse, et une vitamine B_3 d'utilisation nutritive (1). La vitamine B_1 a été obtenue à l'état pur et cristallisée, par trois laboratoires différents ; sa nature chimique ne tardera guère à être élucidée. La vitamine B_2 est, au moins pour une part, constituée par des flavines. La vitamine B_3, initialement étudiée par Mme Randoin et Lecoq, puis par Williams et Waterman, reste momentanément, du point de vue chimique, la moins bien connue. Quoiqu'il en soit, Mme Randoin et Lecoq ont réalisé, en ajoutant les vitamines B_2 et B_3 à une ration purifiée privée du complexe B, un syndrome d'avitaminose B_1 simple, dans lequel poids et température se maintiennent presque jusqu'aux derniers jours de la vie, les crises finales survenant sans transition et causant brusquement la mort des animaux. En outre, ces mêmes auteurs ont obtenu un syndrome polynévritique *à évolution chronique*, chez les sujets dont le terrain est suffisamment résistant pour subir victorieusement une première atteinte (2).

Les manifestations très polymorphes de la maladie expérimentale, en relation avec la nature mieux connue de l'avitaminose B_1 simple, de l'avitaminose B totale et de l'avitaminose B globale ménagée, présentent, comme on voit de grandes ressemblances avec certaines formes cliniques de béribéri et plaident fortement en faveur de leur concordance.

Les meilleures preuves de l'identité possible entre le béribéri et l'avitaminose B sont malheureusement fournies par l'observation presque exclusive de cas survenus hors des régions où le béribéri sévit habituellement à l'état endémique. C'est spécialement au cours de la guerre mondiale de 1914 que les cas rapportés furent nombreux. Citons, en particulier, les observations de Leggate d'une épidémie survenue chez des coolies Chinois à leur débarquement en France, l'alimentation au cours d'un long transport, ayant consisté surtout en riz décortiqué (3). Sicard, Roger et Rimbaud ont également observé en 1917, à Marseille, chez des Annamites et des coolies Chinois arrivant de leur pays, plusieurs centaines de cas de béribéri contracté à bord des navires pendant la traversée (4). Des arguments plus frappants peuvent être puisés dans l'histoire de la campagne de l'armée britannique en Mésopotamie, spécialement pendant le siège de Kut-el-Amara (5). Massalongo décrit également des cas de béribéri survenus, à la même époque, dans l'armée italienne (6).

L'épidémie de béribéri observée en 1918, à Mytilène, dans un bataillon Cambodgien, par P. Navarre, mérite d'être relatée, car elle présente toute la rigueur d'une expérimentation (7). Le 6 mars 1918, la première et la deuxième compagnie du 20e bataillon indochinois furent confiés, en ce qui concerne l'alimentation à un nouveau lieutenant. Jusqu'à cette date, la ration du bataillon comportait : 750 grammes de pain, remplacés deux jours par semaine par 600 grammes de pain de guerre, 300 grammes de viande, 60 grammes de légumes secs, remplacés souvent par des légumes frais, 450 grammes de pommes de terre, etc... Partant de cette idée que les Indochinois doivent manger du riz, le nouveau lieutenant limita l'usage du pain à 100 grammes par jour, celui de la viande à 300 grammes par semaine et prescrivit l'emploi de riz poli, à raison de 700 grammes par jour. Dix-huit jours plus tard, un tirailleur se présentait à la visite médicale avec tous les symptômes du béribéri paralytique ; dix-huit cas analogues suivirent. Le 1er avril suivant, jugeant sans doute que l'expérience avait assez duré, le lieutenant ordonna le retour au régime primitif et tout rentra dans l'ordre. Les cas les plus graves furent guéris en 65 à 70 jours, la tisane de son de blé étant administrée parallèlement aux médicaments usuels.

Magnenot rapporte, d'autre part, qu'à Rabat, en 1922, une dizaine de tirailleurs sénégalais, présentèrent du béribéri à forme hydropique et cardiaque, à la suite d'un régime composé de viande bouillie, de riz décortiqué (500 grammes par jour), de sucre, de café, de sel et d'huile. Dans un cas, la forme sèche polynévritique, précéda la forme hydropique (1). Antonin signale enfin une petite épidémie observée chez le personnel indigène de la section d'Afrique Occidentale, à l'exposition de Marseille. Il s'agissait de danseurs de la Côte d'Ivoire qui absorbaient, d'une façon abusive et exclusive, le riz glacé dont ils se montraient très friands (2).

Retenons pour terminer l'observation de Livierato et Vagliano, laquelle montre que la maladie survient aussi bien en l'absence d'alimentation orizée, quand la carence en vitamines B est patente (3). En 1916-1917, pendant huit mois, les Iles Ioniennes (Céphalonie) ont été privées de céréales et de légumes secs, à cause du blocus ; la nourriture des habitants consistait en fromages et légumes verts (ceux ci en petite quantité), morue sèche, sardines et harengs (en conserve), viande, raisins secs, pommes de terre (en petites quantité), huile d'olive et vin. Suffisante en calories, une telle ration est très pauvre en vitamines B. Aussi, trois mois plus tard, la maladie commença à se manifester par des signes de polynévrite atténués, souvent accompagnés de légers œdèmes. Cinq mois après, le béribéri se présentait avec les signes les plus classiques. Seules, les régions montagneuses récoltant des céréales que les habitants consommaient, grossièrement moulues, ne furent pas atteintes.

II. — Le béribéri, toxi-infection

Si probantes que paraissent les expériences réalisées sur le pigeon à l'aide de graines de céréales décortiquées ou de régimes purifiés, si séduisantes que soient les observations rapportées plus haut où le béribéri semble résulter d'une alimentation carencée, de nombreuses observations cliniques — spécialement celles qui peuvent être faites dans les pays d'origine de la maladie — ne laissent pas que d'éveiller des doutes sérieux sur l'action unique et efficiente de l'avitaminose B dans la genèse du béribéri humain. Aussi la théorie toxi-infectieuse du béribéri a-t-elle trouvé et trouve-t-elle encore de sérieux défenseurs.

Janselme considérait déjà comme suffisamment prouvée

(1) R. Lecoq. — *Presse médicale*, 1933, 41, n° 66, p. 1300.
(2) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1927, 9, p. 513 ; et *C. R. Soc. Biol.*, 1929, 101, p. 11.
(3) A.-R. Leggate. — *Edimb. med. Journ.*, 1920, p. 32.
(4) J.-A. Sicard, H. Roger et Rimbaud. — *Paris méd.*, 1917, p. 459.
(5) W.-H. Willcox. *Brit. méd. Journ.*, 1920, 1, p. 73. — C.-A. Sprawson. *Quart. Journ. med. Oxford.*, 1919-1920, 13, p. 327.
(6) Massalongo. — *Boll. d. Cliniche*, n° 31, mars 1917.
(7) P. Navarre. *Thèse Doct. Méd.*, Paris, 1921.

(1) C. Magnenot. — *Journ. Prat.*, 1922, 36, p. 806.
(2) P. Antonin. *Sud Méd. et chir.*, 1923, 55, p. 2756.
(3) S. Livierato et M. Vagliano. — *Presse méd.*, 1928, 36, n° 71, p. 1135.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS



les 2 médicaments cardiaques essentiels

l'origine infectieuse du béribéri (1) ; l'agent pathogène ne pénétrerait pas dans l'organisme, mais se développerait sur la muqueuse digestive où il distillerait sa toxine, qui provoque la névrite caractéristique de la maladie.

Dans une série de notes, remontant à 1910, Bréaudat rapprochant des phénomènes observés chez l'homme, les résultats apportés par la méthode expérimentale, *in anima vili*, conclut à une infection des aliments par un microbe sporulé, voisin du vibrion septique, travaillant en bon accord et sous la protection du *Bacillus subtilis* (2).

Kohlbrugge, en 1911, arrivait à des conclusions analogues ; mais il attribuait la dégradation du riz à une bactérie acétifiante (3).

Aux Philippines, J.-E. Montes isola, en 1921, du foie des enfants ayant succombé à la maladie un microbe du type *Bacillus mesentericus*, qu'il retrouva ultérieurement dans les épanchements pleuraux et le liquide céphalo-rachidien (4). Ce germe, anaérobie strict, très polymorphe, donne chez le macaque auquel on l'inocule, une paralysie du train postérieur avec atrophie, très comparable aux paralysies béribériques observées chez l'homme.

Vers la même époque, P.-Noël Bernard, au cours d'investigations à l'Institut Pasteur de Saïgon, sur des états fébriles de causes indéterminées, isola de son côté par hémocultures, un microbe voisin des *Bacillus mesentericus*, *B. mycoïdes* et *B. megatherium*, habituellement présent chez des sujets atteints d'embarras gastriques fébriles, avec constipation, accompagnés et suivis d'une asthénie musculaire marquée (5). Il fut démontré ultérieurement que ces formes mal connues n'étaient autre chose que des cas de béribéri à divers stades d'évolution.

Inoculé à des porcelets de 5 à 10 kgr. à la sonde, dans l'estomac, en même temps qu'un repas liquide constitué par de la farine de riz, du lait, de la saumure non chauffée de poisson, ce microbe provoquait une maladie identique à l'affection de l'homme dont il provenait. Cette maladie expérimentale se limite parfois à un simple embarras gastrique ; mais elle peut aussi entraîner l'apparition d'une forme aiguë amenant la mort des sujets en quelques jours, ou s'orientant vers une forme chronique avec troubles de la motricité, caractérisés par des paralysies des membres postérieurs et des œdèmes suivis d'atrophie musculaire et de cachexie.

Les lésions anatomo-pathologiques déterminées par la maladie expérimentale et par la toxine du germe infectieux, reproduisent les altérations histologiques observées dans le béribéri (6).

A ce germe, P.-Noël Bernard a donné le nom de *Bacillus asthenogenes* ; il se présente sous la forme d'un bâtonnet légèrement arrondi, mobile, sporulé, anaérobie facultatif et prenant le Gram (7).

Dans l'Inde anglaise, Hugh, Acton et Chopra, ont depuis isolé du riz un microbe sporulé qu'ils disent voisin de *B. asthenogenes*, pénétrant dans le riz en l'absence de sa cuticule, et donnant par culture aérobie une toxine soluble dans l'alcool qui reproduit sur l'animal les troubles nerveux du béribéri. En 1925, Higughi, au Japon, extrait

(1) E. Jeanselme. — *Le béribéri.* Encyclopédie des aides-mémoires Léauté, Paris, s. d.
(2) L. Bréaudat. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1910, 3, pp. 13, 65, 113, 317 ; 1911, 4, p. 198.
(3) J.-H.-F. Kohlbrugge. — *Koninklijke Akademie Van Wetenshappen Amsterdam*, 1911, p. 904.
(4) J.-E. Montes. — *Los Progressos de la Clinica*, 1936, 34, n° 2.
(5) P.-Noël Bernard. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1921, 25, p. 450 : et *Bull. Soc. Path. exot.*, 1922, 15, p. 527.
(6) P.-Noël Bernard et J. Bablet. — *C. R. Soc. Biol.*, 1925, 92, p. 668.
(7) P.-Noël Bernard. — *C. R. Soc. Biol.*, 1924, 91, pp. 1199 et 1201.

également à partir du riz un bacille voisin du *B. subtilis*, qui, ingéré par la poule et le singe, reproduit des signes de béribéri. Enfin, en 1929, Matsumura, Kakinuma et leurs collaborateurs ont isolé un germe voisin du *Bacterium coli commune* qu'ils considèrent également comme responsable du béribéri (1).

La principale objection que l'on peut faire à cet ensemble de recherches, c'est que *les microbes mis en cause par les différents auteurs ne sont vraisemblablement pas le même*, certains prenant le Gram, alors que d'autres ne le prennent pas, autant du moins qu'il est possible de se faire une opinion en s'appuyant sur des descriptions fréquemment incomplètes.

Quoiqu'il en soit, suivons Noël Bernard dans ses déductions, basées sur une expérimentation rigoureuse et du plus haut intérêt. Pour lui, la maladie du porcelet est la véritable reproduction expérimentale du béribéri. Dans l'un et l'autre cas, le point de départ de la maladie se trouverait dans l'altération des fonctions gastro-intestinales sous l'influence d'une alimentation caractérisée par un excès de riz ou, dans un sens plus général, de glucides, par rapport aux autres aliments (2).

Le contenu stomacal des hommes béribériques et le contenu stomacal des porcelets infectés expérimentalement par le *Bacillus asthenogenes* subissent une fermentation de même nature, qui s'accompagne d'une altération de la sécrétion gastrique. Cette altération est caractérisée, selon Noël Bernard et Guillerm, par une hyperacidité due à l'acide lactique et aux acides organiques volatils : acides acétique, butyrique et propionique. La culture du *B. asthenogenes*, dans les mélanges alimentaires *où dominent les glucides* et spécialement le riz, donne une acidité de même nature (3).

La fermentation provient de l'infection initiale, de l'asthénie stomacale et de la rétention du bol alimentaire qui en résultent, et aussi de la composition de ce bol. Sous l'action de la masse hyperacide, la muqueuse stomacale présente des lésions hémorragiques ou ulcéreuses qui ont pour conséquence une altération de la sécrétion glandulaire.

La maladie expérimentale peut se transmettre par les déjections d'un animal infecté à un animal sain cohabitant avec lui. Elle ne se produit pas en 110 jours, chez le porcelet, quand la ration alimentaire est préalablement stérilisée, si le *B. asthenogenes* manque. Inversement, elle apparaît en moins de 110 jours, avec une ration de riz et de son simplement chauffée à 100° (non privée de ses vitamines B, du moins dans sa plus forte proportion), dès que le *B. asthenogenes* y est ajouté et que les repas infectants se trouvent répétés (4).

Ces faits expérimentaux semblent nettement en désaccord avec la théorie du béribéri causé par l'avitaminose. Des faits cliniques du même ordre peuvent être rapportés, notamment ceux de Mc Carrison auxquels nous faisions allusion au début de cet article. Paez cite, d'autre part, des cas de contagion survenus à Ciudad-Bolivar, parmi des malades de l'hôpital Ruiz et dans certaines casernes (5). Les sujets d'un même dortoir étaient seuls atteints, alors que les autres recevant la même alimentation restaient indemnes. C'est donc ici exactement le contraire de ce qui fut observé par Navarre à Mytilène, où la com-

(1) Cités par C.-C. Terife. — *Thèse Doct. Méd.*, Paris, 1935.
(2) Noël Bernard. — *Les grandes épidémies tropicales : Sur l'étiologie et la prophylaxie du béribéri*, Paris, 1930, p. [illegible].
(3) P.-Noël Bernard et J. Guillerm. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1924, 17, p. 382.
(4) P.-Noël Bernard. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1925, 18, p. 65.
(5) F.-R. Paez. — *Gaceta. Medica de Ciudad. Bolivar*, 1932, n° 120

munauté de table était le lieu qui unissait les béribériques. A ce type toxi-infectieux appartiennent encore les six cas de béribéri observés par Toullec et Goiran chez des Européens recevant une nourriture riche et bien composée, mais vivant dans une région infectée (caserne d'Hanoï) (1). Les observations de ce genre pourraient être multipliées; nous nous sommes contenté de rapporter les plus typiques.

* * *

III. — Le déséquilibre alimentaire et le béribéri

La dualité d'étiologie du béribéri (maladie due tantôt à une avitaminose et tantôt à une toxi-infection) est, à l'heure actuelle, admise par tous ceux que l'esprit de parti n'aveugle pas. Dans sa thèse, inspirée par Tanon, Terife aboutit ainsi aux conclusions suivantes (2) : « Le béribéri est une maladie qui se présente très souvent comme une infection due à un germe spécifique, qui se développe dans un milieu gastro-intestinal favorable, grâce à l'action doublement favorisante d'un régime très riche en hydrates de carbone et très pauvre en vitamines B. Ceci n'exclut pas l'existence de cas où l'avitaminose agit seule, sans le secours de l'infection, ni celle de cas infectieux purs, sans association de carence alimentaire ».

Cette façon très sage d'envisager les choses ne satisfait cependant qu'à demi l'esprit critique du clinicien, d'autant que la « spécificité » du bacille mise en cause est loin d'être démontrée.

Nous pensons, par contre, que nos expériences, poursuivies sur le pigeon, éclairent d'un jour tout nouveau cette question. Ces animaux constituent, comme nous l'avons vu un réactif biologique particulièrement sensible à l'avitaminose B, mais très sensible également au déséquilibre alimentaire. Nous savons que l'avitaminose est très simplement réalisée par l'absence de vitamine dans une ration, cette carence est obtenue soit par certaines pratiques industrielles appliquées à des aliments naturels (cas du riz poli) soit par extraction chimique, dans le cas des régimes artificiels.

Les régimes plus ou moins synthétiques utilisés dans les laboratoires peuvent être variés à l'infini et convenir également au bon entretien de la vie des animaux. L'un des constituants organiques (glucides, protéides ou lipides) prévaudra le plus souvent dans ces mélanges. Or nous avons amplement démontré que dans chaque classe de substances, certaines d'entre elles se comportent autrement que les autres, entraînant par leur présence *un déséquilibre de la ration qui se traduit par l'apparition de crises polynévritiques, absolument superposables à celles qu'on observe dans l'avitaminose B.* Ces crises surviennent en présence de doses normales de vitamines B et, très souvent aussi, en présence de doses six à huit fois supérieures à celles qui seraient habituellement suffisantes. Parmi ces « substances de déséquilibre », nous citerons l'huile de ricin, la peptone d'ovalbumine et le lactose (3).

La preuve du déséquilibre est faite par le rétablissement de l'équilibre de la ration, par modification des proportions des diverses substances entrant dans le régime. Une fois réalisé, cet équilibre permet la bonne utilisation par l'organisme des substances dites de déséquilibre.

(1) F. Toullec et Goiran. — *Gazette Méd. de France*, 11 août 1934.
(2) C.-C. Terife. — *Loc. cit.*
(3) R. Lecoq. *Journ. Pharm. et Chim.*, 1933, 8e série, p. 11; *C. R. Ac. Sc.*, 1931, 193, p. 1269. — R. Lecoq et J. Savare. *C. R. Ac. Sc.*, 1933, 196, p. 1693 ; 1934, 198, p. 1540. — R. Lecoq. *Presse méd.*, 1934, 12, n° 82, p. 1597 ; *C. R. Soc. Biol.*, 1934, 117, p. 994.

Cette notion nouvelle étant connue, nous nous sommes aperçu que *l'introduction dans le régime d'acides gras* remplaçant les glycérides (1), ou encore *l'adjonction quotidienne de bacilles lactiques à un régime riche en glucides* (2), aboutissent également à un déséquilibre de la ration alimentaire, se traduisant par l'apparition d'accidents polynévritiques chez le pigeon, malgré la présence de quantités de vitamines B, considérées normalement comme satisfaisantes.

Le déséquilibre alimentaire cause de crises polynévritiques chez le pigeon, au même titre que l'avitaminose B, peut donc être dû soit à la présence d'acides gras, soit encore *à l'action de microbes générateurs d'acides aux dépens des glucides.* On comprend dès lors que *tous les microbes générateurs d'acides pourront entraîner l'apparition de troubles identiques* et que, dans ces conditions, la spécificité est illusoire.

Bréaudat qui semble avoir eu les vues les plus justes sur cette question, ne manque pas de faire remarquer l'exagération du taux des glucides (en l'espèce, sous forme de riz glacé) dans l'alimentation des Indochinois, le rapport nutritif moyen étant :

$$\frac{\text{albuminoïdes}}{\text{substances ternaires}} = \frac{1}{6,9} = 0,144$$

alors que le même rapport est, chez l'Européen, de :

$$\frac{\text{albuminoïdes}}{\text{substances ternaires}} = \frac{1}{4,6} = 0,217$$

Le régime, écrit-il, avec son collaborateur Lalung Bonnaire, ne paraît pas manquer naturellement d'éléments indispensables, sans quoi on s'expliquerait mal ces améliorations momentanées, sinon ces guérisons, que produisent incontestablement de simples purgatifs, ou certains antiseptiques intestinaux (3).

Par contre, l'intervention microbienne ne paraît pas douteuse à ces auteurs, laquelle s'effectue par l'intermédiaire des mouches et s'exerce aux dépens des amidons, en donnant des acides volatils : formique, acétique et propionique.

Nous avons vu plus haut que des ferments acétifiants pouvaient être également mis en cause (Kohlbrugge) et que le *Bacillus asthenogenes* lui-même se montrait grand producteur d'acides, en particulier d'acide lactique.

Le manque de spécificité du microbe ne semble avoir ainsi qu'une importance secondaire, le syndrome primordial que Bréaudat et Lalung-Bonnaire ont bien mis en évidence, c'est *l'intoxication acide*, que révèle l'exagération du coefficient Maillard, et qui entraîne, comme nous l'avons montré, *un déséquilibre alimentaire*. Ce déséquilibre se manifeste par l'apparition d'accidents considérés jusque-là comme typiques de l'avitaminose B, mais qui se produisent aussi — dans les conditions que nous venons de préciser — en présence même de ces vitamines.

* * *

Conclusions

Une meilleure connaissance des causes capables de provoquer expérimentalement, chez le pigeon, l'apparition de crises polynévritiques typiques, permet, croyons-

(1) R. Lecoq. — *C. R. Ac. Sc.*, 1935, 200, p. 1979.
(2) R. Lecoq et H. Villette. *C. R. Soc. Biol.*, 1925, 119, p. 274 ; et R. Lecoq. *C. R. Soc. Biol.*, 1925, 119, p. 276.
(3) L. Bréaudat et Lalung-Bonnaire. — *Troisième Congrès de Med. tropicale*, Saïgon, novembre 1913.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Une croisade du silence. — *Sous ce titre, un article de M. Gaëtan Sanvoisin, dans Figaro.*

... Et voici que la plupart des journaux font écho à une intéressante initiative du Docteur Viguier, qu'il vient de porter à la connaissance du public sous la forme d'une lettre adressée au conseiller municipal du 17ᵉ arrondissement, le Docteur Lobligeois, et communiquée à la presse. Le Docteur Viguier propose d'envisager la construction, dans Paris ou à ses abords immédiats, d'une sorte de « cité du silence ». Un tel nom figurant à la table des matières d'un ouvrage d'Edgar Poe ou de Villiers de l'Isle-Adam, annoncerait on ne sait quel hallucinant programme. En l'occurrence, c'est d'un programme de paix qu'il s'agit, de « la paix chez soi », selon le titre donné par Courteline à sa pièce fameuse représentée pour la première fois il y a plus de trente ans, au Théâtre Antoine et qui, précisément met en scène un homme de lettres, le brave Trielle. Mais, chez Courteline, le héros de la comédie en un acte n'est tributaire que d'une aventure conjugale. Ceux au nom desquels parle le distingué correspondant du Docteur Lobligeois sont tributaires de ce tintamarre en série que provoque du fait d' « usagers indiscrets, la T. S. F.

Développant son idée, le Docteur Viguier écrit : « Une telle maison (ou plutôt cité) du silence ne manquerait pas de locataire. Elle n'est pas plus absurde que la maison d'ateliers pour artistes, la maison de bureaux commerciaux, et tant d'autres que l'on peut concevoir. Elle permettrait à tous ceux qui savent encore lire et qui n'ont pas besoin qu'on leur « parle » le journal de se livrer à la lecture sans être importunés par leurs voisins. L'intellectuel y travaillerait à son aise. De tels immeubles ne peuvent être que le fait d'une ville ou de puissances financières importantes, car ils doivent être d'une étendue assez grande entre quatre larges avenues pour s'isoler par ce moyen des bruits environnants... Il va sans dire qu'un tel immeuble doit comporter des appartements de prix modérés, car la tranquilité chez soi ne saurait être un luxe ».

....

Le Docteur Lobligeois n'a-t-il pas répondu en termes encourageants ? « Une cité du silence ! Bravo ! La réaliser dans Paris, impossible ; mais à la périphérie. Il y a, par exemple, boulevard Suchet, des immeubles formant des blocs isolés, séparés les uns des autres par des voies larges et dans lesquels les locations (à loyers modérés) se font mal. Je crois que votre idée pourrait y être réalisée ; je la soumettrai à la régie qui s'occupe de ces immeubles. »

Buveurs d'eau. — *De M. Emile Henriot* (LE TEMPS, 29 juillet), *cette chronique consacrée au livre que Mme Marie-Louise Pailleron vient de publier chez Arthaud* :

On dit que les buveurs d'eau sont méchants : ce doit être un proverbe de notre Midi viticole. Il ne joue absolument pas pour la catégorie d'aquatiques que Mme Marie-Louise Pailleron vient d'évoquer, avec autant de verve que d'esprit, dans ses amusants *Buveurs d'eaux*. Ce pluriel est à remarquer. Il dit tout de suite de quoi il retourne, et qu'il s'agit ici d'amateurs des stations thermales. Sujet de saison, et livre à mettre dans sa valise au moment où plus d'une s'en boucle, à destination de Vichy, de Barèges, de Luchon ou d'Aix. Loin d'être de méchantes gens, les habitués des sources minérales paraissent au contraire des personnes dociles et d'une exemplaire régularité dans leurs mœurs, à voir la constance qu'elles apportent à suivre les rites prescrits, l'horaire et le nombre des absorptions, des inhalations et des immersions, et leur parfaite obéissance aux lois locales du traitement. Sur la psychologie du baigneur et la véritable espèce de franc-maçonnerie qui règne entre les patients estivaux d'une même cure, il y aurait une étude assez riche à faire, sur le double thème de la maladie et de la foi. J'admire et j'envie ces croyants, non que leur confiance dans la médication qui leur sied me paraisse en rien illusoire et répréhensible : c'est leur sécurité qui me semble surtout enviable. Ils savent ce dont

ils ont besoin, où le trouver ; et ils y vont, et ils y retournent. Connaître de quelle panacée relève chacune de nos misères, et croire en son efficacité, c'est déjà un bien appréciable. D'où, sans doute, l'air paisible, heureux, détendu, qu'on voit aux habitués des villes d'eaux. Autant que les bienfaits de la source et de la piscine, ils y trouvent un repos charmant : celui qui naît de l'habitude.

Ce n'est point là le thème qu'a traité Mme Pailleron, historienne et voyageuse littéraire. Plus que de cures, son affaire est de pèlerinages, et sous prétexte de rhumatismes, de foies déficients et de bronches faibles, ce sont d'illustres valétudinaires qu'elle s'est divertie à aller rechercher sur place, et peut-être non sans malice. Car il est toujours piquant de constater que, si beau qu'il soit, le génie ne fleurit jamais que sur de pauvres carcasses d'hommes, sujettes comme toutes les autres aux infirmités et aux maux communs à l'humanité tout entière. C'est Montaigne avec sa gravelle, semant son chemin de petits cailloux de Plombières à Rome, par toutes les stations balnéaires des Vosges, d'Allemagne, d'Italie : mais pour nous rapporter, de cette randonnée d'égrotant, le charmant journal de son *Voyage*. C'est Mme de Sévigné à Bourbon, pour ses jointures : occasion de jolies chroniques. C'est, à Cauterets, la reine Navarre, qui, après avoir pris les bains des monts Pyrénées, en ce début de septembre, « où ils commencent d'entrer en vertu », se vit immobilisée, elle et sa suite, dans la montagne, par le débordement d'un gave : et comme l'eau ne s'en allait pas, pour employer ces loisirs forcés, chacun de raconter une histoire, dont le recueil fit l'*Heptaméron*. C'est encore à Cauterets, Chateaubriand vieilli et soignant sa goutte, qui rencontre l'Occitanienne, et noue avec elle le joli roman de sa soixantaine. C'est Lamartine, à Aix, et qui dans un verre d'eau trouve *le Lac*... Ainsi tout est bon au génie, et jusqu'au soin de sa personne. Cette clientèle hors série n'a d'ailleurs pas été ingrate pour les lieux auxquels elle était venue demander des remèdes. Elle a beaucoup fait pour leur renommée. La clientèle d'un grand homme, on n'a rien trouvé de mieux en matière de publicité.

Le livre de Mme Pailleron offre un autre sujet de réflexion, qui touche aux mœurs, à l'histoire de la société. Il n'y a pas si longtemps encore, la station thermale n'était pas seulement le lieu d'une cure : on s'y installait pour l'été, la saison y durait trois mois, et trois mois un groupe, fidèle chaque année en ses retours, y organisait une vie charmante de repos, d'échanges, de sociabilité, de stabilité. On connaissait là de vraies vacances, de rêverie et de promenades dans les plus beaux sites. L'étranger y venait nombreux et restait. Beaux jours de Luchon, de Biarritz ou de Plombières, sous l'Empire et jusque dans les dernières années du siècle dernier, qu'êtes-vous devenus ? Ces habitudes estivales ont bien changé. De nos jours, quiconque peut s'offrir des vacances ne songe plus qu'à courir les routes en auto, et l'hôtel a tué le chalet et la villa. On ne s'arrête plus dans la reine des Vosges ou dans la perle des Pyrénées, si l'on a besoin de leurs eaux, que les vingt et un jours ordonnés par la Faculté, et l'on y est à peine purgé qu'on repart. Lamartine, sauf hasard, n'aurait plus le temps de rencontrer Elvire, ni Mme de Sévigné de brocher ses lettres. C'est le mal de la vie moderne, où l'on semble n'être bien nulle part, où le bonheur est de se fuir : comme si chacun de nous s'assommait en face de lui-même et seul avec soi, et n'avait plus d'autre plaisir qu'à changer sans cesse d'*ailleurs* à la condition d'y aller vite. — E. H.

L'hygiéniste avant tout doit être médecin. — *Détaché, d'un article de M. le Docteur Briau dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (juin 1935), *intitulé* : LA PARESSE MÉDICALE.

L'hygiéniste avant tout doit être médecin. Et justement, je voudrais donner un conseil à nos jeunes futurs collègues. Je suis sûr que, lancés dans leur spécialité, ils se tiendront soigneusement au courant de tous les documents qui la concernent. Mais ce n'est pas suffisant. Il ne faut pas, comme beaucoup d'autres spécialistes, qu'ils se désintéressent de la médecine en général. « Medicus sum : medici nihil a me alienum puto ». La médecine en ce moment est dans une période de progression enthousiasmante. Les théories se transforment avec une rapidité telle que si l'on ne suit ses progrès au jour le jour, on perd le fil et le souffle. Moins que tout autre, le médecin hygiéniste doit lâcher le fil. Il doit se garder de cette paresse de tout connaître qui atteint trop souvent les gens très occupés et confinés dans leur compartiment. En médecine, tout connaître, dans la période actuelle, donne des satisfactions inestimables. Il ne faut jamais laisser passer un journal médical sans en extraire la moelle. De plus, l'hygiéniste le plus absorbé par ses fonctions doit toujours s'obliger à rester apte à remplir le rôle d'un médecin individuel dans un cas d'urgence.

Médecin d'abord !

nous d'interpréter avec plus d'exactitude l'étiologie du béribéri.

L'avitaminose B paraît être exceptionnellement à l'origine de cette maladie, le plus souvent en dehors des contrées où elle sévit à l'état endémique.

Par contre, dans les régions où le béribéri règne habituellement, il semble devoir être attribué à un déséquilibre alimentaire, lequel se manifeste aussi bien en présence de larges proportions de vitamines B dans le régime. Ce déséquilibre aurait le plus souvent pour cause une intoxication acide de l'organisme, due à l'intervention dans le tractus digestif de microbes non spécifiques qui, tels le *Bacillus asthenogenes*, agissent en produisant aux dépens des glucides abondants dans la ration, de fortes quantités de dérivés acides.

(Laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye).

A propos d'un cas typique de lithiase du pancréas

Par Louis BORY

La lithiase du pancréas est rare et n'est habituellement, disent les classiques, qu'une surprise d'autopsie. On pourrait dire aujourd'hui qu'elle est une surprise d'examen radiologique ; j'ajouterai que, si l'on prenait l'habitude de penser à elle et d'analyser certains syndromes douloureux de l'étage supérieur de l'abdomen, l'examen radiologique pourrait être non plus une surprise, mais une confirmation d'un diagnostic qui me semble facile à faire sur le vivant. C'est du moins l'impression que me laisse l'observation ci-dessous. Il y manque certes nombre de recherches qui eussent complété son intérêt, mais dont l'absence ne change rien au caractère instructif de ce cas.

Au cours d'un séjour, ce dernier mois d'août, dans une petite ville landaise, mon hôte me demandait de l'examiner, n'osant plus, me disait-il, se montrer aux médecins de sa région, qui paraissaient le considérer comme incurable, lui conseillaient de cesser tout travail et n'opposaient à son état, dominé surtout par des crises douloureuses abdominales très aiguës, que des injections calmantes, probablement plus ou moins teintées de morphine.

Délaissant un instant la dermatologie, je me plongeai dans cet intéressant problème de médecine générale et n'eus pas à regretter de l'avoir trouvé sur mon chemin, puisque il me fournit l'occasion de connaître une affection qui ne m'était jamais apparue.

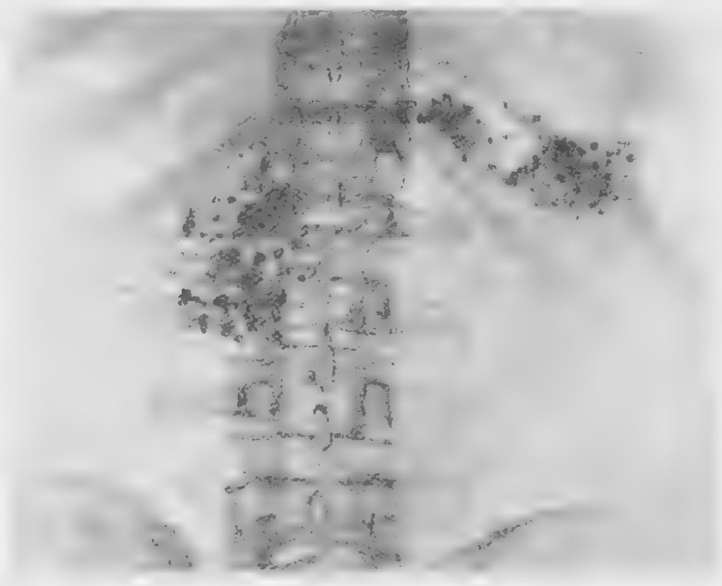
Voici quels étaient les éléments de ce problème et par quelles étapes j'arrivai à le résoudre avec une quasi certitude.

Le malade, âgé de 56 ans, souffrait depuis plusieurs années (cinq au moins) de crises douloureuses fort pénibles, durant chaque fois trois ou quatre jours, survenant par intervalles d'abord assez éloignés, puis plus rapprochés et progressivement devenus si fréquents depuis un an qu'ils constituaient un véritable état de crise, interrompu seulement par quelques rares journées d'un calme relatif.

Le caractère des douleurs, leur intensité, l'angoisse qu'elles déterminaient, leur siège dans l'étage supérieur de l'abdomen, leur caractère un peu transfixiant, faisaient penser immédiatement aux crises gastriques du tabes, à quelque ulcère stomacal ou à des crises de colite, ces trois affections rangées dans l'ordre de probabilité décroissante. Le malade condamné aux régimes les plus sévères et n'osant plus rien manger avait maigri progressivement de plusieurs kilogr. ; cet amaigrissement accompagné d'une asthénie assez compréhensible laissait visiblement soupçonner au malade et à son entourage que les médecins pensaient à une tumeur néoplasique inopérable, puisqu'ils avaient recours à la morphine.

Une chose m'étonnait aussitôt, l'absence de vomissements ; les crises douloureuses ne paraissaient pas avoir de relation avec le cycle digestif ; les alcalins ne les calmaient guère. Au début on avait étiqueté ces crises coliques néphrétiques et il semble bien que le malade ait rendu il y a cinq ou six ans des calculs par l'urèthre. Des cures répétées à Capvern, interrompues depuis deux ans, avaient paru améliorer l'affection.

Analysant d'un peu plus près les symptômes, je me rendis compte que rien ne justifiait l'idée de crise tabétique ; que les douleurs siégeaient dans l'étage supérieur de l'abdomen, mais assez diffusément et surtout dans le *cadrant gauche* et que les crises s'accompagnaient d'*arrêt des matières et des gaz* ; l'arrêt des gaz surtout était re-



marqué par le malade, pendant deux ou trois jours, durée de la crise, tout se rétablissant ensuite, souvent sous forme de diarrhée, grumeleuse et grasse. Cette *stéatorrhée* suivant la crise aurait dû me donner l'éveil et m'inciter à penser à l'insuffisance de la sécrétion externe du pancréas. Frappé surtout par le syndrome d'occlusion intestinale passager, coïncidant avec les douleurs paroxystiques, je pensai à des crises spasmodiques dues peut-être à l'existence d'un dolichocôlon et demandai un examen radiographique, qui pouvait nous éclairer en outre sur l'existence possible d'un ulcère ou néoplasme de la grande courbure de l'estomac, à quoi pouvait faire penser, malgré l'absence des vomissements et des hémorragies, le siège de la douleur, son caractère profond et transfixiant, aboutissant en arrière *vers l'angle de l'omoplate à gauche*.

Un examen radiographique avait été pratiqué au début des crises douloureuses alors assez espacées et n'avait porté que sur la région rénale droite ; on avait remarqué, dans la région approximative du bassinet droit une accumulation de calculs ; le malade, nous l'avons dit, fut considéré comme un lithiasique rénal et traité comme tel.

Nous nous transportâmes donc, mon malade occasionnel et moi, à Bayonne, à la clinique chirurgicale de mon aimable et distingué confrère le Docteur Delay, à qui je soumis le problème et qui m'aida grandement à le résoudre.

L'examen radioscopique de tout le tractus gastro-intestinal ne nous révéla aucun défaut apparent de structure ou de fonctionnement.

Rendez-vous fut pris dix jours après pour exploration et radiographie cette fois de la région vésiculaire et des reins.

Or, cette première radiographie, sans bouillie barytée, nous révéla un aspect tellement inhabituel et que nous reproduisons ici, que nous fûmes longtemps à chercher, le Docteur Delaye et moi, ce que pouvait bien représenter cette image ; et voici les hypothèses que nous soulevâmes ensemble, sans arriver à une conclusion :

1° *Un reste de baryte dans l'intestin.*

Hypothèse bien invraisemblable après dix jours et une purgation l'avant-veille de la radiographie. D'ailleurs on ne conçoit pas la localisation et la forme de ces masses opaques nodulaires et groupées, véritable grappe ayant la direction générale du côlon transverse, mais ne correspondant guère, à droite de la ligne médiane, à cette direction. Enfin on ne voit pas quel genre de tumeur, même très papillomateuse, eût pu donner lieu à autant de recessus ou diverticules kystiques par rétention de la bouillie opaque.

2° Une *lithiase vésiculaire ?*

On aurait pu à la rigueur la concevoir avec l'image de droite isolée, bien curieuse cependant comme forme de localisation ; mais l'ensemble transversal, prolongeant les ombres jusque dans la région splénique ne permettait pas de conserver longtemps cette pensée.

3° Une *lithiase rénale ?*

Mêmes réflexions que ci-dessus. Cependant la masse située à droite et bordant la ligne médiane pouvant très bien être un bassinet encombré de calculs, il fallait admettre *a priori* cela et autre chose, par exemple l'anomalie d'un rein en fer à cheval, à bassinet unique fortement dilaté et déformé transversalement. L'hypothèse n'était pas très brillante, nous en convenions ; mais nous pouvions essayer de la vérifier :

Un nouvel examen radiographique, après injection intraveineuse d'uro-sélectan, nous permit de l'éliminer, en dessinant sur les clichés les deux reins, bassinets et uretères normaux.

4° Que nous restait-il ? L'hypothèse de *ganglions calcifiés de la racine du mésentère ?*

C'est en discutant cette dernière hypothèse, que, frappé depuis quelque temps déjà, sans oser l'exprimer, par le dessin en équerre de cette image, rappelant exactement la forme du pancréas, j'indiquai ma conviction qu'il ne pouvait s'agir que d'une affection de cet organe, dont anatomiquement la place était bien là. Notre radiographie en était une admirable et vivante représentation. Je ne crois pas qu'il en existe de plus belle (1).

5° Dès lors le diagnostic se précisait immédiatement ; nulle tumeur, inflammatoire ou néoplasique, n'était capable d'offrir pareille opacité aux rayons ; il ne pouvait s'agir que d'une *lithiase du pancréas*. Les crises douloureuses (si spéciales par leur siège, leur irradiation vers l'épaule gauche, leur caractère profond et angoissant), les symptômes occlusifs, la stéarrhée, l'amaigrissement prenaient toute leur signification. Mon premier réflexe fut de demander l'état des urines ; jamais la glycosurie n'avait été constatée et deux nouvelles analyses l'ont confirmé : le symptôme est d'ailleurs inconstant et n'est pas caractéristique de la lithiase. Une étude de la glycémie, celle de la digestion pancréatique eussent pu être intéressantes ; elles n'auraient rien ajouté à cet ensemble symptomatique, qui à lui seul peut permettre de soupçonner le diagnostic et d'en rechercher la confirmation radiographique ; car il est peu de calculs aussi opaques aux rayons que les calculs pancréatiques. Un symptôme que je signale et qui pouvait correspondre à la réaction du plexus solaire a été constaté par moi au moment des premiers examens cliniques, avant tout traitement : le pouls lent à 48-50. Il avait disparu après huit jours d'un traitement, qui paraît avoir amené une sédation d'assez longue durée, puisqu'elle dure actuellement depuis trois mois.

(1) Celle reproduite dans le n° 7 (juillet 1934) du journal *Synthèse*. Article de Soupault, dont je viens seulement d'avoir connaissance, est très caractéristique, mais infiniment moins que celle-ci.

Voici en quoi a consisté ce traitement : 1° régime régulier de quatre petits repas chaque jour, avec exclusion seulement des gros farineux et des viandes grasses et naturellement des irritants tels que vins, café, alcool, épices ; prescrit avant le diagnostic de lithiase et dirigé seulement contre un état colitique, spasmodique, probable ; 2° repos horizontal d'une heure après chaque repas ; compresses chaudes pendant ce temps ; un long bain tiède chaque soir ; 3° cinq jours de pansements bismuthés (dix à vingt grammes avant chacun des deux principaux repas) ; 4° cinq jours de belladone (un demi-comprimé de bellafoline avant chaque repas ; dix jours de repos ; même série ; puis tous les quinze jours, trois jours de bismuth, deux de belladone.

Il est probable que ce traitement antispasmodique a favorisé l'élimination des calculs, cheminant encore ou plus ou moins enclavés. Mais, malgré mon indication la recherche des calculs dans les selles n'a pas été faite.

Pour lutter, non plus symptomatologiquement mais étiologiquement contre la précipitation calcaire intra-canaliculaire, il faudrait connaître le mécanisme de cette précipitation ; car l'existence même d'une importante calcémie ne suffirait pas à expliquer cette formation massive et en apparence continue de calculs dans tout le système des canaux excréteurs du seul pancréas. L'étude bio chimique de la sécrétion serait bien intéressante à faire, mais à l'origine même, par prélèvement du liquide dans les canaux. Déjà le tubage duodénal permettrait d'utiles déductions. Des difficultés pratiques nous ont empêché de le faire effectuer à ce jour.

Il est brobable qu'une inflammation chronique du pancréas est à l'origine de cette production calculeuse, et nous nous demandons si une tuberculose de l'organe ne serait pas responsable de cette « pancréatite lithogène ». Il y aurait là quelque analogie avec la lithiase pulmonaire, affection aussi exceptionnelle, mais qui paraît être due à une tuberculose de l'organe, survenue sur un terrain spécial.

L'État-major médico-chirurgical des hôpitaux et des Facultés, lui-même gravement atteint par la crise, perd de plus en plus de vue son rôle d'éducateur moral et scientifique.

Les étudiants, de jour en jour plus nombreux, accueillis sans sélection préalable, instruits sous le signe d'une culture quantitative plus que qualitative, abordent notre profession austère sans la méditation morale indispensable à l'accomplissement de notre Mission.

Le Docteur en médecine, en un mot, se substitue de plus en plus au Médecin. »

(P. VIARD. — Réflexions d'un praticien. *La Vie Médicale*, 10 juin 1935.)

« Il nous faudra bien un jour étudier complètement cette question de la vulgarisation médicale, dont le développement peut devenir redoutable, puisqu'elle agit directement sur le malade, puisqu'elle l'atteint par le journal illustré dont la lecture est facile, par le cinéma qui est attrayant, par la T. S. F. qui va le trouver à domicile. » (R. MASSART. — La publicité et les médecins. *Le Concours Médical*, 27 juin 1935.)


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME - PARIS

VARIÉTÉS

L'Expertise psychiatrique

Par Henri DAMAYE

Médecin des Asiles

Biologiquement l'homme est peu responsable : il est comme l'ont fait ses hérédités bonnes ou mauvaises, sa constitution originelle. Mais en pratique, force est bien de se montrer plus superficiels et d'accorder à l'homme une part suffisante de responsabilité individuelle : autrement ce serait la négation de toute justice, de tout ordre social, de toute discipline. Toutefois, de plus en plus se substituent aux anciennes conceptions de répression et de punition, celles, plus humaines, de thérapeutique et de rééducation.

Il est flagrant que les aliénistes actuels sont de moins en moins d'accord sur les questions de responsabilité des coupables, devant les Tribunaux. Ceci tient à différentes causes. On aurait beau multiplier les experts, en un cas donné, la lumière ne jaillirait pas davantage. Surtout que magistrats et avocats ne reçoivent encore aucune instruction biologique les rendant plus aptes à comprendre les médecins. Il faudrait donc, *primo*, généraliser à toutes les facultés et écoles de Droit, y rendre obligatoire un enseignement qui n'existe encore qu'à Paris grâce à M. Laignel-Lavastine. Ceci est indispensable.

Ensuite, il faudrait un examen somatique aussi complet que possible du prévenu. Notre expérience personnelle nous a montré, en bien des circonstances, qu'on se fait une opinion parfois très différente selon que l'accusé a subi un simple examen psychique ou selon qu'à cet examen psychique on a adjoint un sérieux examen somatique. En effet, l'examen somatique révèle bien souvent des étiologies et, pose des indications thérapeutiques (1). Or, si le médecin peut quelque chose, la justice doit se dessaisir du coupable, dans la mesure où le médecin est susceptible de guérir ou de redresser un état mental et moral défectueux. C'est pourquoi, spécialiste, nous devrons toujours avoir l'intelligence et la modestie, la confraternité de demander la consultation d'un médecin général pour l'examen somatique du prévenu, lorsque cet examen semble avoir une importance de nature à influencer nos conclusions.

Les psychiatres vivent encore au milieu de vieilles choses, d'organisations désuètes et d'une existence souvent trop administrative qui diminue le médecin. Aussi notre devoir, aujourd'hui, est-il de songer fréquemment à la pelle et à la pioche, plutôt qu'à des accommodements avec ce qui ne s'adapte plus. Le provisoire asile d'aliénés est un delenda Carthago que dissocieront et disloqueront les lois à venir. La notion de responsabilité métaphysique, est à abandonner. Nous pataugeons parce que nous la conservons. Ne serait-il pas plus naturel et plus exact que magistrats, avocats et jurys demandassent au médecin une exposition aussi claire, aussi à leur portée que possible de tous les symptômes anormaux, pathologiques relevés chez le prévenu. Le diagnostic psychique a moins d'importance que cette exposition de symptomatologie, parce que les divers aliénistes appellent les malades de façons différentes et parce que ces appellations varient aussi selon les temps.

(1) DAMAYE. — L'examen mental médico légal et la biologie. *Le Progrès Médical*, 16 octobre 1926.

Donc, une exposition bien claire des symptômes pathologiques.

Ensuite, une question extrêmement importante : « Docteur, en l'état actuel de la thérapeutique et de vos moyens d'assistance, pouvez-vous quelque chose en vue de l'amélioration mentale et du redressement moral de cet accusé ?... Et dans quelle mesure le pouvez-vous ?... » Voilà les questions à poser à un médecin. La responsabilité n'en parlez plus. Si le médecin peut quelque chose, alors l'accusé lui appartient. S'il ne peut rien, c'est à la justice de décider. Si l'accusé n'est pas traitable médicalement, mais s'il a des symptômes pathologiques nets, c'est encore à la justice de décider.

Il est ignoble, inhumain, criminel de condamner à mort et d'exécuter un assassin qui se repent sincèrement et que des moyens biologiques aidés d'une rééducation morale pourraient redresser.

D'après notre pratique personnelle déjà longue, voici les questions à poser aux médecins experts :

« L'accusé est-il un aliéné ? ou bien en est-il un diminutif, c'est-à-dire un simple anormal mental ? Ses anomalies sont-elles susceptibles d'être améliorées par un traitement médical ou d'être redressées par une rééducation morale ? Si oui, dans quelles proportions semble-t-il ? Ou s'agit-il d'un anormal surtout constitutionnel ou non redressable ? Existe-t-il dans la mentalité de l'accusé des points douteux dont le caractère nettement pathologique vous paraît discutable ? Au moment de l'acte délinquant ou criminel, l'accusé était-il mu par l'une ou l'autre des anomalies mentales ou sexuelles de votre symptomatologie ? »

A la notion de responsabilité substituons ce que nous savons positivement et ce que nous pouvons faire dans l'intérêt social.

La psychiatrie est encore en sa phase préparatoire, en sa phase d'accumulation de documents ; elle est encore en l'état de forêt vierge ou de marécage. Jusqu'à présent, elle ne possède ni les grandes routes, ni le grand canal de drainage et de navigation, la grande artère biologique. De ce fait, notre spécialité n'a pas encore acquis les disciplines scientifiques. Celles-ci lui viendront seulement lorsqu'une fois bien incorporée à la médecine générale elle aura la collaboration de tout le Corps médical.

Sortons d'une psychologie nébuleuse et stérile qui ne donne pas à une chose médicale les moyens de progresser.

Et qu'on ne puisse plus dire : « C'est le médecin aliéniste qui, par sa conception personnelle de la responsabilité, règle le sort du criminel ou du délinquant. » *Cuique suum*. Ne demandons au médecin que de la médecine. Assez de cette vieille pagaille qui convertit le psychiatre en administratif ou en juge : fonctions pour lesquelles il n'est nullement qualifié. L'opinion publique a le droit de réclamer en lui un médecin, un biologiste, un thérapeute.

La psychiatrie n'abandonnera ses incertitudes qu'en s'incorporant progressivement à la médecine générale et en rompant avec les scolastiques d'une époque où elle n'était pas encore de la médecine. D'autre part, le jour où l'assistance et l'organisation pénitentiaire seront, l'une et l'autre, ce qu'elles doivent être, alors magistrats et experts sauront que faire des légions d'anormaux dangereux dont une grande part est, à des degrés divers, redressable, qui ne sont à leur place, ni dans nos asiles actuels, ni dans les bagnes ou les prisons.

Sur la question de responsabilité on ne peut que patauger. Envisageons donc plutôt les symptômes pathologiques de l'accusé, ce qu'ils ont de dangereux au point de vue social, ce qu'on peut faire pour les guérir ou les améliorer, ce qu'on peut faire pour mettre la société à l'abri de leurs dangers. Cessons d'ergoter sur une conception métaphysique qui n'est ni médicale, ni biologique. Trente psychiatres examinant un accusé dans les conditions actuelles ne solutionneraient rien de plus. Demandons aux experts des faits biologiques et non de la philosophie.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

De l'étude des cas publiés il semble ressortir que la tuberculose survenant chez les sujets atteints de sténose pulmonaire ne présente pas de particularités bien spéciales. — Les auteurs classiques admettaient, non seulement que la tuberculose était très fréquente chez les sujets porteurs de sténose, mais aussi que cette fréquence s'expliquait par l'ischémie du territoire pulmonaire due à l'atrésie de l'orifice ou du tronc artériel. Cette explication doit-elle être adoptée sans réserves ? Il ne le semble pas, la tuberculose se présentant chez ces malades, avec les caractères habituels de la tuberculose des sujets de cet âge.

L'étude des observations conduit à une pathogénie beaucoup plus simple : en effet, chez ces malades deux notions importantes semblent prédominer : l'hérédité et la contagion ; dans onze cas sur vingt-deux l'hérédité tuberculeuse a pu être mise en évidence ; deux fois seulement il n'existait aucune hérédité bacillaire ; dans les autres observations les renseignements manquaient ; quant à la notion de contagion, qui se confond en partie avec celle de l'hérédité par suite de la cohabitation avec les parents, on la trouve très nette dans l'observation rapportée par M. Aubertin et dans la plupart de celles qui ont fait l'objet d'une enquête à ce point de vue.

C'est pourquoi on est amené à penser que la tuberculose pulmonaire, qui n'est en réalité pas plus fréquente chez les porteurs de rétrécissement pulmonaire que chez les autres sujets, s'explique non par une prédisposition spéciale causée par l'ischémie du parenchyme pulmonaire, mais par la notion de contagion comme chez tous les sujets de la grande enfance ou de l'adolescence, et qu'elle ne revêt pas, chez eux, de caractères spéciaux résultant des modifications de la circulation pulmonaire.

(Charles Aubertin. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et tuberculose pulmonaire. *Paris Médical*, 4 mai 1935.)

Les infarctus pulmonaires sont très souvent latents ; la clinique ne permet pas toujours de les déceler ; la radiologie est également infidèle : nombre d'infarctus qui siègent aux bases, dans la gouttière diaphragmatique postérieure, passent inaperçus.

Les infarctus des cardiaques ont le plus souvent un petit volume, un aspect mal limité, triangulaire, à contours flous, estompés, car ils siègent dans un parenchyme pulmonaire œdématié, congestif, qui atténue la netteté des contours de l'ombre à laquelle ils donnent naissance.

Par contre, les infarctus des phlébites, les infarctus post-opératoires des embolies septiques, siégeant dans un poumon sain, ont souvent une ombre plus régulière et nettement délimitée.

Les infarctus des cardiaques revêtent parfois des aspects d'infarctus volumineux, donnant des images pseudo-kystiques, pseudo-tumorales, qui peuvent prêter à discussion et être difficiles à interpréter. Mais, même dans ces cas, il ne faut pas perdre de vue que l'image qu'ils déterminent peut être réalisée par une simple congestion passive intense, sans infarctus. Il est impossible et même dangereux de poser un diagnostic sur le seul examen d'un cliché et toujours l'histoire de la maladie, la recherche minutieuse des antécédents, le contexte clinique seront d'un appoint capital pour interpréter l'image radiologique.

(Jean Antonelli. De quelques aspects radiologiques des infarctus pulmonaires. *Paris Médical*, 4 mai 1935.)

Système nerveux

Le rôle des noyaux diencéphaliques dans la pathogénie des crises épileptiques est considéré comme très important par M. Albert Salmon, de Florence, qui reprenant cette question, arrive aux conclusions suivantes :

Les propriétés épileptogènes des noyaux diencéphaliques trouvent leur meilleur appui dans ce fait bien documenté que les lésions expérimentales et pathologiques des noyaux en question se traduisent par des phénomènes convulsifs. Cette conception qui s'accorde parfaitement avec les propriétés végétatives et hormonales des noyaux tubériens, éclaire la pathogénie des nombreux cas d'épilepsie diencéphalique qui ont été rapportés dans ces dernières années. D'ailleurs l'idée d'un centre épileptogène dans la région infundibulaire ne signifie pas que l'épilepsie se lie toujours à des altérations diencéphaliques ; les cas d'épilepsie d'origine corticale sont plus fréquents que ceux d'origine sous-corticale. Beaucoup des données cliniques plaident pourtant en faveur de l'idée qu'un facteur diencéphalique existe aussi dans la pathogénie des accès comitiaux d'origine corticale. Ceux-ci montrent, en effet, un rapport très intime avec les principales fonctions diencéphaliques : le sommeil, la thermogénèse, la glycorégulation, la diurèse, etc. ; ils s'améliorent et disparaissent temporairement par les barbiturates ayant une action hypnotique élective sur les noyaux diencéphaliques. Ces faits légitiment l'hypothèse que les accès en question, même ayant leur point de départ dans des lésions corticales, dépendent eux aussi de la réaction très vive des noyaux diencéphaliques ; on comprendrait ainsi leur amélioration par les médicaments qui diminuent l'activité de ces noyaux. Ces notions s'accordent avec l'opinion des auteurs qui attribuent les accès comitiaux d'origine corticale à la suppression de l'activité inhibitrice du cortex sur les centres toniques sous-corticaux. N'oublions pas que les altérations corticales, par l'intermédiaire des modifications quantitatives et qualitatives du *liquor*, se réfléchissent d'ordinaire sur la fonction des noyaux sous-thalamiques.

Il est donc permis de supposer que le facteur diencéphalique joue un rôle très important dans l'épilepsie d'origine corticale, comme dans l'épilepsie d'origine diencéphalique.

(Albert Salmon Florence. Le rôle des noyaux diencéphaliques dans le mécanisme des crises épileptiques. *La Presse Médicale*, 13 mars 1935.)

Chez un chimpanzé présentant une infestation massive par oxyures, on a noté une corrélation entre la phase terminale du cycle évolutif du parasite (migration des femelles gravides à l'anus le treizième jour) et l'apparition de crises d'épilepsie. La période séparant les crises convulsives et la durée du cycle évolutif de l'oxyure sont synchromes.

Il semble exister au niveau de la muqueuse ano-rectale une ou des zones épileptiques comparables aux zones épileptiques décrites par M. Ph. Pagniez et ses collaborateurs dans l'épilepsie de Brown-Séquard du cobaye par parasites cutanés.

(R. Deschiens. Crises épileptiques périodiques dans un cas d'oxyurose chez le chimpanzé. *La Presse Médicale*, 13 mars 1935.)

Ponction lombaire ou ponction sous occipitale ? Les deux méthodes ont leurs partisans et leurs adversaires. Quatre cas de mort consécutifs à la ponction sous-occipitale ayant été signalés dans les hôpitaux, en quelques semaines, un mouvement se dessine vers un retour à la ponction lombaire.

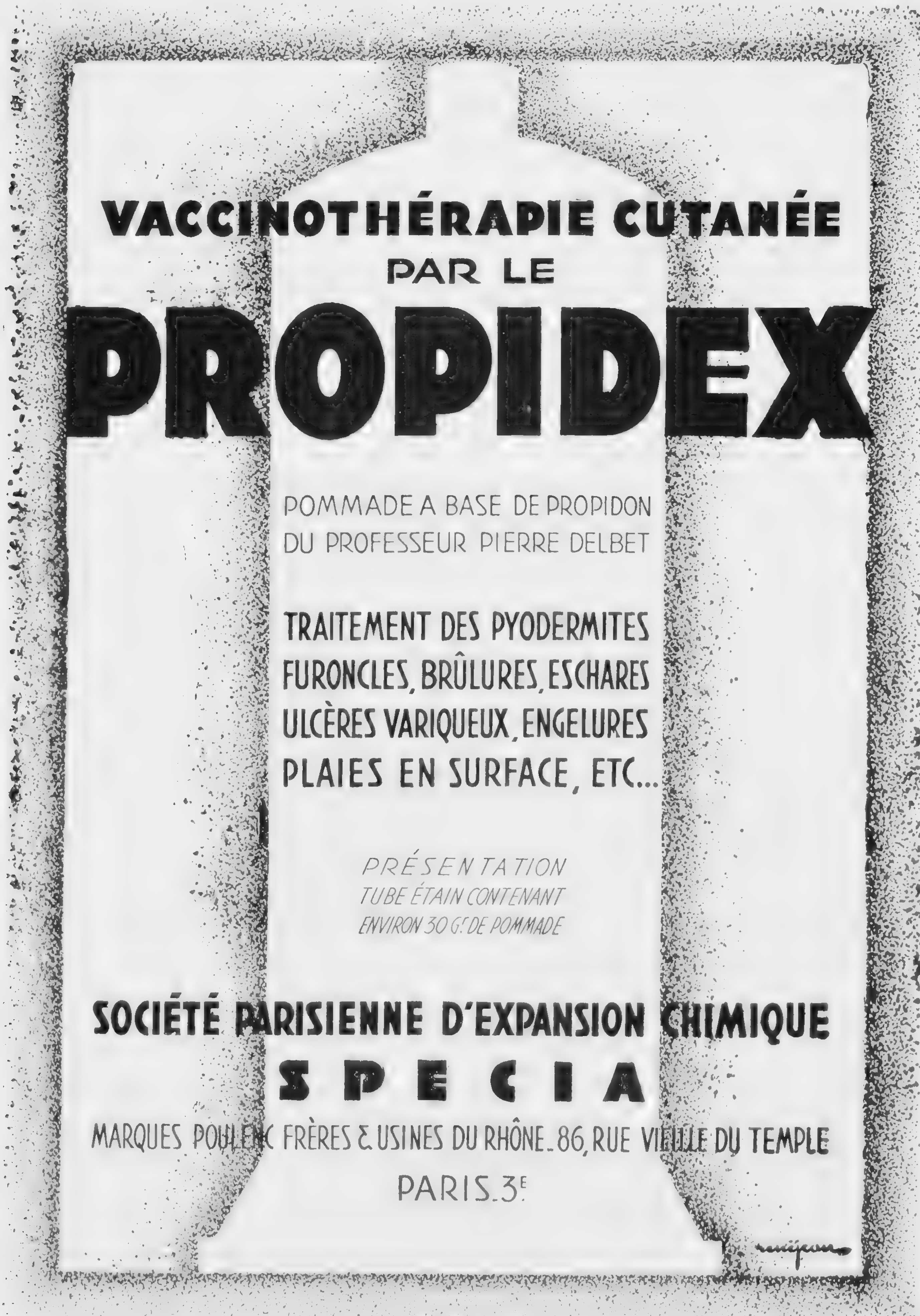
Les auteurs qui ont pris la défense de la nouvelle méthode font valoir que la technique — si elle est plus émouvante avec la voie sous-occipitale — n'est pas plus difficile. On risque moins d'être arrêté par les plans osseux, par des ligaments calcifiés, par les déviations de la colonne vertébrale. L'hémorragie de la paroi, fréquente dans la ponction lombaire, est rare dans la ponction sous-occipitale. Les incidents ou accidents consécutifs qui se déroulent dans les heures ou les jours qui suivent les ponctions sont plus fréquents avec la voie lombaire, etc.

A remarquer cependant que les incidents de la ponction lombaire ont diminué de fréquence et d'intensité avec les perfectionnements de la technique, que les cas de mort publiés concernent presque tous des malades atteints de tumeurs cérébrales, que depuis quelques années on n'entend plus parler de mort à la suite de ponctions lombaires faites pour compléter l'examen d'un syphilitique.

Les hémorragies artérielles avec inondation méningée paraissent plus fréquentes avec la ponction sous occipitale — proximité des artères cérébelleuses postérieures et inférieures. Le danger est de tomber sur une artère flexueuse par sénilité, par anomalie anatomique ou par arthérome précoce.

Si des centaines de ponctions sous-occipitales ont pu être faites par certains auteurs, sans incidents, les quelques cas de mort, rapportés récemment sont tout de même impressionnants et font que beaucoup, en pratique, restent fidèles à la ponction lombaire.

(Clément Simon. Ponction lombaire ou ponction sous-occipitale. Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. *Le Bulletin médical*, 22 juin 1935.)


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
POMMADE A BASE DE PROPIDON
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
TRAITEMENT DES PYODERMITES
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES
PLAIES EN SURFACE, ETC...
PRÉSENTATION
TUBE ÉTAIN CONTENANT
ENVIRON 30 Gr DE POMMADE
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE_86, RUE VIEILLE DU TEMPLE
PARIS_3E

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.

MONTAIGNE

Les vacances de nos maîtres. — *M. Maurice Romain, du* PETIT JOURNAL, *a demandé à un certain nombre de savants, artistes, écrivains, etc., comment ils envisageaient la détente annuelle. Voici la réponse de M. le Professeur Gosset :*

Et comment, Maître, employez-vous ces vacances ?

Je les passe dans ma propriété, sur la falaise, près du Havre, entre la mer et la campagne. Je m'y occupe de ma ferme, et je flâne, et je lis, ce que je n'ai pas le temps de faire à Paris.

Je voudrais bien savoir, Maître, si, ces vacances, vous estimez qu'elles vous sont profitables de quelque manière, du point de vue professionnel, en dehors des considérations de [illegible] ?

Bien entendu ; elles me permettent de réfléchir plus longuement, plus calmement à mon activité ; elles sont aussi pour moi l'occasion d'observer la nature, et l'homme surtout que l'on ne connaît jamais trop bien. J'étudie mes paysans normands, ceux que Maupassant a si bien fait vivre dans ses nouvelles, et c'est infiniment instructif. Elles me donnent aussi le loisir de méditer sur des problèmes qui me sollicitent, intéressant l'une ou l'autre des sciences auxquelles emprunte la chirurgie.

New-York et le Dr Becher au XVIIe siècle. — On vient de publier des documents d'après lesquels New-York aurait failli devenir, en 1664, une colonie bavaroise. On sait que la métropole des Etats-Unis fut fondée par les Hollandais. Un certain Docteur Becher, médecin, nécromancien, économiste, [illegible]nt tout aventurier, mais rempli d'idées originales et audacieuses s'en vint vers cette époque à Munich, où il sut gagner la confiance de la princesse électrice de Bavière, Henriette Adélaïde de Savoie. Ce précurseur proposa d'abord un système dit mercantile, qui ressemblait à notre économie dirigée, et dont le plan fit bondir les bourgeois de Munich. Il songea ensuite à procurer à la Bavière des colonies : idée singulière pour un pays qui n'a pas d'accès à la mer.

Le « medicus » se rendit en Hollande, où il négocia avec les directeurs de la Compagnie des Indes Occidentales. Comme les colons hollandais de New-Yord étaient menacés par les Anglais installés dans le voisinage, il proposa d'envoyer 5 à 6.000 colons bavarois, faisant ressortir que c'était sans danger pour la Hollande, la Bavière n'ayant pas de flotte. Le territoire à peupler s'étendait sur 60 lieues en longueur, 20 en profondeur ; le climat en était tempéré, le sol fertile : toutes conditions attrayantes pour des montagnards qui végétaient sur les maigres pentes alpestres. Les Hollandais se prêtaient à la négociation, elle paraissait en bonne voie, lorsqu'on apprit que les Anglais avaient mis la main sur la Nouvelle-Hollande, et tout d'abord sur sa capitale, Nouvelle-Amsterdam. Le sort en était jeté : les Etats-Unis ne seraient ni néerlandais, ni bavarois, mais anglo-saxons. Ce qui ne devait pas empêcher les Allemands au [illegible] siècle, d'émigrer par millions en Amérique.

[illegible]

quelques années plus tard, un négociant de Hambourg l'orienta du côté de la Guyane, un journaliste d'Anvers lui proposa d'acheter une colonie au roi d'Angleterre. Ces beaux projets demeurèrent à l'état de châteaux en Espagne — ou plutôt en Bavière.

Rabelais curé de Meudon. — *De M. Henri d'Alméras dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

Le 11 juillet 1835, les admirateurs de Rabelais (de tout temps très nombreux et ils le sont encore) lui élevèrent un buste à Meudon, dont il fut et ne fut pas curé.

Il fut, incontestablement, curé de Meudon, puisque Jean d'Ursin, vicaire général du cardinal du Bellay, lui attribua, par provision du 18 janvier 1550, la collation de ce bénéfice ecclésiastique.

Il ne fut pas curé de Meudon, parce qu'il n'en reçut que le titre et n'en exerça pas les fonctions.

Vers le milieu du dix-septième siècle, un chanoine de Sens, dont on peut dire sans trop le calomnier qu'il avait moins de sens que d'imagination, le chanoine Antoine Leroy, recueillit, à Meudon, les traditions relatives à l'auteur du *Gargantua* et, dans son curieux ouvrage, publié en 1649, *Floretum philosophicum seu ludus Meudonianus*, il présenta, comme s'il l'avait particulièrement connu, un Rabelais, pasteur à la fois jovial et édifiant, adoré de ses ouailles, leur enseignant le plein-chant et, ouvrant, avec la plus parfaite bonne grâce, la porte de son presbytère à tous ceux qui venaient le voir, sauf aux femmes.

On lisait encore sur cette porte, au temps d'Antoine Leroy, un distique latin que cet érudit fantaisiste reproduit dans son livre et qu'on peut traduire ainsi :

D'abord cordelier (cordiger), puis médecin, et enfin curé, j'ai fini mes jours dans ce presbytère. Si tu veux connaître mon nom, demande-le à mes ouvrages.

Or, Rabelais n'est pas mort à Meudon (Mais à Paris, rue des Jardins, paroisse de Saint-Paul) et il n'y a même jamais vécu.

L'hygiène des gens pressés. — *C'est le titre d'un ouvrage du Docteur Charles Fiessinger. Dans le* JOURNAL DES DÉBATS, *M. le Docteur Paul Farez, parlant de l'auteur de ce livre, écrit :*

A l'Académie de médecine, sa parole, son sens clinique, son expérience font autorité. Au *Journal des Praticiens*, qu'il dirige depuis quarante ans, il est le confident, le conseiller aimé, vénéré de nos braves médecins de campagne. Pénétrant psychologue, écrivain de race, il fait actuellement et de diverses manières, ici ou là, pour les profanes curieux et cultivés, œuvre de discrète, excellente et profitable vulgarisation. Il nous annonce une *Hygiène des gens pressés* ; elle comprendra quatre volumes ; le premier vient de paraître ; il traite de l'hygiène générale et de la médecine préventive. Quel allié de marque ! Et quelle joie que l'entrée d'une telle recrue dans la cohorte des médecins contemporains qui ambitionnent de soigner surtout les bien portants, d'apprendre à leur prochain l'art de gérer sa santé, donc d'échapper à la maladie ! Son nom ? Vous l'avez deviné : le Docteur Charles Fiessinger dont maintes fois, ici même nous avons analysé les ouvrages et célébré les mérites.

Il a bien raison : « Dans un ouvrage écrit pour le grand public il faut de l'air et un horizon de clarté ; ce qui est compact le rebute, et ce qui est trop technique n'est pas compris. » Comme il s'agit de gens pressés, on ne va pas les submerger sous une avalanche de préceptes « épanouis dans la luxuriance d'une sagesse innombrable et touffue ». Leur hygiène, on la réduira

donc à l'application de quelques mesures primordiales, d'exécution facile. Ainsi, sans aucun parti pris, sans idée agressive, avec le seul souci de renseigner, d'éclairer, de guider, le Docteur Ch. Fiessinger va donner des règles directrices, des principes de conduite, qui, orienteront les décisions. Surtout, il nous engage à nous méfier... Il nous crie : « Gare ! »...

A propos de la stérilisation. — *M. Léon Daudet écrit dans l'*Action Française :

... Cette opération (*la stérilisation*) est par ailleurs essentiellement morticolesque, et je regrette de l'avoir omise dans mon tableau de la science sans conscience, les *Morticoles*, publiés en 1894.

Au sujet de la stérilisation, le *Times* a publié la très intéressante note suivante, transmise par son correspondant de Berlin :

« On enregistre dans toute l'Allemagne une sourde opposition à l'égard de la loi sur la stérilisation, qui en une seule année a été appliquée sur 56.244 personnes, soit à la cadence de plus de 1.000 opérations par semaine.

« Les demandes de stérilisation volontaire sont rares et les patients désignés tâchent, par tous les moyens, de s'opposer à l'application de la loi. Le total des 56.244 opérations enregistrées au cours de la première année de fonctionnement des « tribunaux eugéniques » ne représente qu'une partie des cas en instance devant ces cours. En réalité, l'application de la loi a été demandée pour 84.525 cas, — 42.903 hommes et 41.622 femmes — et il est probable qu'elle aura lieu pour le plus grand nombre des intéressés. Il y a 205 « tribunaux eugéniques » et 29 cours d'appel, mais, dans la plupart des cas, l'appel est rejeté. Sur 8.219 appels, 377 seulement ont été accordés. Les « tribunaux eugéniques » sont composés d'un juge et de deux médecins ; les cas sont jugés surtout sur des rapports médicaux écrits, et l'intéressé est rarement entendu par le tribunal. 96 % des cas de stérilisation sont d'ordre mental. Les autres sont déterminés par des tares héréditaires.

« Par ailleurs, la stérilisation est considérée comme un stigmate social déshonorant pour une famille, et c'est la principale raison de l'opposition qu'elle rencontre. Beaucoup de familles de la classe moyenne craignent d'envoyer leurs enfants dans les écoles publiques, de peur d'attirer sur eux l'attention des autorités, et font appel à l'enseignement privé.

« Dans les milieux professionnels médicaux, on est, en général partisan de la stérilisation, dont certains aspects soulèvent cependant des critiques. Le Docteur Oswald Bumke, psychiatre, soutient notamment que le génie artistique et littéraire s'accommode fort bien de certaines tares héréditaires — quand il n'est même pas commandé par elles — et que la stérilisation systématique peut aboutir à faire de l'Allemagne une nation de gens d'un niveau intellectuel médiocre. »

Si le Docteur Prinzhorn, auteur de ce chef-d'œuvre : *Autour de la personnalité*, vivait encore, je me demande quel serait son avis sur l'opération en question. Il me semble qu'il serait de l'avis du Docteur Oswald Bumke. Nos connaissances actuelles sur les règles ou lois de l'hérédité en général et de l'hérédité humaine, si spéciale, en particulier, ne légitiment pas scientifiquement l'opération stérilisante. Je veux dire que des parents atteints de tares, nerveuses ou autres, peuvent donner naissance à un enfant parfaitement sain. Le Docteur Gabriel Artaud a signalé le cas dans les mariages entre tuberculeux. J'ai connu personnellement des enfants de grands nerveux (épileptiques, somnambuliques, etc.) qui ne présentaient rien d'anormal, ni d'exceptionnel. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu, dans sa clientèle, des cas semblables.

Le Docteur Bumke va plus loin, et là encore, à mon sens, il a raison. Il y a deux formes de cette curiosité universelle, accompagnée de réalisations dans tous les domaines, auxquelles on donne le nom de génie. Il est des génies équilibrés, comme Mistral et Gœthe, qui ne doivent rien à des tares ancestrales. Il en est d'autres, comme Schumann et Baudelaire, qui sont des génies déséquilibrés, dans le talent desquels des hérédismes sensibles ont joué un rôle plus ou moins important. Il eût été évidemment malheureux que Schumann et Baudelaire, ou Byron (épileptique) ne vissent pas le jour. Mais à cela les stérilisateurs répondent que la somme des maux issus de tares héréditaires dépasse celle des réalisations heureuses ou glorieuses issues de ces mêmes tares. Balance malaisée à établir.

Renan, écrivain d'un très grand talent, mais dépourvu de génie, remerciait ses ancêtres bretons d'avoir mené une brave vie obscure, pour lui permettre de dépenser dans son œuvre leurs réserves mentales. On ne sait jamais ce qu'il y a au fond d'une brave vie obscure, et c'est une grande prétention que disserter *pro dromo* là-dessus. Bref, l'hérédité humaine c'est encore la bouteille à encre. Il est présomptueux et comique de vouloir le conjecturer.

Mais, après tout, je ne suis pas chargé de réformer la Réforme de la croix gammée. Stérilisateur est maître chez lui. Si jamais — ce qui est improbable — je faisais une nouvelle édition des *Morticoles*, j'y ajouterais un petit chapitre berlinois.

Le rôle de l'orateur. — *Le Courrier des Conférences* (60, avenue La Bourdonnais, Paris), cette jeune revue dont le but est de constituer un recueil de la pensée parlée, a publié récemment (8 juin 1935) quelques-unes des allocutions prononcées aux Arènes de Lutèce, sur la question du rôle de l'orateur et de l'utilité de l'éloquence.

Voici l'allocution de M. J.-L. Faure :

« Le langage scientifique a son éloquence. Et l'homme qui parle pour convaincre, pour faire naître dans l'esprit de ses auditeurs les notions, les idées qui sont en lui, se rencontre chez les savants plus souvent encore peut-être que chez bien d'autres hommes de même culture, de même éducation, dont l'esprit est au-dessus de la commune mesure.

« Ce que l'on demande à l'homme de science, à l'orateur scientifique, ce n'est pas d'enflammer les cœurs ou d'entraîner les hommes vers les régions supérieures où se meuvent les grandes idées de justice, de liberté, de patrie, ou vers le domaine des

passions, des rêves et des utopies, des fantaisies ou des misères dont se nourrissent tant d'esprits. Non. Ce qu'on lui demande, c'est d'instruire, c'est d'enseigner, c'est de convaincre. C'est de faire entrer dans l'esprit de ceux qui l'écoutent les vérités profondes qui, tout autour de nous, font de la Nature immortelle qui nous domine et nous écrase, mais que, souvent aussi, nous savons asservir, l'immense empire où le génie de l'homme a déployé ses ailes. C'est ce qui donne une si haute valeur à l'enseignement de l'homme de science, car celui-ci est fait pour apporter aux hommes la vérité, cette vérité qui ne repose pas sur le fragile édifice des convictions politiques ou des rêveries métaphysiques, mais sur le fondement inébranlable de la déduction mathématique, de l'observation rigoureuse ou de l'expérimentation contrôlée. L'enseignement scientifique est donc, avant tout, une œuvre de vérité, de conscience et de bonne foi.

« Nous vivons l'âge de fer, et si l'humanité, depuis des millénaires, n'a pas vu grandir dans son âme les aspirations vers le bien et les hautes vertus qui sont de tous les temps, si nous souffrons devant le désordre moral qui ravage le monde, nous savons tout de même que de grandes choses ont été accomplies qui élèvent de plus en plus les hommes vers une existence meilleure.

« C'est pourquoi nous avons le droit, nous avons même le devoir de nous dresser de toute la force de notre conviction contre cette parole impie sur « la faillite de la science », qui depuis cinquante ans reste comme un outrage jeté par un rêveur aux héros de l'intelligence humaine. Déjà à l'époque où il prononçait cette parole sacrilège, la merveilleuse explosion scientifique du XIXe siècle avait changé la face de la terre ; il semblait que nous fussions arrivés à une hauteur qu'on ne pouvait plus dépasser. Et voici que depuis un demi-siècle à peine, nous avons vu s'accomplir des prodiges inconcevables. Un homme, que j'ai vu de mes yeux, est un jour apparu sur la terre de France, comme le prophète d'un monde nouveau, Pasteur, le grand Pasteur. Si la grandeur humaine se mesure aux bienfaits répandus sur la terre, aucun homme dans le cours des siècles passés ni dans les siècles à venir, ne sera jamais plus grand que lui. Pasteur a transformé les conditions de vie des hommes. Et maintenant, voici qu'après les miracles du siècle dernier, des miracles nouveaux et de nouveaux prodiges se réalisent devant nous. Quelques jours à peine suffisent aux conquérants de l'air pour aller, par-dessus les mers et les déserts jusqu'aux extrémités du monde. Et nous ne nous étonnons plus d'entendre la voix d'un seul homme s'adresser à travers l'espace à tous les peuples de la terre. Depuis un siècle à peine, et depuis cinquante ans surtout, la science, ou plutôt les sciences, toutes les sciences, depuis celles qui vont dans le ciel peser les astres flamboyants, ou qui mesurent la gravitation des atomes dans la matière universelle, jusqu'à celles qui, chaque jour, pénètrent les secrets de la vie ont élevé un monument sublime à la gloire de l'esprit humain.

« Comment donc d'aussi hauts problèmes, comment d'aussi magnifiques réalisations laisseraient-ils indifférents les hommes qui ont la charge de les enseigner ? On comprend qu'elles suffisent à exalter leurs âmes et à leur inspirer parfois les plus nobles leçons, sans cependant les détourner du commandement : rester fidèle à ce qui constitue le fondement même de leur action faire passer l'éloquence des faits avant l'éloquence des mots.

« Ah ! sans doute, ici, nous ne sommes pas sur la place publique. Certes, c'est un beau spectacle que de voir un homme, dominant le peuple en rumeur, soulever par l'ampleur de son verbe, par la profondeur de sa foi et par les éclairs de ses yeux, l'enthousiasme, quelquefois même le délire des foules. L'éloquence du tribun populaire qui se dresse sur le forum, c'est celle du grand orateur à la tribune du Parlement, magnifique et triomphant. Elle peut être en même temps salutaire ou dévastatrice. Aux grands jours comme ceux que nous avons vécus, où l'on entend gronder les catastrophes, elle peut sauver la patrie ou la précipiter aux abîmes. Oui, ce sont des émotions sans pareilles que peuvent éprouver aussi les grands orateurs de la chaire, quand ils sentent, sous le souffle de leur parole, frémir dans l'ombre et le silence la foule prosternée dans les cathédrales. Mais si l'homme de science ne connaît pas les joies supérieures que peut donner l'enthousiasme des foules, il éprouve, en revanche, des satisfactions plus profondes, plus calmes et plus pures, celles que donne la conscience d'avoir travaillé pour le bien de l'humanité, et de n'avoir fait appel, pour convaincre ceux qui l'écoutent, à d'autres armes que la puissance de la Raison et le culte de la vérité. »

CHEMIN DE FER DU NORD

Visitez les forêts de Compiègne et de Villers-Cotterêts
Billets d'excursion du dimanche à destination facultative.

En vue de favoriser les excursions dans les forêts de Compiègne et de Villers Cotterêts, la Compagnie du Chemin de fer du Nord délivre jusqu'au dernier dimanche d'octobre des billets du dimanche à « destination facultative ».

Ces billets à prix réduits permettent aux touristes partant de Paris-Nord ou de certaines gares de la banlieue nord de descendre à la station de leur choix parmi celles indiquées.

Au retour les voyageurs peuvent reprendre le train à l'une quelconque de ces stations pour revenir à leur point de départ.

Les billets de l'espèce peuvent être utilisés indifféremment par l'itinéraire de Creil ou celui d'Ormoy-Villers, avec faculté de passer par Paris à l'aller et au retour.

Leur prix est uniformément de 25 francs en 3e classe, 40 francs en 2e classe et 50 francs en 1re classe (demi-tarif pour les enfants de 3 à 7 ans).

Pour la liste des gares de départ de destination, consulter les affiches spéciales ou téléphoner à Trudaine 70.00.

Le Gérant : A. ROUZAUD — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 35 LE NUMÉRO : 50 Centimes 31 AOUT 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V[e]

CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1[er] de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1[re] zone	70 fr.
Etranger [illegible] zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Association amicale des médecins médaillés militaires. Il vient d'être constitué une Association amicale des médecins médaillés militaires.

L'assemblée générale constitutive de cette Association, qui s'est tenue le 6 juillet 1935, a approuvé les projets de statuts qui lui étaient proposés par le Comité fondateur. Elle a désigné pour trois ans son Conseil d'administration et son bureau :

Président : Docteur Sorrel ; vice-président : à désigner parmi les membres de province ; secrétaire général : Docteur Sureau ; secrétaire général adjoint : Docteur Thibault ; trésorier : Docteur Rime ; conseillers : Docteurs Coste, Florand, Hufnagel, Tournay, Turpin et deux conseillers à désigner parmi les membres habitant la province.

Le siège social de l'Association est au domicile du secrétaire général à Paris, 11, rue Portalis.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Weil (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Menaud, médecin des dispensaires de la F. O. P.

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Darré, médecin des hôpitaux de Paris.

COMMERCE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Vignéras (de Paris).

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade de chevalier.* — MM. Quinquaud, professeur à l'École de Reims ; Strohl, professeur à la Faculté de Paris.

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Corrèges, médecin conseil des mutilés des Alpes-Maritimes.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour l'attribution de cinq places d'internes titulaires en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 14 novembre 1935, à 9 heures du matin, à l'hospice général, salle des séances.

Le registre d'inscription sera clos le 29 octobre 1935, à 18 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

Département du Calvados. — *Concours pour un emploi de médecin-inspecteur d'hygiène adjoint.* — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture du Calvados vers le 30 septembre prochain, pour la nomination d'un médecin-inspecteur d'hygiène adjoint (circonscription de Vire) qui devra entrer en fonctions le 15 octobre suivant.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de 30 ans au moins et 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'État) et d'un diplôme d'hygiène délivré par un des Instituts d'hygiène des Universités françaises.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la Préfecture du Calvados (Inspection départementale d'hygiène), au plus tard le 20 septembre 1935, et accompagnées des pièces habituelles.

Le traitement actuel de début des médecins-inspecteurs d'hygiène adjoints de circonscription est de 30.000 francs et peut atteindre 40.000 francs par échelons successifs de 2.000 francs tous les deux ans.

Les médecins-inspecteurs bénéficient des mêmes indemnités pour charges de famille que celles attribuées au personnel de la Préfecture.

L'indemnité prévue pour leurs frais de déplacement est fixée à forfait à 18.000 francs par an.

Alliance d'hygiène sociale. — Le Congrès annuel de l'Alliance d'hygiène sociale se tiendra cette année à Angers les 4, 5 et 6 octobre.

Trois importantes questions d'ordre général seront d'autre part inscrites à l'ordre du jour du Congrès, et feront l'objet de rapports particuliers :

1° La dénatalité : Dispositions légales et urgentes à prendre pour la combattre : lutte antialcoolique et antivénérienne : répression de l'avortement ; protection de la famille ; aide efficace aux familles nombreuses.

2° La défense de l'habitation et de l'air respirable contre les poussières, fumées industrielles, gaz nocifs, moustiques et mouches.

3° Dispensaires et sanatoria : Les leçons de l'expérience. Quels autres éléments de lutte contre la tuberculose doit-on rechercher ?

Les adhésions au Congrès sont gratuites. Elles doivent être adressées le plus tôt possible, et, en tout cas, avant le 10 septembre, soit au secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue rue Las-Cases, Paris, soit à Angers à M. le Docteur Ch. Metzger, professeur à l'École de médecine, secrétaire général du Comité angevin, 36, boulevard Ayrault, Angers.

PROGRAMME DU CONGRÈS. — Les séances du Congrès se tiendront dans les salles de l'Hôtel de Ville d'Angers. La séance d'ouverture aura lieu le vendredi 4 octobre, à 9 heures.

Hygiène sociale régionale. — Docteur L. SOUVESTRE : L'armement sanitaire du Maine-et-Loire. — Docteur P. PAPIN : Le laboratoire de bactériologie d'Angers. — Sénateur MANCEAU : L'effort des habitations à bon marché en Anjou. — M. COUTURIER : Les allocations familiales en Anjou. — Docteur L. BAROT : Médecine sociale et médecine traditionnelle familiale. M. LE SUR : Extension des œuvres d'hygiène sociale dans les campagnes. — M. POISSON : Danger social des revues photographiques licencieuses. — Docteur BOQUEL : Consultations prénatales et de nourrissons en Anjou. — Docteur LELIÈVRE : Crèches ; pouponnières ; gouttes de lait. — M. BORNET : L'enfance abandonnée, anormale et délinquante. — Docteur BOUMARD : Un orphelinat de tout petits : Bethléem. — Docteur Ch. METZGER : L'hygiène à l'école ; ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être. — Mlle DE LA BRUNIÈRE : Les œuvres de vacances. — M. BIRGÉ : Orientation professionnelle et apprentissage en

Anjou. — Mlle ROYNARD : Enseignement ménager. — Abbé BRANGEON : Protection de la jeune fille et relèvement par le travail. — A. BERTIN : Valeur sociale des sports en plein air. — Docteurs BONVALLET, GAUGAIN et AMSLER : La médecine sociale proprement dite : Centres anticancéreux et antivénérien ; lutte antituberculeuse. — M. MALLET : Les œuvres supérieures de la Mutualité. — Marquis DE SAINT-PERN : L'assistance de la vieillesse en Anjou.

Questions d'ordre général. — La dénatalité : Dispositions légales et urgentes à prendre pour la combattre ; lutte antialcoolique et antivénérienne ; répression de l'avortement ; protection de la famille ; aide efficace aux familles nombreuses, par M. BOVERAT, vice-président du Conseil supérieur de la natalité, secrétaire général de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française. — La défense de l'habitation et de l'air respirable contre les poussières, fumées industrielles, gaz nocifs, moustiques et mouches. — Dispensaires et sanatoria : Les leçons de l'expérience. Quels autres éléments de lutte contre la tuberculose doit-on rechercher ?

Visites. — Pendant la durée du Congrès, les visites suivantes seront organisées :

Œuvres d'hygiène sociale : Ouvroir et maternité de l'Hôtel-Dieu ; Dispensaire école S. S. B. M. ; Dispensaire antituberculeux et de l'U. F. F. ; Orphelinat des tout-petits de Bethléem ; Chambre d'apprentissage et d'orientation professionnelle ; Cité ouvrière de la route d'Epinard ; Cité-jardin du Lutin ; Laboratoire de bactériologie, etc.

Etablissements industriels : Centrale du nouveau service des eaux de la Ville d'Angers, capté dans le cours souterrain de la Loire ; Nouvelle manufacture nationale d'allumettes de Trélazé ; Usine de stabilisation des œufs frais par l'azote ;

Curiosités : Arboretum Allard (propriété de l'Institut Pasteur) collection botanique de 4.000 variétés d'arbres et arbustes ; Musée national des tapisseries, célèbre et unique ; la pharmacie de l'Hôtel-Dieu ; le Musée archéologique Saint-Jean (le plus vieil Hôtel-Dieu de France) ; Le Château féodal ; le Musée Barrault, avec la collection David d'Angers (650 moulages), etc.

Le vendredi 4, à la fin de la séance inaugurale, réception des membres du Congrès par les membres des sociétés savantes d'Angers, dans les Salons Welcome.

Le dimanche 6, après la séance de clôture, dîner offert au Conseil de l'Alliance d'hygiène sociale par la Ville d'Angers.

Les 5 ou 7 octobre, visite du Château de Serrant (M. de La Trémouille) ; la Loire à Chalonnes ; la route de la Corniche ; la vallée du Layon et ses grands crus ; quelques chais fameux ; retour par le Château de Brissac et les ponts de Cé (60 kilomètres).

Nécrologie. — Docteur André ABADIE, de Bourge-sur Gironde (Gironde). — Docteur Franck ALLPORT, décédé à Nice. — Docteur BOURSOT, de Dijon. — Docteur Maurice GUGELOT, de Valenciennes. — Docteur François LIAUTÉ, de Montpellier. — Docteur Eugène PERDU père, d'Amiens, décédé à l'âge de 58 ans. — Docteur Henri PERRAUDEAU, de Niort (Deux-Sèvres). — Docteur Isidore PLATEAU, de Paris, 33, avenue La Motte-Picquet (VIIe). — Docteur Paul RICHER, de Livry-Gargan (Seine-et-Oise), stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris. — Médecin général DERACHE, ancien inspecteur général du Service de santé belge décédé, à Ixelles. — Professeur Salvatore PASTORE, de Rome. — Professeur GUGLIEMO ASCIONE, de Naples. — Docteur JACQUIN, vice-président du Conseil général du Jura. — Professeur Pierre MENETRIER, membre de l'Académie de médecine, décédé accidentellement à Lisieux, le 22 août 1935, dans sa 76e année. — Docteur Louis MONOD, décédé le 22 août.

CHRONIQUE

Syphilis congénitale

J'ai eu l'occasion de rencontrer notre confrère D. RÉCAMIER au chevet de clientes communes qui faisaient grand cas de ses soins. Et, si j'avais apprécié ce bon médecin avisé, courtois et dévoué, si j'avais été frappé par le beau résultat de certaines de ses prescriptions, je l'ai estimé plus encore après avoir lu le livre qu'il vient de publier sous le nom enigmatique de *Une consultation médicale* (1). Car, dans ce livre, on trouve cette ardente sympathie compréhensive pour l'être humain qui souffre, sympathie sans laquelle il n'est pas de vrai médecin. « Tu aimeras tes malades, dit D. RECAMIER, car tu ne feras rien si tu ne les aimes pas d'un amour parfait. »

Et j'ai goûté cet autre conseil, adressé à ses frères en médecine, sans doute parce que, moi-même, j'attache autant d'importance à l'interrogatoire minutieux sur tous les ennuis petits ou grands que j'en attache à l'examen objectif et vétérinaire : « Oublie ton phonendoscope à la rigueur. N'oublie, jamais, ton stylographe et de t'en servir pour écrire les observations détaillées, très détaillées, auprès de tous les malades. Ecrire toujours. Ecrire sous la dictée des malades. »

***

Le sous-titre du livre de D. RÉCAMIER pourrait faire croire que le centre de son livre est l'appendicite chronique et, certes, il apporte d'excellentes données cliniques sur cette affection, maladie banale, meurtrière, protéiforme, presque spéciale à la race blanche (mangeuse de viande) ; il la montre condamnant le malade à une vie précaire et amoindrie. Il note excellement qu'elle exige, après l'acte chirurgical indispensable, des soins longs et assidus, — des soins donnés par un médecin de bon sens. Le diagnostic en est, parfois, difficile avec les affections les plus diverses, avec une simple indigestion et, souvent, tant sont trompeuses les marques de l'appendicite, ce n'est pas un diagnostic de certitude, c'est un diagnostic de sentiment. RÉCAMIER expose, ingénieusement, comment l'appendicite empoisonne l'organisme et, enfin, en un exellent schéma, il montre comment il faut procéder à un examen du patient ou de la patiente.

Et, pour toute cette excellente clinique de l'appendicite chronique et de ses méfaits, répartie sans ordre tout le long de son livre, revenant sans cesse comme un *leit-motiv*, il faut lui adresser des louanges méritées.

***

Mais à travers tout ce livre, court un autre *leit-motiv* qui n'est pas moins important, qui l'est davantage peut-être.

A l'origine de l'appendicite chronique, RÉCAMIER place la

(1) DAMAS RÉCAMIER. — Une consultation médicale : l'appendicite chronique. N. Maloine, Paris, 1935.

syphilis congénitale. Et il en donne d'excellentes raisons pour lesquelles je renvoie le lecteur à son livre.

Mais voici que s'enfle ce *leit-motiv* de la vérole congénitale — non pas celle qu'affirme le nez de TROUSSEAU ou la triade d'HUTCHINSON ou les signes de FOURNIER, — mais toute la vérole héréditaire des petits signes, ceux que je me suis décris, ceux que vous vous êtes décrits, ceux que Récamier s'est décrit, tous les accidents que nous connaissons comme syphilitiques sans pouvoir le prouver, toutes les résurgences venues d'ascendants plus ou moins lointains et telles que nous ignorons qui a eu un chancre et, même, s'il y a eu un chancre. RÉCAMIER invoque la possibilité de transmission à trois générations. Il suppose la transmission par le tréponème lui-même ou par des sporules, ces sporules dont on vient de démontrer l'existence.

Et, pour expliquer les degrés divers de cet héritage, RÉCAMIER reproduit une figuration graphique qu'il a imaginée et qui se rejoint avec la figuration graphique des lois de GALTON. On peut, d'après lui, quasi mathématiquement, trop mathématiquement peut être, déduire ce que sera le mariage d'une syphilis cent pour cent avec un sujet absolument indemne de syphilis (s'il en existe) ou ce que sera le mélange d'une mâtinée syphilitique à 50 % avec un non-syphilitique ou ce que seront toutes les combinaisons possibles et les variantes presque infinies en fonction de la « Charge » syphilitique. On se représente comment, deux hérédités syphilitiques lointaines, engourdies, atténuées invisibles, en s'unissant, sont capables de produire la plus belle explosion morbide, — à la façon dont l'union de deux sujets portant une malédiction récessive peut amener la révélation d'une tare oubliée dans le passé des deux familles.

C'est faire une place importante à la vérole, — une place méritée d'ailleurs, RÉCAMIER rapporte l'histoire d'un médecin qui, pendant la guerre, donnait du mercure à tous ses blessés et les plaies se cicatrisaient plus vite et mieux. Et il évoque toutes les maladies de l'enfance qui sont, en réalité, de la syphilis, et, à nouveau, nous retrouvons le *leit-motiv* de l'appendicite chronique.

***

Cet envahissement de la pathologie par la syphilis congénitale, cette annexion de presque toutes les maladies est, à l'heure actuelle, une tendance très générale en médecine. Elle est trop généralisée dans certains cas. Pourtant, dans d'autres cas, il y a trop de médecins qui ne font pas la part du tréponème. Quant à moi, je me suis loué bien souvent d'avoir joué la carte de la vérole. Mais, si la syphilis congénitale, incluse, cimentée dans certains organes au cours de la vie embryonnaire et fœtale, doit être pourchassée par les agents antisyphilitiques, il faut tenir compte que ces agents ne sont pas tout et qu'une thérapeutique de l'organe lésé et diminué est absolument indispensable et doit être associée au mercure et à ses compères.

Henri VIGNES.

Echos et Glanures

Les stupéfiants en Chine. — Extrait d'une conférence du Docteur Roubakine : ÉPIDÉMIES ET STUPÉFIANTS EN CHINE. (*Le Courrier des Conférences*, 3 août 1935) :

« Pourquoi le problème de l'opium est-il *essentiellement chinois* ?

L'opium est produit en Yougoslavie, en Bulgarie, en Turquie. On sait qu'il procure les mêmes sensations agréables que l'alcool, avec cette différence, dans son emploi, que l'accoutumance à l'opium est beaucoup plus forte que pour l'alcool et qu'il est infiniment plus difficile de la combattre. La morphine est extraite de l'opium dans la proportion de 10 à 12 pour cent. Un centigramme de morphine produit les mêmes effets que 1 à 2 grammes d'opium.

Le problème des stupéfiants en Chine est devenu bien plus crucial, du fait que l'intoxication de la population peut maintenant s'effectuer avec des quantités moindres, donc plus facilement importables). La production de la morphine, en Europe, excède de beaucoup les besoins médicaux du continent. D'après les experts de la S. D. N., il faut annuellement au monde entier pour des fins médicinales, 410 tonnes d'opium ; or, il s'en produit 20.000 tonnes. La France a besoin de 1.500 kilos de morphine par an ; or, certaines de ses usines en produisent de 1 à 4 tonnes *par jour* ! Pour la France ? Non ; d'abord, les Français ont d'autres « distractions » : alcoolisme, etc., ensuite, jamais ils ne consentiraient à payer la drogue ce qu'elle se vend en Chine.

La production de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la Suisse, quatre des pays gros producteurs, est dirigée sur la Chine ; et aucune conférence européenne pour la limitation de la production de l'opium n'a jamais pu s'y opposer parce que les intérêts engagés dans cette branche d'industrie sont trop considérables.

Mais alors, ne pourrait-on freiner l'*exportation* ? Non, et voici pourquoi : il y a trois ans, le prix d'un kilog de morphine, pris à Genève, était de 800 francs suisses, soit 4.000 francs français. Or, un centigramme de morphine se vend en Chine 2,50 français. Comme il y a 100.000 doses dans un kilog, le kilog de drogue payé 4.000 francs, est vendu 250.000 francs ! Dans ces conditions, si la police saisissait la moitié, les trois quarts ou même les neuf dixièmes des envois, ce qui lui échapperait laisserait encore un beau bénéfice !

Le nombre des consommateurs de morphine croît au fur et à mesure qu'on avance vers l'Orient. En France, les morphinomanes sont en nombre infime ; mais en Égypte, déjà, sur 12 ou 13 millions d'habitants, plus d'un demi-million s'adonne à la drogue (presque uniquement des pauvres, on verra pourquoi tout à l'heure). — *En Chine*, 40 millions de morphinomanes ! Marché très intéressant ! L'un des des plus gros importateurs de morphine, d'héroïne et d'ecgonine est le Japon qui, aux termes d'un contrat passé avec le gouvernement d'Abyssinie, possède le monopole de l'opium dans ce pays — non pas sans doute pour empoisonner les Abyssins, mais pour fabriquer et exposer en Chine. Dans les villes chinoises, les marchands de morphine japonais font les premières piqûres à titre purement gratuit, afin d'accoutumer le client. Même en laissant de côté les militaires, 60 pour cent des Japonais actuellement en Chine et en Mandchourie se livrent au trafic de la drogue.

La pénétration de l'opium et de la morphine se fait en Chine toujours par la guerre civile et l'invasion étrangère (japonaise surtout). On sait que les « généraux » chinois tirent leurs ressources financières : 1° de l'argent des étrangers (subventions des Japonais, des Français et des Anglais, et en général de tous les gouvernements ayant intérêt à ce que se prolonge la guerre civile) ; 2° du pillage de la population ; 3° de l'établissement du monopole, à leur profit, pour la vente de l'opium et de la morphine. Sur ce dernier point, les Japonais ont procédé de même récemment, en Mandchourie, territoire qui leur sert de véritable « place d'armes » pour l'exportation à destination de la Chine. Les conventions internationales, si impuissantes qu'elles soient à remédier à la situation, n'en *gênaient* pas moins les trafiquants ; mais, en ce qui concerne les Japonais, le Mandchoukouo, créé il y a trois ans, ne tombe pas sous le coup des conventions passées antérieurement.

Pourquoi les Chinois sont-ils friands de l'opium ? — En Chine, les riches ne le fument guère ; ils laissent cette « occupation » aux *coolies* et aux ouvriers. Or, les ouvriers travaillent dans les usines de Canton et de Shanghaï, par exemple, jusqu'à 14 heures par jour ; les enfants de 5 ans besognent leurs 10 à 14 heures par jour (ce qui explique la mortalité effroyable de ceux-ci) ; il n'y a ni repos hebdomadaire, ni vacances. L'ouvrier, sortant de son bagne, cherche à se distraire par un autre moyen à sa portée ; il se rabat sur l'opium et la morphine qui lui procurent un paradis artificiel lui faisant oublier pour un instant sa vie d'enfer. Mais il n'y a pas là un *vice* ou une *habitude* spécifiquement chinoise. Selon des écrivains très impérialistes, le patronat, en Chine, estime que, pour avoir de la main-d'œuvre, il faut la contenter en lui donnant de l'opium *afin qu'elle oublie à quel point elle est exploitée, pressurée*. Pas d'opium, pas de travailleur !

« En songeant qu'en France, la consommation du lait est à peine de 100 litres par tête d'habitant, alors qu'en Suisse et dans les pays scandinaves elle dépense 200 litres, il nous semble qu'il serait utile de faire dans tout le pays une active propagande en faveur du lait par des leçons des maîtres dans les écoles, par des conférences des professeurs d'agriculture, par des articles de revues et de journaux. On apprendrait ainsi au public que le lait n'est pas seulement un aliment d'enfants, de malades ou de vieillards, mais qu'il est encore pour tous les travailleurs un excellent aliment par les principes énergétiques qu'il renferme, puisque au point de vue nutritif, un litre de lait correspond à 100 grammes de viande. »

(Docteur Raymond MARTIN. — Discussion de la loi sur le lait au Sénat).

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la bactériologie et le diagnostic du carcinome de l'œsophage et de l'estomac

Par le Docteur E. PALIER, de New-York

Le diagnostic du carcinome de l'œsophage n'est pas aisé : au fait il est impossible de le porter sans avoir recours à l'œsophagoscopie ou à la radiologie ou à ces deux procédés. En Allemagne, l'œsophagoscopie était bien en vogue. Je dis *était* parce que je ne sais pas si elle l'est ces jours-ci.

Or l'œsophagoscopie est un procédé très onéreux, même dangereux pour le malade. On a rapporté des cas de mort causée par cette opération. Pour le médecin, elle est délicate et assez difficile, sans pourtant lui donner des renseignements nets, car si même il voit une lésion, c'est à peine s'il peut dire avec certitude qu'elle est maligne. Chez certains malades, cette exploration doit être faite très rapidement, et d'aucuns ne peuvent la supporter du tout. La radiologie ne donne pas non plus de renseignements nets sur la nature de la lésion

Or, j'ai constaté la présence des staphylocoques dans le carcinome de l'œsophage, même au début. Je procède de la manière suivante :

J'introduis le tube stomacal dans l'œsophage et je le pousse lentement vers l'orifice cardiaque en ordonnant au malade qu'aussitôt que le tube atteint le point douloureux ou tendre dans l'œsophage de me l'indiquer sur le sternum. Généralement le malade le fait bien. Lorsque le tube atteint le lieu tendre, le malade s'écrie : « C'est là ». Alors je manie plusieurs fois le tube de haut en bas et inversement, sans l'introduire dans l'estomac et je le retire. J'enlève de la mucosité adhérente à l'œil et à l'orifice inférieur du tube j'en fais des préparations sur des lamelles, et je les examine au microscope.

Or, si le malade est de l'âge cancéreux et qu'il ne donne pas d'histoire d'une injure physique ou chimique, la présence des staphylocoques signe le diagnostic du carcinome.

Il faut noter que les microbes dans l'œsophage chez l'homme sain sont très peu nombreux ou ils font défaut, et les staphylocoques ne sont fréquents ni dans la bouche, ni dans l'œsophage, ni dans l'estomac. Les cocci de la bouche sont généralement des pneumocoques et des streptocoques, ces derniers ordinairement en courtes chaînettes.

Quant aux bactéries de l'estomac, j'en ai trouvé dans des travaux antérieurs (1) et il serait inutile d'y revenir. Mais je dirai ici qu'on trouve généralement des staphylocoques aussi bien dans le contenu stomacal dans le carcinome gastrique. Il paraît que ces microbes sont l'apanage du cancer de l'œsophage aussi bien que du cancer ventriculi.

Comme je l'ai fait ressortir ailleurs la triade bactériologique suivante, quand on la constate dans le contenu stomacal d'un malade, est pathognomonique du cancer ventriculi ; la présence des staphylocoques et des bacilles Oppler-Boas, que j'ai nommé bacillus geniculatus en raison de sa forme, et l'absence de levure.

Ni le staphylocoque, ni le bacille d'Oppler-Boas n'est, bien entendu, l'agent causal du carcinome. Mais l'estomac cancéreux présente un milieu *favorable* pour leur développement et un milieu défavorable pour la croissance de la levure, par des raisons que j'ai expliqué ailleurs.

Mais la biologie n'est point la géométrie, et on ne trouve pas toujours cette triade dans le carcinome gastrique. Quant à l'ulcus ventriculi, j'ai déjà insisté dans des travaux antérieurs que cette maladie est associée, surtout au début avec chlorhydrie normale ou hyperchlorhydrie ; que les cocci sont détruits pendant la digestion et, si on les trouve dans l'estomac à jeun, on ne saurait aucunement les incriminer de la cause de l'ulcère.

Les deux observations suivantes illustrent ce qui a été dit plus haut :

I. — Une femme âgée de 60 ans. La malade se plaint de la dysphagie depuis trois mois environ. J'emploie la méthode décrite plus haut. Le point sensible chez la malade est vers la partie supérieure du gladiolus. La mucosité présente des staphylocoques nombreux. Je porte le diagnostic du carcinome de l'œsophage. Ce diagnostic a été collaboré par d'autres médecins. La malade succomba à cette maladie.

II. — Un homme âgé de 58 ans m'est amené par son fils, un pharmacien. Il se plaint depuis six semaines environ d'un malaise dans l'œsophage à la déglutition des aliments solides. C'était au mois de février et le malade nous assure que c'est un banal refroidissement, et ce n'est rien. J'introduis le tube stomacal. Le lieu tendre chez le malade est vers le milieu du gladiolus. Je trouve des staphylocoques dans la mucosité. Je pose le diagnostic de carcinome de l'œsophage. Ce diagnostic est confirmé par d'autres médecins. Le malade mourut de la maladie en question.

Inversement, lorsqu'on ne trouve point de staphylocoques dans l'œsophage, cela milite contre la malignité.

Donc cette recherche bactériologique qui est simple et assez aisée nous donne une aide précieuse dans le diagnostic du carcinome de l'œsophage et de l'estomac.

(1) E. PALIER. — The bacteria of the stomach. *Medical Record*, nov 19..

E. PALIER. — La bactériologie du carcinome de l'estomac, 1904, *La Presse Médicale*, n° 99, 12 décembre 1906 et d'autres journaux.

L'action thérapeutique des eaux chaudes radio-actives et son mécanisme physio-clinique

par le Docteur J. FAUZIN (Plombières-les-Bains)

De toutes les eaux thermales, celles qui intriguent le plus sont bien ces eaux classées autrefois parmi les eaux indéterminées et que l'on désigne maintenant sous la dénomination de « Eaux hyperthermales radio-actives oligo-métalliques ».

Ces eaux sont celles dont la radio-activité constitue le principe actif dominant, alors que leurs éléments chimiques sont d'une importance secondaire. Car il y a d'autres eaux hyperthermales et radio-actives aussi, mais qui, en opposition avec celles-là, ne sont pas oligo-métalliques. Pour ces dernières la composition chimique plus ou moins complexe est l'élément actif prédominant ; alors que leur radio-activité au contraire ne constitue qu'un élément thérapeutique de second plan.

***

Plombières constitue le type de ces eaux. Les eaux de Plombières, en effet, sont les plus chaudes (81°), les plus radio-actives (18,37 mm. curies pour l'eau et 140,60 pour les gaz) et les moins chargées en sels minéraux (139,6 mg. d'extrait sec par litre d'eau à 180°). Ces données prennent surtout leur valeur quand elles concernent les moyennes des eaux utilisées. Plombières, à ce point de vue, conserve sa prééminence.

Thermalité, radio-activité, oligo-métallisme : tels sont les facteurs thérapeutiques reconnus. Il ne faut pas perdre de vue que : « Maintes sources, douées d'une réelle efficacité, non seulement n'accusent qu'une insignifiante minéralisation saline, mais encore par surcroît ont été trouvées fort peu radio-actives (Moureu). »

***

Ces eaux ont des vertus thérapeutiques, empiriquement bien établies, qu'on peut grouper sous trois chefs différents.

Tout d'abord, elles ont une *action sédative sensitivo-motrice.*

Habituellement, c'est la sédation dans le domaine de la sensibilité qui est surtout mise en valeur. Cette action n'est pas toujours directe. Elle s'exerce aussi par la sédation de la motricité. Et c'est souvent par cette voie indirecte que les eaux influent sur la sensibilité. Il est vrai que l'inverse peut se produire aussi.

La plus belle illustration de cette dissociation dans l'action sédative sensitive et motrice, on la trouve dans la cure de la constipation spasmodique douloureuse.

Pour un tableau clinique identique, à ne considérer tout au moins les faits que dans le présent, celle-ci peut avoir une double origine selon que le spasme est un spasme à long ou à court circuit.

Comme exemple de spasme à long circuit, on ne saurait mieux choisir que celui qui a une origine centrale : c'est le cas de la constipation spasmodique survenue brusquement, par exemple, chez une mère qui venait de perdre sa fille aînée. Les faits évoluent alors comme il suit : le spasme engendre la stase, — la stase, une viciation digestive, —celle ci, une colite et la douleur. L'observation clinique permet par la superposition des cas de retrouver ainsi ces divers stades : le stade du trouble moteur ; puis celui de la douleur provoquée dont la révélation par l'examen objectif surprend le plus souvent le malade, et enfin celui, ultime, des douleurs spontanées. Chez ces malades, que ce soit par suite d'une seule cure ou de plusieurs, il faut de toute nécessité que le trouble moteur disparaisse ou s'amende considérablement, et il peut le faire aussi vite qu'il est apparu, pour que se réalise plus lentement la sédation sensitive ; des douleurs spontanées d'abord, des douleurs provoquées ensuite.

Ainsi, la belladone calme les douleurs coliques en calmant l'hyper-péristaltisme intestinal.

Dans le cas du spasme à court circuit, la viciation digestive, et peu importe son origine, est primitive. Elle n'est pas secondaire au ralentissement du transit : elle le provoque ; du moins, quand il s'agit de la constipation spasmodique simple, la seule superposable à celle que nous venons de considérer. Car l'irritation de la muqueuse, trouble sensitif, déclenche les troubles de la tonicité et de la motricité qui s'enchaînent. Et ici la sédation thermale est sensitive d'abord et motrice secondairement.

Ainsi, une application anesthésiante peut calmer le ténesme rectal ou vaginal, du moins d'origine locale.

Cette action sédative, qu'il s'agisse de la sensibilité ou de la motricité, n'est pas toujours ainsi un phénomène localisé ou d'une aussi schématique simplicité. Le problème est parfois plus complexe. Et il faut bien préciser dans ce cas que cette action sédative constitue le résultat clinique et que ce qualificatif concerne plus le résultat constaté que le procédé physio-pathologique par lequel ce résultat est obtenu. Cela ne signifie donc point que la sédation soit une sédation physiologique.

L'appareil neuro-végétatif est complexe à l'extrême. Et le même résultat clinique peut être obtenu par une activation ou un freinage physiologique selon le centre ou les voies qui sont mis en jeu. Dans un déséquilibre neuro-végétatif, à côté des cas purs, il en est dont la clinique ne permet pas de déterminer ni de reconnaître si la manifestation résulte d'une inhibition ou de l'excitation antagoniste.

La thérapeutique même n'a pas la possibilité de choisir. La génésérine réussit là où la génatropine prescrite par raison théorique est nocive. L'inverse aussi est parfois constaté. Et les voies de la nature sont encore à ce point impénétrables que c'est souvent avec succès que ces deux médications sont simultanément ordonnées. L'organisme s'en débrouille mieux que le thérapeute trop orthodoxe et choisit exactement ce qui lui convient.

***

En deuxième lieu, ces eaux ont une *action stimulante sur l'activité glandulaire et sur la régénération cellulaire.*

Cette action stimulante sur le fonctionnement glandulaire est une possibitité de l'action directe de la radioactivité des eaux. Bouchard, Curie, Balthazard par des expériences déjà anciennes, ont montré cette action et la prédilection du radon pour les glandes endocrines, dans lesquelles on le retrouve même à l'autopsie des animaux d'expérimentation. Mais, elle s'exerce aussi par l'intermédiaire du sympathique ce «système nerveux fondamental de la vie cellulaire » [Delmas et Laux (1)]. Elle est alors «la manifestation d'un surcroît d'activité cellulaire métabolique des éléments glandulaires » (Delmas et Laux).

Il en est de même de l'action sur la régénération cellulaire. Celle-ci est établie sans conteste possible par la cicatrisation plus rapide des plaies bien connue dans les stations et celle des plaies atones de guerre pour laquelle toute autre thérapeutique avait échoué. Elle s'exerce alors de façon directe : elle trouve ainsi son utilisation dans le traitement des métrites cervicales. Mais, le radon pénétrant tout l'organisme et la radio-activité ayant d'ailleurs le privilège d'exercer son action à distance, cette action contribue sans aucun doute aussi à la cicatrisation des muqueuses colitiques. Il n'est pas nécessaire pour cela de rechercher un contact immédiat qui, en pathologie intestinale, du moins celle qui est justiciable de Plombières, est souvent nocif, rarement utile, jamais indispensable.

***

Enfin, la troisième propriété de ces eaux résulte des deux précédentes : *c'est une action équilibrante neuro-endocrinienne.*

Elle découle en effet des relations qui unissent l'appareil neuro-végétatif aux glandes endocrines.

Tels sont les trois ordres de faits empiriquement établis.

***

Ces propriétés thérapeutiques, il est admis de les mettre à l'actif de la radio-activité de ces eaux.

Le fait que *leur administration externe peut suffire* incite déjà à le supposer. Les résultats obtenus par l'émanothérapie le confirment. D'ailleurs, la curiethérapie, la radiothérapie et l'électrothérapie ont les mêmes propriétés. Rayons infra-rouges, rayons ultra-violets, diathermie, ondes courtes... calment la douleur et la spasmodicité ; la radiothérapie « fonctionnelle sympathique et glandulaire » a donné des résultats similaires à Langeron et Desplats (2) ; le mésothorium, ainsi que l'enseigne Loeper, est une médication sédative de choix dans le traitement des périviscérites ; et, pour ce qui est de la similitude de l'action cellulaire des eaux du type Plombières et du radium, il suffit de signaler le coup de fouet considérable que la cure donne au cancer, qui en constitue pour ce motif la seule contre-indication véritablement formelle.

Mais, alors que ces diverses thérapeutiques, en raison même de leur technique, ont des actions forcément partielles et localisées, celles des eaux thermales, — il est

sans doute bon de le faire remarquer et d'y insister, se conjuguent. Et elles se résument en une action massive générale qui a pour résultat de modifier véritablement le terrain. La preuve en est que l'on voit parfois l'affection étiologique subsister après la cure mais ne plus trouver dans l'organisme l'écho morbide qu'elle y trouvait auparavant.

Enfin, de même que tous les facteurs thérapeutiques des eaux minérales ne sont pas connus, puisqu'il en est dont l'action de toute évidence n'est le fruit ni de leur minéralisation ni de leur radio-activité, on ne peut pas éliminer pour les eaux radioactives la possibilité de l'action d'un autre facteur encore ignoré. Ainsi, le pouvoir anagotoxique des eaux thermales mis en lumière par Billard n'est pas attribué à leur radio-activité.

Les eaux thermales sont un complexe, sans doute à beaucoup d'inconnues, que rien vraiment ne saurait remplacer.

***

Il ne suffit pas d'enregistrer les faits : il est plus méritoire de les expliquer.

Il est classique d'attribuer aux eaux de Plombières une *action élective sur le sympathique*. Pour Delmas et Laux, le système sympathique est un « canevas » sur lequel « se sont greffés deux systèmes nerveux différenciés : le système nerveux somatique (cérébro-spinal, et le système nerveux organique (parasympathique) ; chacun de ces derniers ayant un domaine limité et une fonction hautement différenciée : l'un dans le sens de la vie de relation et l'autre dans le sens de la vie organique ».

Aussi bien cette classification biologique est-elle peut-être la seule façon d'expliquer : les impossibilités histologiques (= la non-différenciation anatomique des filets nerveux respectifs), les oppositions physiologiques (= la non-spécificité physiologique des nerfs), — les anomalies cliniques (= l'alternance neurotonique « dans l'espace et dans le temps »), et les contradictions thérapeutiques (= l'amphotropisme médicamenteux).

C'est bien ainsi sur ce système nerveux primordial qui préside à tous les phénomènes fondamentaux de la vie cellulaire que s'exerce l'action des eaux de type Plombières.

Mais *cette action n'est pas uniquement ainsi élective.* Santenoise et L. Merklen, étudiant expérimentalement avec leurs élèves les eaux de Plombières, constatent :

— d'une part : « une diminution progressive de la réflectivité centrale et du tonus sympathique » ;

— et d'autre part : « une augmentation progressive et quelquefois importante de l'excitabilité réflexe des centres pneumogastriques ».

Cette dernière constatation est pleine d'intérêt. Mais, dans l'interprétation de pareils résultats, il ne faut pas se heurter à des contradictions apparentes mais irréelles. Les résultats cliniques confirment ce que la raison suggère : la nature n'est jamais en contradiction avec elle-même. Et si les eaux de Plombières diminuent ce qu'il est convenu d'appeler la sympathicotonie, il ne faut pas croire qu'elles aggravent la vagotonie. Elles l'améliorent aussi.

Aussi bien le pneumogastrique n'a-t-il pas une composition anatomique homogène. Au-dessus du récurrent et jusqu'au récurrent inclus, il est un nerf mixte cranien, cérébro-spinal. Au-dessous du récurrent, il renferme des fibres centripètes et centrifuges para sympathiques dépendant du noyau dorsal du vague, et des fibres centrifuges sympathiques venues par les diverses anastomoses de la chaîne latéro-vertébrale. Dans cette dernière partie, il est un nerf organo-végétatif. Il participe donc à la fois des trois grands appareils nerveux.

Or, selon Delmas et Laux, « il n'existe pas de test histologique absolument précis et constant permettant de différencier ces trois systèmes nerveux d'une manière absolue ». Et il n'y a pas davantage « opposition fonctionnelle entre le sympathique et le parasympathique, pas plus qu'il n'y en a entre le sympathique et le cérébro-spinal. Il y a, pour chacun de ces trois systèmes nerveux, une action propre pour des fonctions différentes ». Et, s'il existe des filets nerveux fonctionnels qui donnent l'impression d'un antagonisme, c'est que « *suivant la qualité de leur excitant ou suivant la nature de l'élément anatomique dans lequel ils se terminent, ils peuvent agir dans un sens ou dans l'autre* ».

Les cliniciens rejoignent les anatomistes. Langeron et Desplats suivant les traces de Bard, distinguent dans chaque fonction viscérale « deux phases fondamentales dont l'alternance harmonieuse... constitue l'état normal et dont la perturbation amène l'état pathologique »... « deux phases antagonistes dont la succession... est assurée par la production de réflexes qui changent le sens de la phase en cours... »

Les endocrinologistes enfin admettent une « action diphasique » des hormones (H. Zondeck et Ucko), expliquée, rapporte Pende (3), tantôt par le fait que toute hormone qui trouble une fonction provoque la production d'une autre hormone antagoniste jusqu'à ce que se rétablisse l'équilibre, — tantôt aussi par le fait qu'une dose élevée a une action opposée à celle d'une dose minime, tantôt enfin par le fait de l'équilibre électrolytique des tissus périphériques. Pour Pende, il serait plus exact de parler de « relativité dynamique » des hormones, dynamisme subordonné à « l'action relative de la dose avec laquelle nous agissons, du milieu ambiant dans lequel nous agissons, et de la réceptivité des organes périphériques sur lesquels nous agissons ».

Les eaux radio-actives sont un excitant : et nerveux et endocrinien. Mais, en dehors de l'expérimentation dont le domaine est strictement et nécessairement limité, *ce n'est pas nous qui choisissons l'élément anatomique sur lequel s'exerce leur action, ni la voie qu'elles prennent pour l'atteindre, ni le centre qui déclenche tout.* Et le fait que, en clinique, elles ne modifient guère le fonctionnement normal, qu'elles n'ébranlent pas un organisme équilibré, mais que les malades y paraissent d'autant plus sensibles qu'ils en ont davantage besoin, oblige à penser, — et nous retombons ainsi dans l'empirisme, que cette action s'exerce spontanément : au moment propice, au point nécessaire et dans le sens qui convient.

Au fond, ces manifestations du fonctionnement nerveux, loin de s'opposer, sont solidaires et se rejoignent. *L'interprétation des faits cliniques amène à en déduire que les eaux radio actives modifient bien l'excitabilité et la conductibilité nerveuses aussi bien afférente qu'efférente, dans chacun des trois grands appareils.* Elles ont vraisemblablement une action sur la chronaxie. Santenoise et L. Merklen ont jugé nécessaires « des recherches électro-physiologiques, utilisant en particulier les méthodes de Lapicque »...

Il en résulte que l'*action de ces eaux est tout d'abord symptomatique*. Car, si on l'analyse avec soin, on voit par exemple que, lorsqu'il s'agit d'un trouble moteur d'origine centrale (spasme colique à long circuit, par exemple) la cure de Plombières est qualitativement efficace alors que quantitativement le résultat obtenu varie selon l'intensité de l'incitus en jeu. La guérison sera définitive si la cause était accidentelle ; et plus ou moins durable si la cause demeure permanente. C'est tellement vrai que l'on voit parfois l'effet de la cure chez ces malades, au moment où après quelquefois plusieurs mois il paraît à la veille d'être complètement acquis, rigoureusement annihilé par une nouvelle action déchaînante : par exemple, un décès familial chez une malade qui était venue se soigner primitivement pour des troubles apparus après une difficulté d'argent.

Il peut arriver que cette action symptomatique réelle paraisse une action étiologique. Elle peut en effet diminuer la susceptibilité de l'appareil nerveux au point de le rendre insensible à des incitations qui, — subsistant toujours, mais n'obtenant plus de réponses, — ne produisent plus leur effet.

Ainsi, dans la colite muqueuse acide, le taux excessif des acides organiques peut être une cause d'exagération de la motricité intestinale. De cette exagération, il résulte ou de la constipation ou de la diarrhée. Car, de l'une à l'autre, il n'y a en vérité qu'un tout petit pas à franchir. Il ne s'agit là que de la double face d'un même phénomène, ou pour en revenir à la conception de Langeron et Desplats « d'un trouble dans la succession réciproque et dans l'intensité»... des... « deux phases antagonistes d'une même fonction ».

La cure de Plombières fera disparaître le trouble de la motricité intestinale avec plus ou moins de rapidité et pour une durée plus ou moins longue : variables selon les caractères de l'excitant et selon la nature du terrain. Mais, si les fermentations intestinales subsistent et avec elles le taux excessif des acides organiques qui traduit ces fermentations, la diarrhée ou la constipation pourra par la cure thermale disparaître. Mais, les mêmes causes pouvant produire les mêmes effets, le malade court le risque que ce soit pour un temps seulement et de voir réapparaître, parfois sous la forme de la phase antagoniste (la constipation chez un ancien diarrhéique), le trouble de la même fonction. Le seuil de l'excitabilité aura bien été élevé, la transmission de l'excitation aura bien été diminuée, la réceptivité centrale n'aura pas eu à jouer. Mais, le plus souvent, ce ne sera que dans une certaine mesure et pour un temps... à moins qu'on n'ait entre temps corrigé la viciation digestive. La guérison n'aura été qu'apparente. Et la cure n'aura pas eu une action étiologique, qu'elle ne peut avoir dans ce sens.

Ces notions, au point de vue des indications thérapeutiques, sont de la plus haute importance : puisqu'elles *permettent de poser l'indication de cure, non sur un diagnostic étiologique certain, mais sur la manifestation clinique apparente elle-même.* Et à titre d'exemple cela permet de revendiquer pour la station *tous les troubles de la motricité intestinale justiciables d'une sédation* quelqu'en puisse être le « primum movens » et *tous ceux de la sensibilité : les manifestations douloureuses notamment,* sans que l'on ait à se préoccuper pour cela des raisons que ces malades peuvent avoir de souffrir.

Enfin, *ces eaux ont aussi une action plus profonde et constituent bien une médication étiologique.* Puisqu'elles sont capables de modifier le fonctionnement du système nerveux grâce auquel... « la cellule peut vivre, s'accroître, se diviser » grâce auquel sont rendus possibles avec cette vie cellulaire : ... « le métabolisme, l'entretien tissulaire, l'excitation trophique en vue de l'équilibre vital »... (Delmas et Laux), il faut bien que cette action de ces eaux se répercute, se prolonge jusqu'à la limite du fonctionnement de ce système nerveux fondamental.

C'est le cas de toutes ces malades qui présentent surtout des troubles fonctionnels sans substratum organique décelable, chez lesquelles le terrain, pour des raisons que l'on ignore, répond à une épine irritative, qui pourra être quelquefois connue, mais que le plus souvent on ne connaît pas davantage ; de ces malades dont l'analyse aboutit constamment à une « perturbation fonctionnelle soit globale par augmentation ou diminution de la fonction, soit partielle par la prédominance pathologique d'une phase, en raison de l'existence de réflexes pathologiques, de sens normal mais d'intensité exagérée ou diminuée, de sens paradoxal inversé ou discordant » (Langeron et Desplats). Ici, il s'agit bien d'une action étiologique.

Du reste, c'est par ce fait que ces eaux « modifient profondément et d'une manière durable les conditions générales de la régulation organique » que Santenoise, L. Merklen et leurs élèves expliquent, avec dans ce cas la persistance de leur action, le retard parfois de plusieurs mois de son apparition.

* * *

Dans la réalité clinique, l'interprétation imprécise des faits rend leur classification difficile. De même que nous ne pouvons pénétrer que partiellement le mystère des eaux, nous ne pouvons pénétrer que partiellement aussi celui des malades. Si nous pouvons prévoir le résultat définitif, nous ne connaissons jamais tous les éléments qui se conjuguent pour y concourir.

Il n'en reste pas moins que, de toute ces considérations sur les eaux radio actives, il est permis, malgré le mystère qui entoure leur origine, leur nature, leurs moyens thérapeutiques et le mode de leur action, de déduire logiquement les principes directeurs qui déterminent leurs indications et d'éclairer ainsi les données offertes pour cela par l'empirisme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Delmas et Laux. — Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. Masson, 1933.

2. L. Langeron et Desplats. — La radiothérapie fonctionnelle symphatique et glandulaire. Doin, 1934.

3. Pende. — Endocrinologia Quarta Edizione ; Francesco Vallarni, Milano, 1934, p. 58 et 87.

4. Santenoise, L. Merklen, E. Stankoff et M. Vidacovitch. — Action de la cure de Plombières sur la motricité intestinale (Etude physiologique). *Paris Médical,* 21 avril 1934.

FAITS CLINIQUES

Sur un cas de grossesse tubaire bilatérale

Par Mme le Docteur Lucie LÉON-BORCÉA

Médecin en chef à la Maternité de Jassy (Roumanie)

Les cas de grossesse extra-utérine double sont très rares dans la littérature médicale ; moins rares sont les cas où la grossesse utérine est concomitante d'une grossesse extra-utérine.

Parmi les cas nombreux de grossesse extra-utérine opérés à la Maternité de Jassy, le cas dont nous allons parler est l'unique cas de grossesse extra-utérine double que nous ayons rencontré au cours de nos années de pratique. Il s'agit d'un cas de grossesse tubaire bilatérale concomitante ; à savoir : à gauche une grossesse tubaire, de deux mois et demi environ et à droite une grossesse un peu moins avancée, d'environ six semaines. Nous avons par laparotomie détaché toutes les adhérences avec les intestins, avons extirpé des deux côtés les annexes et avons établi un drainage Mikulicz. La patiente est sortie de l'hôpital complètement guérie (1).

E. U..., âgée de 36 ans, entre à la Maternité en accusant de grandes douleurs abdominales ; elle se trouve en état de lipothymie.

Antécédents hérédo-collatéraux sans importance.

Antécédents personnels. — Elle a eu, dans son enfance, la fièvre typhoïde. L'an dernier, elle a eu la malaria, ce qui l'a forcée de rester une quinzaine de jours à l'hôpital ; elle a ensuite, assez irrégulièrement, suivi un traitement auquel elle

(1) Observation présentée à la *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* juin 1935.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La maladie d'Addison étant une affection à évolution irrégulière, où l'on observe parfois des survies assez longues en dehors de toute thérapeutique, il est encore un peu tôt pour juger avec certitude l'activité des diverses thérapentiques nouvelles. Il n'en est pas moins établi dès maintenant que certains malades moribonds ont été sauvés. qui ne l'auraient certainement pas été il y a quelques années ; et que, quel que soit le devenir final des addisoniens, leurs symptômes sont très améliorés par les traitements modernes Il n'est pas impossible d'ailleurs que la prolongation de la survie obtenue chez ces malades augmente la proportion des guérisons complètes : nous savons, en effet, que, dans quelques cas exceptionnels, la cicatrisation des lésions surrénales et la régénérescence des glandes ont été observées : les capsules ont une tendance très nette à la reviviscence, et celle-ci survient spontanément chez l'animal surrénalectomisé presque totalement, à condition que l'hypophyse soit intacte ; cette glande secrète en effet une hormone, cortico-stimuline, qui conditionne la reviviscence du cortex surrénal. Il est possible que l'administration d'extrait hypophysaire favorise donc la régénération glandulaire chez les addisoniens ; Collip a signalé de très bons résultats obtenus dans trois cas de maladie d'Addison à l'aide d'injections de cortico-stimuline purifiée. Il y a là encore un champ nouveau qui s'ouvre pour des essais thérapeutiques. Dès maintenant, on peut dire que le traitement de la maladie d'Addisson constitue l'une des acquisitions les plus remarquables de l'endocrinologie moderne.

(R. Rivoire. Le traitement de la maladie d'Addison. *La Presse Médicale*, 13 juillet 1935.)

Tuberculose

Des causes diverses sont susceptibles, dans la tuberculose, de provoquer une paralysie recurrentielle ; on peut les classer suivant leur siège en pleuro-pulmonaires, ganglionnaires, toxiniques et médiastinales.

Lésions du dome pleuro-pulmonaire. — Il s'agit, soit de cortico-pleurite, de scléroses apexiennes ou de tuberculoses fibreuses à marche lente, soit de pleurésies avec épanchement.

Dans le premier cas, en effet, c'est fréquemment avec des processus torpides, où la radioscopie montre des lésions imprécises, que coïncident ces paralysies. Il s'agit alors, presque toujours, du récurrent droit.

Lésions des ganglions. — C'est une pathologie qui longtemps fut classiquement invoquée pour expliquer les paralysies récurrentielles gauches. Il semble qu'à l'heure actuelle on lui accorde moins de valeur.

Médiastinite tuberculeuse. — Ce processus de médiastinite est plus fréquent qu'on ne le pense et la dissection minutieuse du nerf au cours des autopsies peut le mettre en évidence.

La paralysie récurrentielle au cours de la tuberculose pulmonaire n'a rien qui la distingue, dans son aspect objectif, des paralysies dues à toute autre cause. Même symptomatologie fonctionnelle, même aspect objectif du larynx, avec la corde en position médiane, puis intermédiaire.

Le début passe parfois plus ou moins inaperçu. Parfois aussi il est brutal comme dans une observation rapportée par Collet : c'est celle d'un homme, tuberculeux pulmonaire avéré ayant une expectoration abondante et des hémoptysies et qui brusquement, pendant qu'il parlait, vit apparaître un enrouement très net. L'examen laryngoscopique montra une paralysie totale de la corde vocale gauche.

Il convient de se rappeler qu'une dysphonie chez un tuberculeux n'indique pas nécessairement l'existence d'une laryngite bacillaire.

Elle peut être, au contraire, la signature d'une tuberculose pulmonaire ou médiastinale.

(Georges Portmann et H. Retrouvey. Les paralysies laryngées tuberculeuses. *Paris Médical*, 13 juillet 1935.)

La tuberculose abortive est très fréquente, et l'anatomie pathologique en témoigne.

Mais la tuberculose abortive ne reste pas toujours muette pendant la vie. Elle donne parfois lieu à des manifestations cliniques alarmantes telles que des hémoptysies et se traduit par une image radiographique typique montrant l'existence au sein du parenchyme de nodules calcifiés. L'expectoration ne renferme pas de bacille de Koch à l'examen direct.

Il faut savoir, en présence de ces formes de tuberculose, que leur évolution se fait d'emblée et spontanément vers la guérison.

Il faut s'abstenir de toute thérapeutique et ne pas considérer ces sujets comme tuberculeux.

Mais il ne faut pas perdre de vue non plus que l'abstention thérapeutique elle-même comporte une décision d'importance et qu'elle constitue, par le fait, un acte. Au médecin de juger, en toute conscience, de l'attitude à prendre et de prendre ses responsabilités.



(Docteur P. Sifflet d'Auxerre). Toutes les manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire ne commande pas la mise en œuvre systématique d'un traitement. Intérêt pratique des formes abortives de la maladie. *Le Bulletin Médical*, 8 juin 1935.)

Maladies du sang

La leucémie aiguë est une maladie infectieuse dont le germe pathogène inconnu doit être recherché dans le sang de la rate et sa pulpe retirés par la ponction : le microbe pathogène de la leucémie aiguë ne se colore peut-être pas par les méthodes usuelles de laboratoire qui exige une nouvelle méthode.

Les leucémies chroniques (myéloïde et lymphatique) sont des syndromes dus à des causes pathogènes diverses, infectieuses ou toxiques. Quelques cas seulement des leucémies myéloïdes sont dus au bacille de Koch, mais on ne peut pas préciser si la tuberculose survient comme complication terminale ou est la cause de quelques cas de leucémie myéloïde.

Gynécologie

Les ondes courtes constituent un chapitre important de la physiothérapie gynécologique. — Cette méthode mériterait d'être généralisée plus qu'elle ne l'est. Il y a lieu d'insister sur quelques-uns de ses avantages qui sont principalement une action analgésiante, une action décongestionnante et même une action désinfectante.

En ce qui concerne les effets caloriques, il y a lieu de remarquer que « tandis que la diathermie ordinaire chauffe mal en profondeur, les ondes courtes, au contraire, chauffent mieux en profondeur, qu'à la périphérie ». Une impression de chaleur régulière soulage déjà les malades et l'action analgésique est remarquable pour les douleurs pelviennes, plus rapide et plus complexe que pour la diathermie simple. (Emeric.)

Les résultats obtenus à l'hôpital Broca confirment la valeur de cette méthode.

L'action est surtout nette dans les affections subaiguës à substratum inflammatoire et au cours de certaines lésions chroniques. Quant au traitement d'affections aiguës, on ne doit les entreprendre qu'avec une extrême prudence.

La prudence est du reste, toujours de mise dans la thérapeutique par les ondes courtes car bien avant la réaction de l'effet calorique qu'on peut à peu près évaluer, il y a une réaction d'effet électrique pour lequel nous n'avons pas encore de possibilités de mesure. Il y a donc toujours avantage à commencer par des doses relativement faibles et des séances courtes afin de tâter la susceptibilité des malades. Ce n'est que petit à petit et très progressivement qu'on pourra arriver à augmenter ces doses et, en prolongeant les séances, arriver à un effet calorique qui, outre l'analgésie obtenue par l'effet électrique, donne fréquemment lui-même un certain état de bien-être. Il faut toutefois se souvenir que la prolongation de la séance peut parfois entraîner une réaction thermique. Prudence et progression sont les deux principes de la direction du traitement par les ondes courtes des affections gynécologiques inflammatoires.

En dehors des lésions inflammatoires, cette thérapeutique a également une action très remarquable sur la revigoration ovarienne.

(R. Proust, R. Moricard et J. Pulaford. — Les ondes courtes en gynécologie. *La Presse Médicale*, 22 juin 1935.)

Obstétrique

La grossesse agit par sa suractivité hormonale pour troubler le métabolisme de l'eau. — Ce rôle paraît particulièrement dévolu au complexe tubéro-hypophysaire. Lorsque l'activité endocrinienne dépasse son but, on la voit produire des poussées transitoires d'œdèmes ou de véritables œdèmes persistants, sans trouble rénal. Les mouvements d'eau s'accompagnent généralement d'une mobilisation corrélative des chlorures. La grossesse, en modifiant le métabolisme des substances minérales et des constituants plasmatiques, crée un nouvel équilibre physico chimique, qui paraît être plus le témoin que la cause des œdèmes.

(E. Lévy-Solal et M. Laudat. — Œdèmes de la gestation et système hypophyso-tubérien. *La Presse Médicale*, 10 avril 1935.)



avait été soumise. Menstruée à 13 ans ; menstrues régulières et peu abondantes. Elle s'est mariée à l'âge de 21 ans ; a eu une grossesse il y a quatorze ans et a accouché à terme. Il y a cinq ans, elle a eu une nouvelle grossesse qui, au bout de deux mois et demi, s'est terminée par un avortement spontané.

Historique de la maladie actuelle. — Depuis trois mois, elle a commencé à ressentir des douleurs dans les deux fosses iliaques, mais n'y a pas attaché grande importance. Au commencement du mois de novembre, elle a eu de très violents points de côté qui formaient comme une ceinture autour du bassin. Ces douleurs sont survenues brusquement et elles étaient si fortes qu'elles ont provoqué chez la femme un évanouissement (une syncope). Elle a continué à avoir ses menstrues régulièrement et sans aucune modification. Durant sa maladie, elle a évacué à deux reprises un peu de sang. Elle a eu sa dernière menstruation dix jours avant de tomber malade. Au bout de deux semaines de maladie, sentant qu'elle allait de mal en pis, elle consent à être internée dans un hôpital ; là, on lui fait des injections fortifiantes et calmantes ; après quatre jours d'hospitalisation, on l'envoie à Jassy.

Etat général mauvais, anémie accentuée, lipothymie fréquente, douleurs intenses dans les deux fosses iliaques. Téguments très pâles. Le pouls, qui accuse 90, ne bat que faiblement. La malade, très affaiblie, a, par intervalles, de fréquentes mictions ; constipée durant ces derniers jours. Douleurs intolérables l'empêchant de faire le moindre mouvement ; ces douleurs ont leur siège dans les deux fosses iliaques. La patiente éprouve une sensation de lourdeur dans le voisinage du rectum.

Abdomen légèrement ballonné ; sensibilité accentuée. Procédant à l'examen interne, on remarque : vagin normal, culs-de-sac pleins et sensibles ; col mou, faiblement entr'ouvert. L'utérus ne peut pas être déterminé avec précision, parce qu'il est pris dans une tumeur, grosse comme deux poings et que cette tumeur remplit tous les culs-de-sacs. Annexes englobées dans la masse. Sécrétion utéro-vaginale.

D'après l'examen, nous diagnostiquons une grossesse extra-utérine et nous décidons l'intervention immédiate. Nous demandons à Mme le Docteur Garneota de bien vouloir nous assister.

Intervention. — Nous pratiquons une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dans le champ opératoire, nous apercevons une masse tumorale avec de nombreuses adhérences qui s'étendent entre les intestins, l'utérus et les annexes. Ces adhérences ne se détachent qu'avec la plus grande difficulté. Cela fait, nous extirpons une hématome ainsi qu'une quantité énorme de caillots noirs mélangés de sang fraîchement épanché. Nous constatons alors, en inspectant les deux annexes, une grossesse extra-utérine bilatérale.

Dans celle de gauche, déchirée, se trouve l'embryon de deux mois et demi, et, dans celle de droite, intacte, se trouvent les membranes de l'œuf et le liquide amniotique.

Nous procédons à l'hysterectomie supra totale, avec ablation des deux annexes ; on place un drainage Mikulicz, on rétablit la paroi, on met des agrafes. On a aussi recours à la transfusion.

La malade a bien supporté l'opération et est sortie de l'hôpital, parfaitement guérie.

Si, touchant cette question, nous faisons une incursion dans la littérature, nous trouvons — pour la Roumanie — un compte rendu précieux dans l'article de M. le Docteur M. Ignatesco : « Contributii la studiul sarcinelor extrauterine multiple » (Contributions à l'étude des grossesses extra-utérines multiples), *Obstétrique, Gynécologie et Puériculture*, 1925, page 65. L'auteur relate un cas de grossesse extra-utérine tubaire gémellaire, opéré au cours du développement ; l'auteur relate encore un cas très rare et très intéressant du Docteur Filipini (thèse de doctorat) d'une grossesse gémellaire parvenue à terme. Rappelons quelques autres cas du Docteur Iarca : Grossesse extra-utérine bilatérale simultanée, avec rupture des deux côtés, fœtus macéré, du côté droit, et, dans l'autre trompe, villosités choriales (*Spitalul*, 1913, n° 8) ; puis un cas de grossesse extra-utérine concomitantes (*Revista de Chirurgie*, 1913, n° 1, page 36) ; Costa, 1928 (*Obstétrique, Gynécologie et Puériculture*) dans son article : « Despre graviditatea extrauterina » (Au sujet de la grossesse extra-utérine) rapporte que les cas de grossesse extra-utérine tubaire bilatérale sont rares ; il a trouvé, mentionnés dans la littérature médicale, environ trente de ces cas, et, parmi ceux-ci, il trouve un intérêt tout particulier dans le cas de Baldwin qui, chez la même patiente, il relève simultanément un embryon dans la trompe droite et deux embryons dans la trompe (le tube) gauche ; il cite encore le cas de Nijhhof, lequel a découvert trois embryons dans le même tube.

Indiquons encore les six cas de Cestan (Précis de Gynécologie de Boursier, page 1018).

Vautrin (1909) : « Les grossesses tubaires bilatérales simultanées (*La Gynécologie*, page 435). L'auteur montre que les cas de grossesses tubaires gémellaires et les grossesses tubaires coïncidant avec une grossesse utérine sont des phénomènes peu signalés. Les greffes tubaires semblent être attribuées à de simples accidents provoqués par une cause banale qui empêche la progression de l'œuf. Si de tels cas ne sont pas plus fréquents, cela tient à ce que : « pour de multiples causes, l'évolution d'une grossesse tubaire est frappée, le plus souvent, d'insuccès rapide et, dès les premiers jours — ou dès les premières semaines — l'œuf, accidentellement retenu dans la trompe, mal fixé et mal nourri, meurt d'apoplexie ovulaire (Couvelaire), s'étiole et s'élimine par résorption ou par un processus abortif rudimentaire ».

L'auteur, entre autres observations, relate le cas d'une malade qui eut deux grossesses tubaires simultanées — de dates quelque peu différentes toutefois — cas ressemblant à celui dont nous venons de donner la description. L'auteur conclut en disant qu'une grossesse tubaire bilatérale doit s'opérer dans une laparatomie, laquelle doit être suivie d'une hystérectomie abdominale totale, permettant de supprimer tout le tractus génital altéré et d'instituer un drainage excellent.

Aigrot, 1924 (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, t. XXI, p. 519, et *Lyon Chirurg.*) expose quatre cas de grossesse tubaire bilatérale. Robiolis et Henry, 1925 (*Marseille Médical*, n° 26) donnent la description d'un cas de gestation extra-utérine double bilatérale. Schwartzwaller, 1927, dans un article : « Gleichzeitige Doppelzeitige tubare Schwangerschaft (*Rec. Gyn. et Obst.*, XVIII, 1928) trouve que son cas est le trentième de cas décrits au sujet de cette anomalie. Johnson et Diaso, 1929, dans un article : « Bilateral tubal pregnancy with rupture of both tubes (*The American Journ. of Obst. and Gynec.*, t. XVII, page 116) fournissent la description d'un cas analogue, avec rupture des deux trompes. Fournier, 1929, dans le *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, page 187, communique un cas de grossesse extra-utérine double, ampullaire d'un côté, isthmique de l'autre, suivie d'une ablation totale des annexes du côté ampullaire, ablation de la portion isthmique du côté opposé, suivie d'une implantation tubo-utérine. Hersch L.-I., de Léningrad (*Rec. Gynecologie*, 1931, page 509) relate un cas de grossesses tubaires bilatérales, suivi de l'extirpation des trompes et des opérations normales ; il décrit ensuite un second cas de grossesse tubaire et utérine simultanée. L'auteur insiste sur l'extrême rareté de tels cas.

Le vin si longtemps décrié est maintenant trop vanté peut-être !... Seul en 1900, je pris sa cause en main : elle était alors bien mauvaise fut bientôt dénigrée, valut à son défenseur d'être traité de « vendu », pour ensuite être suivi. Mais le prix prohibitif du vin, non compris dans le prix des repas, comme jadis, le fait souvent proscrire. Que de tables d'hôtels où, en notre pays vinicole, on ne voit que des carafes d'eau. Cependant certains restaurants avisés annoncent « boisson comprise ».

Les Médecins amis du Vin, l'Office international du Vin font des efforts méritoires, mais font-ils tous ceux qu'il faudrait ? Non, car ils négligent le côté *prix*, le plus important de l'heure. Il ne suffit pas de vanter le vin, d'avoir des banquets retentissants à prix élevés, des autorités très marquantes... J'ai fait assez souvent leur éloge (sans réciprocité ni reconnaissance) pour le leur dire. » (Docteur Foveau de Courmelles. Le vin, question d'hygiène sociale. *L'hygiène sociale*, juillet 1935.)

VARIÉTÉS

Le musée de l'Assistance publique

Les promenades-conférences, organisées par le Professeur Laignel-Lavastine, ont commencé cette année, par la visite du musée de l'Assistance publique, dont les collections sont abritées dans le vieil Hôtel de Miramion, déjà affecté à la Pharmacie centrale des hôpitaux, 47, quai de la Tournelle.

M. Liot, pharmacien adjoint, accueillit les visiteurs et présenta les excuses du Professeur Goris, directeur de la Pharmacie centrale et de M. Gaussen, archiviste de l'Assistance publique et conservateur du musée, tous deux empêchés.

L'Hôtel de Miramion date du XVIIe siècle, il aurait été construit par François Mansard, mais aucun document, jusqu'à présent, n'est venu étayer cette tradition. En 1679, un nommé Martin le vendit à Mme de Miramion ; c'est un des plus élégants hôtels de cette époque qui soit resté debout dans Paris. La façade n'avait pas vue sur la Seine et il était séparé du pont de la Tournelle par une ligne de constructions qui ont été abattues par la suite.

Le corps du logis principal est resté intact et d'une harmonie de proportions exquise. La façade méridionale est flanquée de deux petites ailes dont les lignes harmonieuses et l'ornementation parfaite sont admirables. Les mascarons qui surmontent les ouvertures sont remarquablement ciselés, aucun ne se ressemble et chacun d'eux semble exprimer la sérénité qui régnait jadis dans cet ermitage.

Un jardin de style romantique planté de beaux arbres et agrémenté de rhubarbes, médicinales, cela va sans dire, complète cet ensemble empreint de calme et de douceur.

Au-dessus de la porte, côté jardin, un motif en fer forgé aux initiales S. G., rappelle que c'est ici que fut la Communauté des Filles de Sainte Geneviève, appelées Miramionnes du nom de la fondatrice.

Derrière les façades il reste quelques vestiges du XVIIe siècle, un escalier monumental à balustres de bois.

Nous ne rapporterons pas ici la vie, consacrée au bien de Mme de Miramion, ce serait évoquer l'histoire des établissements pieux du XVIIe siècle, car aucun d'eux ne lui est resté étranger, et elle est étroitement mêlée à la fondation et à la vie des œuvres charitables publiques et privées de son temps ; elle aida tout particulièrement de sa bourse charitable et de ses hautes vertus, M. Vincent Depaul (saint Vincent de Paul) dans l'assistance des Enfants-Trouvés qui est à la base de nos institutions actuelles.

Les Miramionnes n'étaient point des religieuses régulières, elles ne prononçaient pas de vœux, ne portaient pas d'habit spécial, mais elles tenaient de petites écoles, visitaient les malades et préparaient des médicaments.

Mme de Miramion mourut en 1696 et le peuple força les portes de l'Hôtel pour contempler les traits de sa bienfaitrice. Après sa mort, sa fille Mme Nesmond prit soin de la communauté qui resta prospère jusqu'à la Révolution où elle connut la dissolution. L'immeuble, tombé dans le domaine national, servit tour à tour de manufacture d'armes, de filature de coton, de fabrique de toiles peintes. En 1810, un décret de Napoléon affecta l'Hôtel à la Pharmacie centrale des hôpitaux ; celle-ci installée alors en face de l'Hôtel-Dieu dans l'hôpital désaffecté des Enfants-Trouvés, rue Neuve-Notre Dame, ne fut transférée quai de la Tournelle qu'en 1812, affectation qui dure encore.

C'est dans le cadre de cette demeure particulièrement propice à l'aménagement d'un musée que M. le Docteur Mourier, directeur général de l'Asssistance publique, approuvé et encouragé par le Conseil municipal favorable à cette idée, a groupé un grand nombre des trésors artistiques et historiques que cette Administration possédait dans ses archives ou disséminés dans divers hôpitaux de Paris.

Il existait déjà au premier étage une collection de céramiques anciennes sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

C'est dans la grande salle du rez de-chaussée, qui s'ouvre sur le jardin, et la salle aux solives richement décorées, dite oratoire de Mme de Miramion, que M. Gaussen, archiviste de l'Assistance publique et habile organisateur, a groupé et presenté ces magnifiques souvenirs qui font l'émerveillement des visiteurs depuis l'inauguration officielle de ce musée le 28 avril 1934. La présentation en fut faite par le Professeur Laignel-Lavastine.

Parmi les tableaux, un des plus imposants est la grande composition allégorique : « *Louis XIV admiré par l'univers* », œuvre de Pierre Mosnier, élève d'Errard ; il fut commandé par Aubert, commissaire des pauvres à l'Hôpital général et donné par lui à la Salpêtrière en 1679. Citons le portrait de la chancelière d'Aligre, fondatrice d'une annexe des Enfants-Trouvés ; celui de Viel, architecte de la Pitié, par Dumont (1811) ; la scène émouvante de la « *Prière des enfants teigneux* » par Pils (1853), fort bien mise en valeur dans l'emplacement qu'elle occupe ; cette toile a pour pendant un grand tableau représentant « *saint Vincent de Paul entouré des dames de charité* », avec, à sa gauche Louise de Marillac, canonisée depuis peu, faisant offrande de ses bijoux. A leurs pieds des nourrissons entourés de bandelettes à la manière des momies. Cette toile provient de l'hospice des Enfants-Assistés. « La mort du poète Gilbert à l'Hôtel-Dieu » par Selim (don de l'auteur 1880) surmonte le portrait de Montyon par Pajou fils (1803), le seul pour lequel le philanthrope ait consenti à poser ; il voisine avec celui du chirurgien Moreau, par Le Noir (1764).

Parmi les nombreuses gravures, il convient de noter les vues de l'Hôpital royal de Bicêtre par Rigaud ; la vue perspective de la chapelle des Enfants-Trouvés par Natoire ; des vues de l'ancienne Pitié, de Bicêtre, de l'hôpital Saint-Louis et de la Salpêtrière : fille de joie conduites à la force par Savard.

Citons encore le portrait de Mme Necker, fondatrice de l'hôpital du même nom ; celui de Mme de Staël jeune attribué à Duplessis ; celui de Mme de Bullion qui fonda la Charité ; portraits des généraux de l'Ordre des Frères de Saint-Jean-de-Dieu de la Charité ; « Une présentation d'un malade à Mme Necker » datée de 1780.

On trouve, parmi les marbres les plus artistiques, les bustes de Nicolas Beaujon, œuvre magistrale de Houdon, de Hubert de Debrousse par Deloge (1878), de Benjamin Delessert, œuvre d'Ary Scheffer, de sœur Rosalie signé d'Hippolyte Maindon (1856).

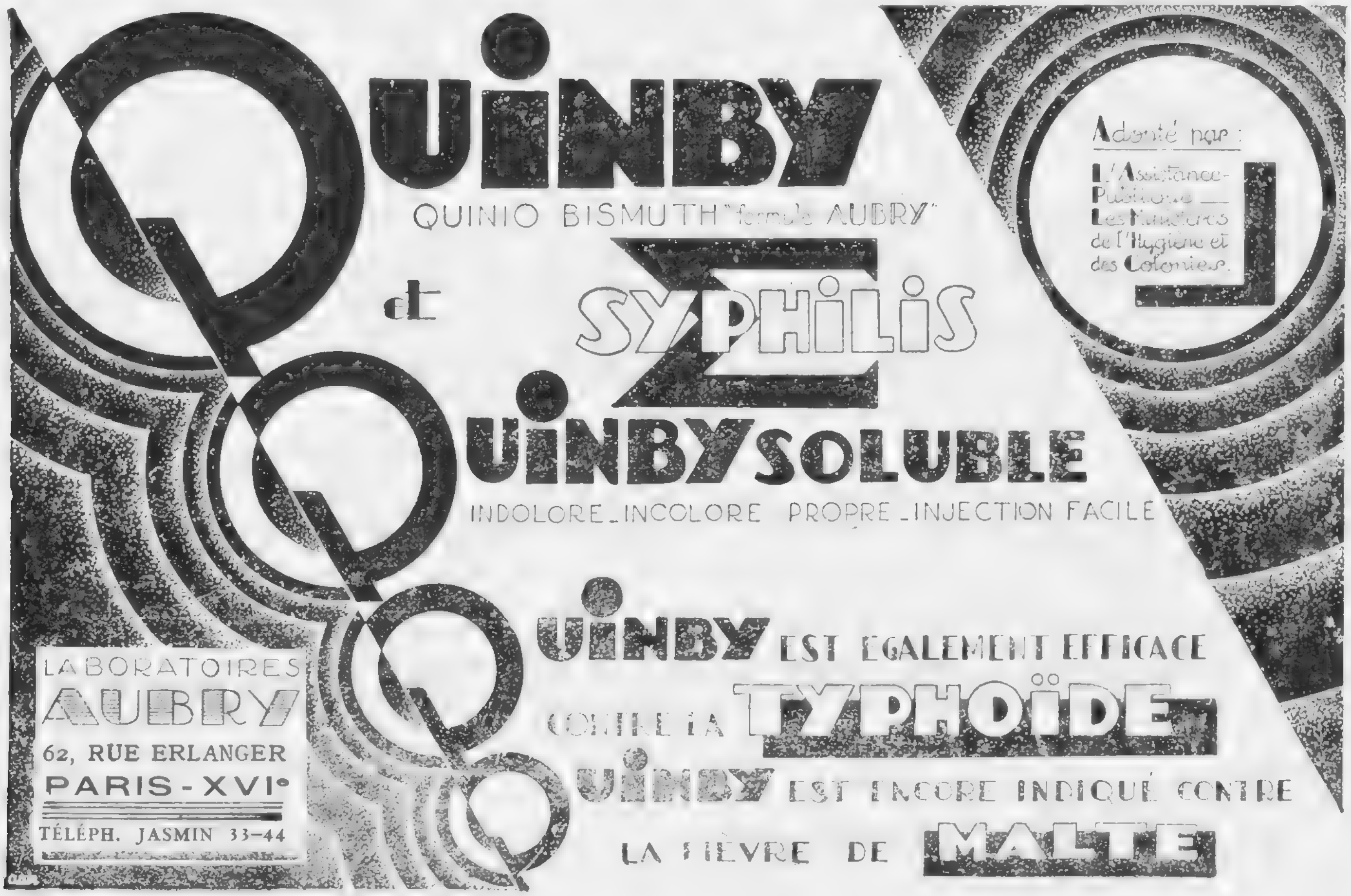
Le mobilier a fait l'objet d'un choix sévère et les pièces exposées sont de premier ordre, on y remarque disséminés dans les salles une sélection de commodes, secrétaires, du plus pur style Louis XV, Régence et Louis XVI qui meublaient jadis les hôpitaux.

Tois vitrines abritent des pièces d'archives du plus haut intérêt : plusieurs lettres de cachet datant de 1656 signées de Louis XIV, de Colbert, relatives à l'Hôpital général ; deux autographes de M. Vincent Depaul (saint Vincent de Paul) remerciant M. Bruslard de Sillery de dons en faveur de ses missions d'Amérique ; l'acte d'abandon de Jean le Rond dit d'Alambert (16 novembre 1717) ; un acquit signé d'Anne de Lanclos pour une rente sur l'hospice des Incurables (1680) ; les lettres patentes de Louis VII, avec monogramme, en faveur de l'Hôtel-Dieu (1157) lettres renouvelées par Philippe Auguste en 1189 et qui constituent le document le plus ancien de ces richesses ; le registre des délibérations de l'Hôpital général, sauvé de l'incendie de 1871, contenant, entre autres, « *le rôle des filles envoyées aux îles de la Martinique* », le 13 septembre 1682, au nombre de 50 ; le *Livre de la vie active des religieuses de l'Hôtel Dieu* (1483), manuscrit sur parchemin, 120 feuillets enrichis de miniatures en couleurs très vives minutieusement peintes et brillamment enluminées, montrant les malades soignés par les religieuses au temps de Louis XI et une réception de novices à l'Hôtel-Dieu. Le cartulaire de l'Hôtel-Dieu (1243).

Voici des colliers et des signes de reconnaissance des enfants abandonnés, lettres dont le papier est découpé en spirale, et portant fixée par un fil croisé la moitié d'une médaille ; le rapprochement de la partie manquante de la lettre et de la médaille permettait d'identifier l'enfant abandonné. Puis, faisant contraste avec ces lointains souvenirs, le billet de salle et la feuille d'admission d'urgence, remplis à l'arrivée, du président Doumer, transporté à l'hôpital Baujon le 6 mai 1932.

Dans une autre salle, une reconstitution du « Tour » qui se trouvait autrefois à la porte de l'hospice des Enfants abandonnés, évoque les conditions, aussi discrètes que douloureuses, dans lesquelles, jusqu'à l'Empire, les petits êtres abandonnés disparaissaient sur le plateau mobile de la petite niche ménagée dans le mur, pour être recueillis par les mains charitables. Un portrait de Saint Vincent de Paul, fondateur de l'hôpital des Enfants Trouvés domine ce souvenir émouvant.

Dans une vitrine sont réunies de splendides pièces de céramique, toute une gamme harmonieuse de faïences de Nevers, (provenant des ménages), de Paris, provenant de l'hopital Saint-Louis, de la Maison de secours de la rue du Fauconnier. Les plus belles pièces en sont des vases décorés aux armes de M. de Necker (contrôleur général des finances de Louis XVI), et de sa femme née Curchod, provenant de l'hôpital Necker. Ils ont été faits par Thory, rue de la Roquette. Une statuette re-


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIEVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance Publique
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVI°
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

présentant une vierge au manteau fleurdelisé tenant un enfant, en faïence de Nevers, du XVIII[e] siècle, d'une exécution remarquable ; des cruches ventrues à fond bleu, faïences de Rouen et de Nevers; des chevrettes (faïences de Saint-Cloud, Paris), etc...

Un peu plus loin, entre deux dioramas de l'ancien Hôtel-Dieu, tel qu'il était au XVIII[e] siècle, une vitrine offre diverses pièces de choix, notamment le timbre du citoyen Treillard, directeur de l'Assistance publique pendant la Commune (1871) : un service de porcelaine de Sèvres, provenant de la fondation Grébant de Pontourny (asile Saint-Joseph) ; la truelle et le marteau ayant servi au Pape Pie IX, à poser la première pierre du chemin de fer Civita Vecchia à Rome, dont H. Debrousse fut le constructeur : des coins ayant servi à frapper des médailles de l'Assistance.

Sous une troisième vitrine, une collection de missels d'église, aux reliures riches, retiennent l'attention du visiteur.

Puis, dans une petite pièce avoisinante, le portrait, au teint coloré, de l'abbé Cochin ; une gravure et le plan de l'ancien hôpital dont il fut le fondateur, ainsi qu'une plaque de cuivre trouvée sous une des colonnes de cet établissement, lors de sa démolition, avant de le reconstruire sur le plan actuel, rappelle que les premières pierres en furent posées en 1780.

De curieuses affiches relatives aux hôpitaux complètent cet ensemble, l'affiche de location de « l'Arcade à la halle du bled » qui appartenait aux Incurables, l'affermage des biens du domaine de l'Hôtel-Dieu (époque révolutionnaire), l'affiche du Pardon de l'Hôtel-Dieu du 9 janvier 1658.

Sur deux tourniquets d'intéressantes photographies de l'ancien Hôtel-Dieu (avec ses cagnards) et des effets de bombardement de plusieurs hôpitaux (1870-71 et 1914-1918), ainsi que de curieuses reproductions des anciens costumes du personnel hospitalier.

Dans un autre emplacement on peut admirer une grille en fer forgé et doré provenant du pourtour du chœur de l'hospice de Bicêtre ; des fragments de vitraux provenant de la chapelle de l'ancienne Pitié et auxquels un éclairage approprié redonne leurs éblouissantes tonalités ; plusieurs mortiers de pharmacie en bronze, l'un d'eux mesure 0 m. 41 de hauteur et 0 m. 54 de diamètre ; à la partie supérieure on lit l'inscription suivante : « Jay este fondu en 1741, pour le service de l'Apoticairerie de l'Hostel Dieu de Paris », en bas se trouve la marque du fondeur « J.-B. Sautray F. » ; un peu plus loin des ustensiles d'étain servant aux malades ; des séries de poids en godets, des infusoires à tisanes, des maquettes d'anciens lits de malades, et de cuisines hospitalières ; les massives serrures de la vieille Pitié et de l'ancien Hôtel-Dieu.

Il y a aussi, soigneusement rangés dans un petit meuble, tous les instruments de chirurgie ayant appartenu au célèbre Dupuytren, ainsi que la jauge des eaux de l'Hôtel-Dieu « chef d'œuvre » de cuivre d'un aspirant à la maîtrise.

Mais voici une magnifique salle dont le plafond à poutres et les solives apparentes sont couvertes de fines peintures rehaussées de rouge et d'or et dont une des murailles est décorée de boiseries richement ornementées. Ce serait, d'après la tradition l'oratoire de Madame de Miramion ; le caractère assez profane de ces décorations ne prouve pas que cette pièce ne fut pas destinée à servir de chapelle, mais l'ensemble permet d'évoquer la somptuosité de ce temps.

Un faux plafond protégea longtemps ce magnifique décor et c'est sans doute à cette opportune précaution que l'on doit d'en admirer l'excellente conservation et la délicieuse fraîcheur. C'est dans ce cadre unique et ravissant où un éclairage habilement combiné semble tamiser une douce lumière naturelle que s'offrent à l'admiration du fastueux Antiphonaire manuscrit par Paulinus Montacier, de l'Ordre des Frères de Saint-Jean-de-Dieu de la Charité, travail du XVII[e] siècle en deux tomes dont les enluminures, admirablement conservées, sont d'une incomparable beauté ; un lutrin de bois sculpté et peint ; un remarquable Christ en ivoire attribué à Jaillot (XVII[e] siècle) et provenant des Incurables ; des chasubles que l'on prétend avoir été portés par Saint-Vincent de Paul ; un médaillon de marbre oval qui ornait l'autel de la chapelle de la Pitié et provenant de ce même hôpital ; une toile peinte (auteur inconnu) le Christ au calvaire » et une autre « La Conversion de Saint-Paul », École française du XVIII[e] siècle provenant de l'ancienne Pitié. Sur une riche commode Louis XV une tête médiéviale en pierre sculptée trouvée dans les ruines de l'Hôtel Dieu ; une belle glace de Venise et, faisant bonne figure parmi tous ces souvenirs, le visage à la fois distingué et sévère de Madame de Miramion dont il existe un exemplaire par de Troy au musée de Pau et qui fut offert à celui de l'Assistance par M. Roy, architecte du Gouvernement.

En quittant ces belles salles du rez-de-Chaussée, on remarque en traversant le vestibule et fixées au mur, deux belles plaques en marbre noir, longues chacune de plus de deux mètres, l'une porte l'inscription « Hôpital de la Pitié fondé en 1813 » ; l'autre « École clinique ouverte le 1[er] Prairial an VII. Professeur J.-N. Corvisart, ministre de l'Intérieur, François de Neuf. »

En gravissant l'escalier (XVII[e] siècle), plusieurs plaques retiennent l'attention, l'une à gauche à mi-hauteur relate la fondation par Louis Barboteau d'un lit dans la salle Saint-Louis à la Charité en 1667 ; marbre blanc encastré dans un châssis en pierre.

De l'autre côté de la rampe, venant également de La Charité, l'épithaphe, sur marbre noir, de Thomas Legauffre (1646) et l'inscription, sur marbre noir, d'un service religieux pour la famille Frezon (1531). Ces plaques funéraires hautes en moyenne de 0 m. 60 sur 0 m. 50 de largeur portent un fronton à la partie supérieure et au bas une tête de mort.

Le premier étage dont l'aménagement remonte à une cinquantaine d'années abrite une des plus belles collections de pots de pharmacie que l'on puisse trouver à Paris. Là se trouvent réunis et répartis en deux salles plus de sept cents pièces provenant des vieilles apothicaireries, des anciens hôpitaux (Beaujon, Necker, Trousseau, La Charité, Les Ménages, Hôpital du Midi (depuis Ricord et Cochin annexe), ainsi que d'anciennes maisons de secours, rue de l'Arbre sec, rue du Fauconnier, rue St-Bernard, etc...

La première salle disposée en galerie est agrémentée de délicats tympans symbolisant les sciences pharmaceutiques, tandis que les bustes de Pline, Galien, Hyppocrate et Dioscoride se font pendant.

La seconde est une élégante rotonde, premier Empire, remarquable par son dallage harmonieux de losanges noirs et blancs à dimensions décroissantes ; une statue de la déesse Hybie, tenant les simples et flanquée de ses attributs habituels : le serpent auquel elle tend la coupe et le coq qui veille à ses côtés, en occupe le fond.

Les plus belles pièces, très bien conservées, de cette superbe collection en sont des pots de faïence provenant des manufactures de Saint-Cloud, Rouen, Nevers, Sceaux, Delft, Marseille et Paris.

Au XVIII[e] siècle ce furent les vases les plus recherchés : cent ans plus tard on donna la préférence aux vases de porcelaine.

Il y avait six formes différentes de ces vases : les chevrettes, les bouteilles, les cruches, les pots à canon, les piluliers, les vases à Thériaques et à grandes compositions galéniques.

La chevrette est un vase oblong, à ouverture large portant d'un côté une poignée et de l'autre un bec saillant qui fait penser à la corne d'un chevreuil, d'où son nom de « Chevrette ». Elles servaient pour la conservation des sirops, des huiles, etc... Elles furent abandonnées vers le milieu du XVIII[e] siècle. Ce fut le pot de pharmacie par excellence ; seuls les apothicaires avaient le droit d'en posséder et d'en garnir les fenêtres de leurs officines. Ils poursuivaient les épiciers qui avaient l'audace de s'en servir. Les bouteilles de verre ou de terre servaien à contenir les eaux distillées ; certaines à panse sphérique ou sphérique aplatie, étaient posées sur les rayons inférieurs des boutiques, d'autres moins grandes étaient munies d'anneaux permettant de les suspendre au plafond des caves. En général, elles étaient de forme peu élégante et de décoration médiocre.

Les cruches étaient employées pour contenir des huiles, elles étaient de ce fait permises aux épiciers.

Dans les pots à canon, appelés ainsi d'après leur forme (dit Lémery), on conservait les électuaires, les baumes, onguents, opiats et confections. Plus petits ils servaient à contenir les pilules d'où leur nom de « piluliers ». On y conservait aussi les extraits.

Les vases à Thériaque étaient de grands vases destinés à contenir les grandes compositions galéniques à formules complexes : la Thériaque, le Mithidate, l'Alkermès, l'Hyacinths, l'Orviétan, aujourd'hui bannies de la Thérapeutique. Ces pots étaient généralement élégants de forme et décorés de jolies et gracieuses ornementations.

L'usage des récipients de pharmacie remonte aux époques les plus reculées, ils étaient alors constitués de matières diverses telles que : bois, corne, ivoire, plomb, étain, argile ; ce n'est qu'au XVI[e] siècle qu'on utilisa les vases de grès fabriqués dans le beauvaisis et communément appelés vases de Beauvais.

Lorsque les hôpitaux et hospices se créèrent il fallut un matériel de pharmacie et le commencement des apothicaireries a trouvé date parmi des pièces fabriquées pour d'autres usages vases d'ornementation servant aux cultes, ou encore soupiè-

res, de forme ovoïde ou cylindrique, recouvertes d'un couvercle plus ou moins large. Comme ces vases étaient acheminés sur les marchés par voie d'eau, on s'explique la présence de pièces provenant de Delft, de Chine ou du Japon et pourquoi les manufactures françaises, pour éviter le bris des pièces pendant le transport, et aussi pour les avantages économiques de ce voisinage étaient situées près des cours d'eau. Pour reconnaître les différentes provenances il y a trois observations à faire : la qualité de la pâte, la beauté et surtout les couleurs employées. La multiplicité des fabriques rend le problème difficile à résoudre. Chacunes d'elles avait ses secrets de couleurs, ses formes et ses dessins. Les besoins des apothicaireries ont conduit les faïenciers français à établir, en faïence à émail stannifère, des vases destinés à cet usage.

Naturellement au début il n'y eut pas sur ces vases d'indication du nom des drogues qu'ils devaient contenir, mais la fabrique de Saint-Cloud (sous l'habile direction de Trou), celles de Nevers, de Rouen, puis de Paris ont eu une production importante de vases pharmaceutiques. Ces derniers sont signés A. Thory, rue de la Roquette 1778.

La première période se caractérise par des décors de cobalt et de fer et manganèse pour les faïences de Saint-Cloud entièrement cuites au grand feu de four à faïence ; par des décors de bleu de cobalt pour celles de Paris, par l'addition de quelques tracés de rouge de fer au bleu de Rouen par les habiles artisans de cette région. A un certain moment on fut obligé d'écrire sur la panse des vases le nom (en latin) du produit qu'ils contenaient. Le noir fut adopté et réalisé au moyen d'émail plombifère comme base avec des oxydes de cobalt et surtout de fer et de manganèse.

Comme ornementation sculpturale les potiers se sont rappelés que les serpents caractérisaient la profession de pharmacien, aussi n'est-il pas surprenant de voir des vases ou leurs couvercles ornés de serpents seuls ou juxtaposés.

Les pièces harmonieusement groupées à la Pharmacie centrale offrent de nombreux échantillons de faïences stannifères représentées par des pots à canon, des chevrettes aux formes variées, des cruches fleurdelysées, des vases à Thériaque. Parmi ces derniers il y a notamment de superbes vases d'applique mesurant 0 m. 75 de hauteur dont l'anse est formée de serpents entrelacés, puis un ensemble intéressant de faïences probablement de Marseille, provenant de La Charité, un vase à électuaire en faïence polychrome (hauteur 41 cent.) rappelant le décor chinois et dont les anses sont en forme de serpents repliés sur eux-mêmes.

Voici, plus loin, la splendide collection provenant de l'hôpital Beaujon, composés de 150 pièces en faïence blanche très tendre et de provenance parisienne ; elles sont en forme d'urne quelques-unes seulement en forme de soupières, décorées de guirlandes de fleurs finement colorées et de bleuets Barbeau s'ornant d'un aigle surmonté d'une couronne. Elles semblent caractéristiques de la mode créée par Marie-Antoinette pour ses services de table et de dessert vers 1788.

Il convient aussi de signaler les braseros du XVII[e] siècle qui servaient les uns à chauffer les salles, d'autres, de fabrication plus difficile permettaient en outre de chauffer des thermocautères. Un autre brasero en terre cuite avec trace de dorure, datant du milieu du XVIII[e] siècle, est classé sur la liste des Monuments historiques. Il en est de même de pots de porcelaine dure européenne avec filets d'or ; ils portent en médaillon le sceau de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris et proviennent de la fabrique parisienne Aclocque, 22, rue de la Barillerie.

Quelques balances imposantes evec séries de poids, des mortiers anciens, une cloche d'argent (haute de 32 centim.) et datant du XVII[e] siècle ; une jolie collection d'étiquettes et leurs clichés de cuivre, ainsi qu'une vingtaine de plaques de cheminée avec sujets divers, armoiries, etc., complètent cet ensemble unique.

La conférence-promenade prit fin par la visite du jardin où le Professeur Laignel-Lavastine tint à exprimer les vifs remerciements de l'assistance pour l'accueil dont il avait été l'objet.

Ceux qui disposent de loisirs aimeront à revenir vers ce musée qui représente bien, comme l'a dit M. Mourier « le Livre d'or de la charité et de la bienfaisance ».

THÉRAPEUTIQUE

Traitement d'états toxi-infectieux accompagnés de délire général avec excitation cérébrale par l'Iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol

Par le Dr J. HAMEL
Médecin de l'Asile de Maréville

On observe avec une fréquence très grande dans les hôpitaux et dans les Asiles, des états délirants, très semblables au délire fébrile, généralement accompagnés d'excitation cérébrale et d'agitation motrice. Ces états, qui s'apparentent aux encéphalites psychosiques décrites en particulier par Marchand, Toulouse et leurs collaborateurs, comportent un pronostic grave. Abandonnés à leur évolution naturelle ou traités tardivement, ils aboutissent au délire aigu, généralement mortel, dont ils représentent souvent la forme initiale. Le traitement doit intervenir dans la phase des désordres fonctionnels, alors que les lésions toxiques de l'encéphale ne sont pas encore constituées.

L'hexaméthylène tétramine (urotropine), l'iodobenzométhylmonoformine (septicémine), le salicylate de soude en injections intraveineuses ont été jusqu'ici les agents thérapeutiques les plus généralement utilisés. Nous leur préférons l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol (Iogol), pour les raisons que nous avons déjà exposées (1).

Les travaux de Bonet et Demanche (2), ceux de Toussaint, Vérain et Détrie (3), avaient précisé du point de vue expérimental les propriétés de ce produit nouveau et défini ses nombreux avantages, comparativement à l'hexaméthylène tétramine ou à ses autres dérivés.

Alors que l'hexaméthylène tétramine et ses dérivés (iodoéthylate d'hexaméthylène, iodobenzylate, iodométhylate d'hexaméthylène tétramine), n'agissent que par décomposition et libération d'aldéhyde formique, en *milieu acide*, l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol, qui possède déjà un certain pouvoir bactéricide par lui-même est antiseptique, par libération de formol et d'iode, *quelle que soit la réaction du milieu de l'organisme*. En effet, l'hexaméthylène tétramine cesse d'être antiseptique dès que le pH du milieu atteint le chiffre 5, ce qui est constamment réalisé pour le milieu sanguin ; ce nouveau dérivé, au contraire conserve son action utile pour une gamme de pH s'étendant de 1 à 9.

Malgré les succès obtenus avec l'hexaméthylène tétramine, les nombreux échecs observés ont pu ainsi être attribués à l'alcalose sanguine.

De plus, l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol n'est pas toxique aux doses habituellement prescrites. Sa tolérance est parfaite. Facilement soluble dans l'eau, il renferme 10,7 % d'iode. Sa décomposition est activée par la chaleur, l'alcalinité ou l'acidité. Son pouvoir antiseptique est soixante fois plus grand que celui de l'acide phénique et douze fois plus grand que celui de l'iodobenzylate d'hexaméthylène tétramine, vis-à-vis du staphylocoque pyogene.

C'est donc un antiseptique puissant, s'éliminant d'ailleurs rapidement par les urines ; ses produits de dissociation sont capables de rendre les urines stériles, sans être irritants pour les voies urinaires.

Notre première expérimentation de ce produit, en théra-

(1) Les encéphalites psychosiques et leur traitement. *Revue Médicale de l'Est*, 15 août 1934.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, 1933, août, n° 2, p. 237.

(3) Comparaison du pouvoir antiseptique de l'urotropine et de l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol, vis-à-vis du colibacille en milieu urinaire. *C. R. Soc. de Biologie*, t. CXVII, 9 septembre 1934.

peutique neuro-psychiatrique, où il convient d'adapter à des affections d'évolution très longue une thérapeutique qui doit être longtemps prolongée, nous avait révélé le grand intérêt de l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol ; il s'était montré très efficace et dépourvu d'inconvénients.

Depuis un an, l'usage fréquent que nous avons fait de ce produit nous a confirmé dans notre bonne opinion : c'est un agent remarquablement actif à des *doses très modérées, fidèle, inoffensif, facile à manier* (1).

Nous rapportons ci-dessous quelques observations démonstratives :

Observation I. — Mme O. C..., entre à l'Asile le 20 septembre 1934.

Diagnostic : Délire général avec agitation.

Elle vient de l'Hôpital civil, est convalescente *de pneumonie*.

L'auscultation décèle de gros râles humides dans la partie moyenne du poumon gauche.

La percussion montre de la submatité à la base du même côté.

La température est de 37°8.

Le 21, elle atteint 38°.

Le 22, et les jours suivants, nous pratiquons une injection intraveineuse de 0 gr. 50 d'Iogol.

La température s'élève pendant quelques jours, encore, atteint son acmé à 39°8, le 26 et redevient à peu près normale le 1er octobre.

Aucune localisation pulmonaire ne peut rendre compte de cette température élevée, qu'explique mieux un état infectieux généralisé, avec retentissement toxique sur les centres régulateurs thermiques.

Les injections d'Iogol sont poursuivies jusqu'au 10 octobre, car nous avons observé souvent que la cessation du traitement s'accompagne immédiatement d'une nouvelle élévation de température.

L'état mental s'améliore parallèlement.

Le délire général disparaît, laissant place à un reliquat d'excitation cérébrale qui décroît progressivement.

La guérison est complète aux environs du 1er décembre.

Observation II. — Mme L. J..., entre à l'Asile le 1er août 1934 ;

Diagnostic : Confusion mentale primitive avec température fébrile, *état toxi-infectieux* d'origine indéterminée, onirisme hallucinatoire

La température est de 37°8 le 1er au soir, elle atteint 39°7 le 3 Le 4, nous commençons les injections intraveineuses d'Iogol. (0 gr. 50). Une chute de température immédiate à 37°3 est suivie d'une légère recrudescence et la température redevient normale le 6.

Pour les raisons déjà indiquées, le traitement est poursuivi pendant vingt jours.

Guérison de l'accès confusionnel au bout de deux mois.

Observation III. — Mme B. A..., entre à l'Asile le 15 novembre 1934.

Diagnostic : Confusion mentale avec agitation, consécutive à un avortement datant de cinq jours.

Anémie profonde, température subfébrile : 37°4.

Le 18, la température monte à 38°. Elle descend jusqu'au 22 sans revenir à la normale.

Le 23, nouvelle ascension.

L'urine contient des traces d'albumine. L'examen bactériologique des urines permet d'obtenir, en bouillon, des bacilles extrêmement mobiles dont les caractères d'identification sont ceux d'un colibacille atypique, dont les réactions bio-chimiques sont faibles et qui ne donne pas d'Indol.

Commencement du traitement le 23 : Injections d'Iogol (0 *gr.* 25) par voie intraveineuse.

La température redescend à la normale dès le 28.

Le traitement est continué par *voie buccale* à partir du 1er décembre, à raison de cinq dragées glutinisées de 0 gr. 20 par jour, jusqu'au 1er janvier.

Le 4 décembre, un nouvel examen bactériologique permet l'isolement et l'identification d'un *colibacille type*.

En raison de l'état de dénutrition et d'anémie de la malade, nous prescrivons ensuite du phytogyl, puis des ampoules de foie fr[illegible]

(1) Nous remercions les Laboratoires Clin qui ont bien voulu mettre à notre disposition ce nouveau dérivé de l'héxaméthylène tétramine, sous forme de solution injectable ou de dragées (ce produit est du reste délivré par ces Laboratoires sous le nom déposé d'*Iogol*).

La guérison physique et mentale est complète à la fin de janvier.

Observation IV. — M. P... Lucien, 32 ans, entre à l'Asile le 16 octobre 1934.

Diagnostic : Confusion mentale toxi-infectieuse avec agitation.

État grave. Langue rôtie. Lèvres boursouflées, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Selles noirâtres. Respiration soufflante à la partie moyenne du poumon gauche. Température 36°6.

En raison de l'état infectieux évident, injection d'Iogol à 0 gr. 50 dès le premier jour.

Le 18, la température monte à 39°3, puis elle cède au traitement qui est interrompu le 22.

Le 23, nouvelle ascension.

Le 26 et le 27, deux ampoules d'Iogol et la température revient à la normale.

Le 29, nouvelle poussée, qui cède à nouveau au traitement.

A partir du 2 novembre, la température restant au voisinage de la normale, mais avec des poussées irrégulières à 37°6 ou 37°7, les injections d'Iogol sont poursuivies quotidiennement.

L'état infectieux est bien amélioré, toutefois le malade reste très agité, très troublé, refuse l'alimentation.

Dans la période du 15 novembre au 13 décembre, l'agitation est extrême, et le traitement est surtout sédatif (injections presque quotidienne de somnifène 2 c. c.). Le calme est obtenu au prix d'un épuisement qui est marqué, du 14 au 30 décembre, par de la dépression générale avec hypothermie.

Du 1er au 14 décembre, injections de Cinnozyl. Enfin, la température est normale et la toxi-infection est vaincue.

Cependant le malade, bien que plus présent, calme et docile, demeure confus. Nous craignons, après une atteinte si grave du système nerveux, des séquelles redoutables et nous entreprenons un traitement de choc (huile soufrée) qui paraît à l'heure actuelle devoir donner des résultats assez bons.

Cette observation nous semble très intéressante. Elle montre la difficulté toujours très grande, de déceler l'agent infectieux d'une septicémie. Dans notre cas, les recherches ont toutes été négatives (séro-diagnostics, réaction de Vernes, radioscopie), le colibacille peut être incriminé, sans certitude aucune.

Elle témoigne de l'efficacité de l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol, qui nous a permis de triompher de l'infection, quelle qu'en soit l'origine. A deux reprises, la suspension du traitement a été marquée par le réveil de l'infection. Sa reprise a toujours été suivie d'une chute de température.

Elle laisse percevoir toutes les difficultés d'une lutte persistante, qui permet, quand l'équilibre organique est enfin rétabli, d'instaurer la médication de choc, dont on espère la guérison psychique.

Observation V. — M. B. A... entre à l'Asile le 25 janvier. Jeune soldat venant de l'Hôpital militaire.

Diagnostic : Encéphalite azotémique subaiguë. Délire incohérent.

État à l'entrée : Tremblements, myoclonies, avec agitation très vive. Température 37°9. État général inquiétant.

Les jours suivants, la situation s'aggrave, la température s'élève à 39° et le 1er février atteint 39°5.

A partir du lendemain, injections intraveineuses d'Iogol : une ampoule de 0 *gr.* 25 répétée chaque jour.

La température ne dépasse plus 38°5.

L'état général s'améliore lentement. L'agitation nécessite l'emploi quotidien de sédatifs, somnifène, puis sérum bromuré, moins toxique.

Le 7 février, l'examen du sérum sanguin montre encore une azotémie considérable : urée : 0 gr. 90. Acide urique : 0 gr. 160 ‰

Le 10, la température redevient normale.

L'Iogol est administré jusqu'au 11, soit au total dix injections de 0 gr. 25.

Le 15, l'azotémie a disparu, l'état général est satisfaisant, l'état mental absolument normal.

Les cinq observations précédentes concernent des cas cliniques psychosomatiques, dont le traitement est toujours incertain et réserve bien des déceptions.

L'efficacité de ce nouveau dérivé d'hexaméthylène tétramine ne peut être mieux démontrée que par sa remarquable

activité sur des états toxi-infectieux dont la cause première demeure le plus souvent ignorée, mais dont la sévérité est de règle.

En dehors de ces cas, nous avons employé avec succès l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol dans des affections diverses, notamment dans des cas de grippes à déterminations variées, liées à la névraxite épidémique.

Voici d'abord deux observations concernant des affections grippales, dans lesquelles nous avons obtenu des résultats satisfaisants :

Observation VI. — B. R... Diagnostic : Grippe à forme pulmonaire.

Au cours d'une épidémie qui semble demeurer bénigne, et se traduit par des poussées fébriles sans lendemain, B. R..., est atteint le 4 février d'une courbature générale avec fièvre : 38°9.

Le 6, la température atteint 40°.

Léger épanchement pleural à la base gauche. Souffle doux. Râles muqueux à la partie moyenne du poumon gauche.

Traitement : Teinture d'iode gaïacolée. Iogol : 0 gr. 25 en injection intraveineuse.

Dès la troisième injection, la température baisse à 38°5 et n'atteindra plus qu'un seul jour 38°7.

Le 13 et le 14, un léger état fébrile est entretenu par une fluxion ganglionnaire de la région hilaire gauche, constatée à la radioscopie.

Le 15, la température descend à 37°. L'état local et général est satisfaisant.

Observation VII. — M. H. M... Diagnostic : Ictère d'origine grippale.

Le 1er février, courbature, ascension thermique qui atteint 39° le 3. Puis défervescence, mais persistance d'un état gastro-intestinal caractérisé par inappétence, gastralgie, nausées.

Le 8, ictère franc, selles décolorées, présence de pigments biliaires, urobiline en abondance dans l'urine.

Nous prescrivons comme unique médication cinq dragées glutinisées de 0 gr. 20 d'iogol par jour.

Au bout de quatre jours, les selles se recolorent, les téguments pâlissent, les urines sont moins foncées.

Le sixième jour, crise polyurique et tout rentre dans l'ordre.

Cependant, nous continuons à donner trois dragées d'Iogol pendant quelques jours encore.

Sans doute, il s'agissait d'un ictère catarrhal bénin, mais la présence d'une forte quantité d'urobiline indiquait une infection marquée et nécessitait un agent désinfectant très actif. Il semble bien que ce nouvel antiseptique ait rempli ce rôle et diminué dans une grande mesure la durée de l'affection.

En terminant, nous devons signaler les résultats obtenus dans les états neuro-psychiques dépendant de l'encéphalite épidémique.

Ces cas, relativement fréquents, sont généralement justiciables d'un traitement anti-infectieux par l'urotropine ou le salicylate de soude intraveineux. On sait les inconvénients de l'emploi de ces produits : l'hexaméthylène tétramine est souvent inactive, en raison de l'alcalinité du milieu sanguin ; le salicylate de soude a souvent une action sclérosante qui devient rapidement un obstacle à son utilisation. Il était naturel de penser à leur substituer l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol. Nous l'avons fait avec un plein succès. Chez un malade dont les veines, de très faible calibre, étaient difficiles à ponctionner, nous avons employé ce nouveau sel en injections intramusculaires. Cette malade présentait des phénomènes d'automatisme mental consistant en hallucinations visuelles et auditives, de l'excitation sexuelle, de l'insomnie. Après deux séries de vingt injections intramusculaires d'une ampoule de 0 gr. 25, séparées par un intervalle de dix jours, elle a bénéficié d'une amélioration considérable et a pu être rendue à sa famille, où le traitement sera continué.

Mais le cas le plus démonstratif et le plus curieux que nous ayons rencontré jusqu'ici est celui que nous allons rapporter

Observation

L'enfant N... a été atteint au mois de juillet 1934 d'une grave maladie : phénomènes méningées survenus subitement, avec température très élevée.

Le diagnostic de méningite bacillaire fut porté.

Cependant, la formule chimique du liquide céphalo-rachidien indiquait plutôt une méningite aiguë lymphocytaire non bacillaire.

Lymphocytes	59
Albumine	0,54
Sucre	0,78

Réactions de Wassermann et de Guillain négatives.

Le médecin traitant, malgré l'avis des consultants provoqua un abcès de fixation et l'enfant fut sauvé. Mais il conservait depuis cette époque des troubles nerveux, un état général peu satisfaisant, une température anormale. Je fus appelé à le voir le 27 janvier 1935.

A ce moment, on remarquait :

Pâleur, amaigrissement, température généralement inversée, dépassant parfois 38° le matin, aux environs de 37° le soir. L'enfant présentait un syndrome excito-moteur léger, de l'insomnie, des rêvasseries, des accès de colère avec violences contre son jeune frère, de l'hébétude consécutive. A deux reprises, il eut des accès de somnambulisme. A noter qu'il s'agissait d'un enfant d'une intelligence brillante, d'un tempérament nerveux, bien développé physiquement.

L'histoire pathologique me fut rapportée : j'appris que les phénomènes méningés avaient été relativement frustes et que l'enfant avait présenté de la diplopie pendant plusieurs jours.

Il y avait donc probabilité qu'il se fut agi d'une affection à virus neurotrope de même ordre que la poliomyélite ou la maladie de Cruchet, plutôt que d'une méningite bacillaire, rendue fort improbable par la guérison, le succès de l'abcès de fixation, l'hyperglycorrachie, les séquelles neuro-psychiques.

Devant la difficulté de pratiquer non seulement des injections intraveineuses quotidiennes, mais même d'employer la voie intramusculaire de façon prolongée, chez un jeune enfant, je décidai d'utiliser tout simplement la voie buccale. Je prescrivis un comprimé d'Iogol, par jour, pendant vingt jours, avec l'intention de réaliser quatre séries semblables, séparées par des intervalles de dix jours.

Le résultat fut impressionnant. Dès la fin de la première série, la fièvre avait complètement disparu et l'état général s'était amélioré. Au cours de la seconde, on assista au retour du sommeil normal, à la disparition de tout trouble du caractère, et au rétablissement d'une santé excellente. J'ai revu l'enfant, en parfait état, à la fin de la troisième série.

De tels résultats sont vraiment prochants. Aussi avons-nous la ferme intention d'employer désormais systématiquement l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol non seulement dans les états mentaux aigus ou subaigus (encéphalite psychosique), mais aussi dans toutes les manifestations d'infection nerveuse, du type de la névraxite épidémique.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Coxite gonococcique guérie par injections intraveineuses de vaccin et de gonacrine

MM. Bérard, Etienne Martin et Henry, dans une communication à la Société de chirurgie de Lyon (6 juin 1935) relatent les bons résultats qu'ils ont obtenus par le vaccin antigonococcique et la gonacrine chez un sujet porteur d'une coxite grave de la hanche gauche et évoluant depuis un mois. L'affection avait débuté peu de temps après un écoulement urétral et ses premières manifestations furent périphériques, névritiques, dans le domaine des nerfs crural et sciatique avant de se localiser au niveau de la hanche avec attitude vicieuse, empâtement périarticulaire, douleurs atroces, impotence absolue. Les signes radiographiques étaient peu nets, mais la gono-réaction était très positive.

Chaque injection de vaccin fut suivie d'un choc intense avec température à 40°, mais aussi d'un soulagement rapide. Après le traitement (gonacrine et vaccin), une légère pigmentation anormale fut notée. Le résultat fonctionnel est remarquable par l'indolence de l'articulation et la récupération complète des mouvements.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE.

L'enseignement de la médecine en Chine. — *M. R. Belot vient de consacrer* (ARCH. DE MÉD. ET PHARM. NAVALES, n° 2, 1935) *un important mémoire à la question* :

Les Ecoles sont de valeur très inégale pour trois raisons : recrutement des professeurs, caractère neuf ou encore précaire de certaines organisations universitaires résultant de la situation politique psychologie chinoise et aptitude scolaire des étudiants.

Il est évident que des circonstances ou des considérations assez diverses ont fixé le choix des professeurs. Ceux-ci, quand il s'agit de professeurs chinois, ont une formation toute nouvelle, et sont de très récents anciens élèves des actuels professeurs étrangers en Chine et des autres pays ; le besoin de pourvoir immédiatement de titulaires les chaires créées par les décrets, a parfois amené à choisir les maîtres un peu au hasard des capacités didactiques : et assez souvent le fait d'être là au bon moment, celui de revenir de l'étranger, la qualité politique du candidat ou celle de médecin traitant à l'hôpital près duquel s'installe la Faculté, ont présidé à la désignation des professeurs. Quant aux maîtres étrangers ou des écoles étrangères, Japonais compris, du moins en ce qui concerne ceux que nous connaissons, soit par le spectacle de leur enseignement ou soit par lecture de leurs travaux, ils nous ont paru parfaitement à la hauteur de leur tâche. Il est vrai que ce sont en général des hommes jeunes, en pleine activité intellectuelle, imprégnés de différentes civilisations, parlant plusieurs langues, ayant voyagé et possédant à côté de leur enseignement une vie active dans leur important service hospitalier ; certains sont astreints à ne pas faire de clientèle.

Nous avons laissé entrevoir plus haut, à propos du stage hospitalier, que les organisations scolaires n'étaient pas encore au point. Nous compléterons ce jugement en disant que si tout a été fixé sur le papier, en fait, le manque d'argent ou sa capricieuse répartition, n'a pas encore permis de mieux équiper les différents laboratoires, de moderniser partout locaux et instruments, ou de poursuivre ce qui avait été très largement commencé ; mais chacun sait, qu'entre autres maux permanents, la Chine officielle a celui de manquer d'argent.

Quant aux élèves, ils ont un goût certain pour leurs études, et travaillent avec application et amour-propre, mais ils restent malgré la nature et l'influence des sciences et des maîtres étrangers, d'une psychologie très chinoise et de ce fait doivent être jugés avec réserve. Au cours d'une visite que nous avons faite de l'Université Aurore, nous les avons vus à l'œuvre dans l'amphithéâtre d'anatomie de cette école. Les dissections étaient parfaites du point de vue présentation matérielle et offraient un aspect de travail propre et minutieux, très fini ; quelques questions posées au hasard nous ont montré que l'adresse manuelle si apparente pour tous les élèves dans leurs pièces anatomiques ne correspondait pas pour tous à la connaissance et à la compréhension complètes des éléments et des régions disséquées ; il est vrai que partout il y a de bons et de mauvais élèves, que tous ne sont pas également intelligents ou travailleurs, et qu'en fin d'année les résultats, disent professeurs et examinateurs, sont au moins aussi satisfaisants que dans une Faculté française par exemple... L'empreinte moderne pousse les élèves vers la chirurgie ; certains même, toutes études finies, passent un contrat payant avec l'école ou leurs maîtres pour apprendre les opérations courantes ; les Chinois, paraît-il, seraient des praticiens très adroits dans l'exercice de la chirurgie et des spécialités chirurgicales. L'électricité médicale et surtout la radiologie, par leur caractère objectif et neuf, ont aussi la vogue des médecins fortunés ; mais combien de belles installations d'appareils américains dans une ville comme Shanghaï par exemple, pour un savoir bien rapidement acquis et somme toute assez bref...

L'ophtalmologie, en particulier dans la Chine du Nord paraît, elle aussi, fort cotée parmi les spécialités éventuelles, tandis que la stomatologie jouit en Extrême-Orient d'une faveur très

visible dans toutes les bouches, laquelle donne de nombreux élèves aux écoles dentaires, annexées à la plupart des Facultés de médecine.

Un trait du caractère chinois n'est pas étranger à l'orientation vers la médecine de bons nombres d'étudiants, et au cours des études, vers la chirurgie et les spécialités chirurgicales, si toutefois il est vrai que ces branches de la profession médicale sont de rapports plus importants que la médecine générale, car l'appât du gain leur fait souvent considérer la médecine seulement comme une situation susceptible de devenir très rémunératrice. Nous ne partageons pas dans notre connaissance récente et superficielle du peuple chinois les idées sévères qu'ont sur lui certains étrangers (1), et nous nous demandons si les travers ou défauts que ceux-ci lui prêtent manquent à l'étudiant en médecine chinois. Cependant nous ne pensons pas devoir nous associer aux jugements plutôt pessimistes du Docteur Legendre, qu'il s'agisse de « ces étudiants retour d'Europe ou d'Amérique qui ont causé de grandes déceptions aussi bien à leurs compatriotes qu'aux étrangers qui avaient favorisé leurs études et en attendaient d'appréciables résultats », ou qu'il soit question de l'étudiant revendicateur « discutant le programme des études, voulant en fixer la teneur, l'étendue, allant jusqu'à exiger le renvoi du maître ne le suivant pas dans ses fantaisies ». Car nous connaissons plusieurs Chinois de cette nouvelle classe moyenne cultivée, ingénieurs, avocats, fonctionnaires, médecins, ayant fait leurs études en France, en Belgique, en Amérique, en Allemagne ou à l'Aurore de Shanghaï et qui, s'ils nous ont paru un peu désenchantés dans leur foi nationaliste, se sont montrés à nous, malgré leur réserve asiatique, des hommes très individualistes, de grandes intelligence pratique et de dignité très respectable.

Les étudiants que nous avons aperçus — c'étaient ceux de l'Aurore de Shanghaï — nous ont semblé très réguliers, de bons élèves. Il est vrai que la période actuelle, du fait de la quiétude relative de la politique intérieure, est favorable aux études. Mais personne ne peut prévoir la durée de cette accalmie : de là, la nécessité de ne rien abdiquer de l'autorité établie par les règlements, de ne céder à aucune des démarches des agitateurs scolaires quels qu'ils soient.

C'est là l'avis général, dont il nous fut fait part soit chez les Pères de l'Aurore, soit chez les Allemands de l'ancienne Université germanique de Shanghaï, quand nous visitions cette dernière (2). Et pour illustrer les renseignements donnés à notre curiosité par ces éducateurs, un jour où nous frappions à la porte d'une école chinoise de médecine, c'était pour voir sur les murs des affiches demandant le renvoi d'un professeur, proposant la nomination d'un des élèves comme remplaçant, et pour apprendre la non-fréquentation des cours tant que satisfaction ne leur serait pas donnée.

Malgré ces faits, presque tous les étudiants arrivant en fin d'études, ainsi que ceux qui sont allés à l'étranger, ont aux examens une attitude honorable et plus tard par l'apparence correcte de leur vie médicale, ils semblent mériter la confiance et l'affection de leurs anciens maîtres, et justifier l'excellence de leur formation morale. Il en est ainsi des anciens élèves des maîtres étrangers, mais que sera l'avenir des étudiants des nouvelles universités exclusivement chinoises ? A leur sujet une réserve nous vient à l'esprit ; la vie purement chinoise, même dans ses aspects les plus modernes des grandes villes, est bien hermétique à notre compréhension occidentale, et sans pouvoir juger avec certitude on peut craindre, qu'abandonné à lui même après l'assimilation parfois hâtive d'une culture étrangère pour laquelle il commence seulement à être préparé, l'ancien étudiant ne se laisse peut-être gagner par l'ambiance d'un milieu peu compréhensif. C'est pourquoi nous souhaitons que le jeune Chinois instruit de notre époque sache triompher du caractère peu avancé de l'évolution intellectuelle de son entourage, et nous montre, par là, qu'il est capable de profiter intégralement de l'excellence des leçons de ses maîtres étrangers, ou de l'enseignement, apparemment bien organisé, des Universités nationales.

(1) LEGENDRE. La civilisation moderne. (Payot, 1626). — Arthur H. SMITH. Mœurs curieuses de Chinois. (Payot, 1925).
(2) L'actuelle Faculté de Woosung.

Ce serait là la phrase terminale de cet essai sur l'enseignement de la médecine en Chine si notre qualité de Français ne nous faisait pas un devoir de rendre hommage à une des créations qui nous font honneur en Extrême-Orient.

Certes, les articles ne manquent pas sur l'œuvre des Pères Jésuites en Chine et en particulier sur leur Université de Shanghaï, l'Université Aurore.

. . . .

Quel est donc l'avenir de l'enseignement de la médecine en Chine tel que l'a institué le Gouvernement de 1927 et tel que nous venons de le présenter ? A n'en pas douter la veille médecine chinoise vit ses dernières années, surtout dans les villes et services officiels : Armée, hôpitaux, dispensaires, bureaux d'hygiène urbains, etc... Quand l'évolution matérielle et intellectuelle indiscutable de ce grand pays chaotique aura créé une classe moyenne, facteur d'équilibre social, quand la menace et l'exemple du voisin agissant auront fait naître sinon un sentiment national, au moins la notion d'intérêts communs à défendre, ou bien quand les capitaux étrangers qui manquent aux voisins, auront pacifié et mis en valeur les grandes régions économiques de la Chine, et en conséquence donné plus de puissance d'achat et de bien-être au pauvre peuple, alors peut-être en même temps que le pays, la médecine moderne chinoise s'organisera et se libérera peu à peu de la tutelle intellectuelle étrangère et créera à son tour. Faut-il voir un signe avant-coureur de ces espoirs dans l'hommage rendu aux efforts du gouvernement national par ce fait, que le IXe Congrès de l'Association de médecine tropicale d'Extrême-Orient va tenir ses assises prochaines à Nankin, le 9 octobre de cette année ?

Le nombre des centenaires outre-Rhin. — JOURNAL DES DÉBATS :

Une récente statistique a été publiée sur le nombre des centenaires Outre-Rhin. Il y a actuellement en Allemagne cent vingt-quatre centenaires. Dans ce nombre on compte quatre-vingt-une femmes, dont une seule est célibataire.

La moyenne des enfants de chacune de ces centenaires est de six presque toutes elles ont allaité leur progéniture.

C'est dans la classe paysanne que se trouvent presque tous ces centenaires. Il ne semble pas qu'ils aient suivi un régime spécial. Les hommes buvaient de l'alcool et fumaient, mais aucun n'était oisif.

Le travail pour les hommes et la maternité pour les femmes sont-ils des conditions de longévité ?

Confiture de lait. — Dans son dernier livre, *Voyage en Amérique du Sud*, le Professeur Léon Binet rapporte une curieuse recette de confiture de lait :

« Verser dans une bassine, de préférence en cuivre, six ou sept litres de lait. Y ajouter un quart de sucre en poudre par litre de lait, puis un bâton de vanille et une pincée de bicarbonate de soude. Faire bouillir et, à partir de l'ébullition, compter trois heures de cuisson, en remuant le plus possible. Ne pas cesser de tourner pendant la dernière heure afin que le sucre ne prenne pas au fond de la bassine. Pour juger du degré de cuisson, mettre un peu de la préparation dans une soucoupe, l'étendre et la séparer ensuite avec une cuillère. Si les deux bords séparés ne se rejoignent pas, c'est que la confiture est à point. Au cas contraire, s'ils se rejoignent, c'est qu'elle manque encore de cuisson. Verser enfin dans les pots avant qu'elle soit froide et procéder comme pour d'autres confitures, c'est-à-dire laisser les pots découverts toute la nuit et les couvrir le lendemain ».

« C'est un régal pour les enfants, et, ajoute le Professeur Léon Binet, il y a des parents qui, devant la *dulce de leche*, seront toujours enfants. » (*Journal des Débats.*)

Fondé en 1873. — N° 36 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 7 SEPTEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS-V°

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (1936). — Une réunion hydrologique et climatologique aura lieu à Montpellier, en mars 1936, sous les auspices de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen ».

Trois rapports y seront présentés :

1° Le coup de soleil, par le M. Professeur agrégé AIMES (de Montpellier) ;

2° Le coup de chaleur, par M. le Professeur MOURIQUAND (de Lyon) ;

3° Les accidents dus à la lumière, par M. le Docteur JAUSION, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La date exacte de la réunion sera fixée ultérieurement.

Pour tous renseignements, inscriptions, communications, etc., s'adresser à M. le Professeur A. Puech, 1, rue du Cannau, Montpellier.

Guerre. — Mutations :

Médecins capitaines. — MM. Le Guillas est affecté à l'hôpital militaire Scrive, Lille ; Noaillac, au 149e d'infanterie, Longuyon ; Cicile, au 43e d'infanterie, Lille ; Jacquot, au 171e d'infanterie, Mulhouse ; Calmet, au 2e bataillon de dragons portés, Paris ; Jochum, à l'hôpital militaire E. Delorme, camp de Mourmelon ; Labarthe, au 171e d'infanterie, Neuf-Brisach ; Pierre, au 172e d'infanterie, Strasbourg ; Oudjari, aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Dié ; Laverré, au 46e d'infanterie, Fontainebleau ; Vaillant, au 172e d'infanterie, Sélestat ; Meurot, au 158e d'infanterie, Mutzig ; Baylot, au 37e d'infanterie, camp de Bitche ; Tricaud, au 155e d'infanterie, Montmédy ; Lagrange, au 59e d'artillerie, Sarrebourg ; Joubert, au 172e d'infanterie, Strasbourg.

Médecins lieutenants. — MM. Grégoire est affecté au 155e d'infanterie, Stenay ; Goumet, au 171e d'infanterie, Belfort ; Humilien, au 37e d'infanterie, Bitche ; Jirou, au 1er génie, Besançon ; Souron, au 149e d'infanterie, Thionville ; Marnac, au 59e d'artillerie, Sarrebourg ; Villat, au 305e d'artillerie, Besançon ; Nardin, au 171e d'infanterie, Neufbrisach ; Poirier, au 149e d'infanterie, Longuyon.

Institut Pasteur. — *Création de trois bourses d'études destinées à de jeunes médecins ou à des étudiants.* — Le Conseil général de la Seine vient d'adopter le texte suivant :

Il est créé à l'Institut Pasteur, 205, rue de Vaugirard, à Paris, à dater du 1er octobre 1935, trois bourses d'études départementales de 15.000 francs chacune par an, destinées à de jeunes médecins ou étudiants.

Les titulaires de ces bourses seront désignés par le Conseil général sur présentation de l'Institut Pasteur.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique du Professeur PORTMANN, donné à Paris du jeudi 17 octobre au mercredi 23 octobre 1935 avec la collaboration du Docteur J. AUZIMOUR, du Professeur agrégé DESPONS et du Docteur Paul LEDUC.

PROGRAMME. — Jeudi 17 octobre, 9 h. 30 : Les otites aiguës (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière).

Vendredi 18 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : La mastoïdectomie (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière).

Samedi 19 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière).

Lundi 21 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière).

Mardi 22 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière).

Mercredi 23 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : chirurgie du larynx (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière).

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Médecins inspecteurs scolaires. — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine le 27 janvier 1936, en vue du recrutement de cinquante médecins inspecteurs scolaires (Indemnité annuelle : 6.000 francs).

Une notice sur les conditions d'admission à ce concours est dès à présent envoyée, ainsi que le programme, sur demande adressée au Service administratif de l'Inspection médicale des Ecoles, 2, rue Lobau (IVe).

Les inscriptions pour ce concours seront reçues à ce service du 18 novembre au 24 décembre inclus, délai de rigueur.

Concours pour l'emploi d'assistant au laboratoire départemental du Cher. — Un concours pour l'emploi d'assistant au laboratoire départemental du Cher aura lieu au laboratoire, dans la première quinzaine de novembre 1935.

Peuvent seuls prendre part à ce concours, les Français du sexe

masculin ayant satisfait à leurs obligations militaires, âgés de 23 ans au moins, et de 30 ans au plus, cette limite d'âge étant, le cas échéant, reculée d'un temps égal à celui des services militaires et des services civils ouvrant un droit à la retraite.

Seront seuls admis à concourir, les candidats pourvus de l'un des diplômes suivants : docteur en médecine, pharmacien, licencié ès sciences, ingénieur agronome ou agricole.

Le traitement de l'assistant au laboratoire, passible de la retenue pour la Caisse des retraites départementales, est assimilé à celui des chefs de bureau de la Préfecture (échelle ministérielle) augmenté de 10 %, réserve faite des prélèvements prévus par les lois et règlements en vigueur. A ce traitement, s'ajouteront les indemnités de résidence et, le cas échéant, de charges de famille, au taux fixé pour les autres employés départementaux.

Les demandes d'admission au concours devront parvenir à la Préfecture du Cher (cabinet du Préfet) avant le 1er octobre 1935.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée dix jours avant l'ouverture des épreuves et avis sera donné à chacun des candidats de la décision le concernant.

Le candidat classé premier sera nommé assistant-stagiaire. Il pourra être titularisé après un stage d'un an. Si, à l'expiration de ce délai, il n'a pas été titularisé, il sera congédié sans indemnité.

Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences. — Le Congrès de cette Association se tiendra à Paris du 4 au 11 octobre 1935, au Musée pédagogique de l'Etat.

Adresser avant le 15 septembre les travaux ou suggestions sous formes de notes, les films quelqu'en soit le format, les photographies et les appareils spéciaux que vous désireriez exposer.

Nous sommes dès maintenant assurés d'avoir cette année, pour la première fois, des films réalisés spécialement pour l'enseignement supérieur, de la radiocinématographie courante synchronisée avec les bruits des organes enregistrés électro-optiquement, des films scientifiques en couleur directe, etc.

Nous rappelons à nos collègues étrangers qu'ils peuvent assurer l'expédition sans douane, soit par leur ministère des Affaires étrangères, soit par les Consulats de France à l'étranger. D'autre part, nos collègues qui nous auront averti avant le 15 septembre (dernier délai) de leur désir d'assister au Congrès recevront une carte donnant droit à une réduction de 50 pour cent pour eux et leur famille sur le parcours sur les chemins de fer français — pour nos collègues étrangers, indiquer la gare frontière — ou 10 pour cent sur les lignes aériennes d'Air-France.

Toute correspondance et toutes les communications doivent être envoyées au Docteur Claoué, 39, rue Scheffer, Paris (XVIe); les films, photographies et appareils, au Musée pédagogique de l'Etat, Congrès de documentation photographique, 29, rue d'Ulm, Paris (Ve).

Hôpital de Bône. — Le concours sur titres ouvert à Alger, le 24 juin 1935, pour le recrutement de deux médecins adjoints à l'hôpital de Bône, est reporté au 14 novembre 1935. Seront seuls admis à prendre part à ce concours, les candidats qui ont adressé leur dossier réglementaire avant le 3 mai 1935.

Hôpital de Miliana. — Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 4 novembre 1935, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Miliana. La liste d'inscription sera close le 14 septembre 1935, à midi.

Hôpital d'Oran. — Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 16 décembre 1935, pour le recrutement d'un chirurgien suppléant à l'hôpital d'Oran. La liste d'inscription sera close le 26 octobre, à 11 heures.

Hôpital de Philippeville. — Un concours sur épreuves, ouvert à Alger le 6 mai 1935, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Philippeville, est reporté au 18 novembre 1935. Seront seuls admis à prendre part à ce concours les candidats qui ont adressé leur dossier réglementaire avant le 2 avril 1935.

Concours pour la réalisation d'une médaille et d'un sceau de l'Université de Lyon. — Il est ouvert entre les artistes de nationalité française un concours pour l'exécution d'une médaille et d'un sceau à l'usage de l'Université de Lyon.

Le concours sera à deux degrés : les concurrents devront soumettre au jury, avant le 1er février 1936, pour chacune des deux faces, un dessin dont les dimensions seront égales au quintuple des dimensions définitives ; ceux dont le projet aura été retenu recevront chacun un prix de 750 francs. Ils devront présenter ensuite, dans le délai de trois mois à partir de la date du jugement, la maquette des deux faces de leur médaille à la grandeur d'exécution ; le jury désignera alors celui des concurrents qui sera chargé d'exécuter le projet ; il recevra un prix de 4.000 francs et cédera en toute propriété à l'Université de Lyon ses droits sur ses modèles.

Les projets devront être envoyés à M. le Recteur de l'Académie de Lyon, 30, rue Cavenne, à qui les concurrents pourront demander les renseignements complémentaires qu'ils désireraient obtenir.

Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens et dentistes, vétérinaires. — Le décret-loi du 4 juillet a été modifié par un nouveau décret inséré au *Journal officiel* du 8 août 1935.

Les dossiers de pensions sujettes à révision sont soumis à l'examen de comités administratifs siégeant auprès du ministre des Pensions. Ces comités sont composés d'un président, d'un représentant des anciens combattants titulaire de la carte du combattant, d'un médecin rapporteur et d'un contre-rapporteur.

Pour être nommé médecin rapporteur, les candidats doivent adresser leur demande à M. le médecin commandant Jugon, adjoint à M. le Contrôleur Labeyrie, Commission consultative médicale, 139, rue de Bercy, à Paris (XIIe), en précisant qu'ils sont titulaires de la carte du combattant et qu'ils ne sont pas pensionnés pour maladie. Les praticiens siégeant à ces Comités touchent une indemnité par dossier examiné.

A côté de ces Comités, il est prévu des postes de médecins chargés du tri des dossiers au ministère des Pensions, 139, rue de Bercy, et rémunérés à l'heure de travail.

Les décrets-lois du 4 juillet et 11 août 1935 ne prévoient pas le renvoi devant de nouvelles commissions de réforme des bénéficiaires de pensions concédées au titre de la loi du 31 mars 1919 et des lois subséquentes.

Il y a donc lieu de penser que le nombre des médecins actuellement en fonctions dans les centres de réforme ne sera pas augmenté.

XXXVe Congrès de l'Association française d'urologie.

Le XXXVe Congrès de l'Association française d'urologie aura lieu à la Faculté de médecine du lundi 7 au samedi 12 octobre.

Question à l'ordre du jour : L'influence de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein (rapporteur : M. de Beaufond).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Louis Michon, 34, boulevard des Invalides, Paris.

La réduction des honoraires médicaux. — M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique et de l'Education physique, a reçu le Docteur Hilaire, secrétaire général adjoint de la Confédération des Syndicats médicaux, et a examiné avec lui les conditions dans lesquelles les réductions d'honoraires médicaux pourraient être, soit accentuées, là où les Syndicats en ont déjà admis le principe, soit généralisées dans le reste de la France.

En attendant que la Confédération ait pris position sur cette question, le ministre a décidé de prier les Préfets de bien vouloir examiner d'urgence, avec les syndicats locaux, les mesures qui devront être prises.

Un monument aux frères Lumière à La Ciotat. — Un Comité s'est constitué pour poursuivre l'érection, à La Ciotat, d'un monument aux deux frères Louis et Auguste Lumière qui, en septembre 1895, présentèrent, dans le château de leur père, les premiers films cinématographiques.

Le sculpteur marseillais Paul Gondard a été chargé de l'exécution du monument.

IXe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — Le IXe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie aura lieu à Budapest du 13 au 21 septembre 1935. Tout docteur en médecine peut être membre du Congrès. Il doit envoyer son adhésion et sa cotisation (soixante pengös-or), soit au Docteur Clément Simon, secrétaire pour la France, 101, avenue Malakoff, Paris (XVIe), soit au Docteur Etienne Ballagi, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès, VIII Maria-u-41 Budapest. Les membres du Congrès auront des billets de voyage à prix réduit de 50 % et le visa gratuit pour la Hongrie.

Le Congrès discutera des questions d'ordre scientifique et traitera des problèmes professionnels de la spécialité.

M. Darier, présidera le Comité permanent de la Ligue internationale de dermatologie.

Pour la France sont nommés : au Comité international pour la réforme de la terminologie dermatologique, M. le Professeur Petges, de Bordeaux ; au Comité international pour la classification moderne des maladies de la peau, M. Tzanck (Paris) ; au Comité international de l'enseignement moderne de la dermatologie, M. le Professeur Gougerot (Paris) ; au Comité pour l'érection d'un centre international dermato-vénérologique, M. Civatte (Paris) ; au Comité international pour les problèmes professionnels, M. le Professeur Pautrier (Strasbourg), MM. Charles (Lyon), Desaux (Paris).

Quatre conférences s'occuperont des problèmes dermatologiques au point de vue social, de la tuberculose cutanée, de la lutte antivénérienne, des maladies professionnelles, des dermatoses infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

M. Darier prononcera un discours sur « Le développement de la dermatologie dans les derniers cinquante ans », et M. Sabouraud sur « L'évolution de la dermatologie ».

Des rapports français seront présentés : par MM. Darier, Civatte, Tzanck (Paris) : Moyens de défense de la peau, considérée comme organe ; par M. Milian (Paris) : Biotropisme ; par MM. Desaux et Antoine (Paris) : Peau et tube digestif ; MM. les Professeurs Mouriquant et Gaté (Lyon) : Avitaminoses en dermatologie ; par M. le Professeur Spillmann (Nancy) : Pôle des glandes endocrines en dermatologie ; par M. Barthélemy (Paris) : Influence des causes externes professionnelles sur la fréquence et sur la forme d'apparition des dermatoses ; par M. le Professeur Levaditi : Rôle des virus filtrants dans l'étiologie des maladies de la peau ; par M. le Professeur Favre (Lyon) ; Virus tuberculeux filtrant ; par M. le Professeur Gougerot (Paris) : Nouvelles données sur la pathogénie des tuberculoses et tuberculides cutanées ; par M. le Professeur Levaditi (Paris) : L'état actuel de la bismuthothérapie et de la bismuthoprévention de la syphilis ; par M. Pinard (Paris) : Malariathérapie et pyrétothérapie de la syphilis ; par M. Milian (Paris) : Les critères de la guérison de la syphilis.

Sont également prévues, une présentation de malades, des démonstrations histologiques et trois expositions : rétrospective, scientifique, technique, industrielle. L'organisateur de la collection parisienne rétrospective est M. Brodier, le commissaire des collections françaises scientifiques, M. Civatte.

Nécrologie. — Docteur Paul Forget, de Mamers (Sarthe). — Docteur Jacquin, de Foncine-le-Haut (Jura), vice-président du Conseil général du Jura. — Docteur René Schlissinger, décédé à Cannes.

« Qu'elle est belle, noble et glorieuse par son passé, notre profession ! Unissons nos efforts pour maintenir son prestige et son caractère « libéral » ! Préférons « mourir sur la paille plutôt que crever sur le fumier » ! Pardonnez-moi cette formule quelque peu violemment imagée, qui résume un principe que j'enseigne à mes jeunes stagiaires et qu'ils m'entendent souvent répéter. »

(Professeur Sergent. — Allocution prononcée à la XVIIe Session d'assises médicales de l'Assemblée française de médecine générale.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La prophylaxie du rachitisme et le lait irradié

Par P.-E. MORHARDT

Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur l'importance d'une prophylaxie du rachitisme. Cette maladie, si elle est rarement mortelle par elle-même, diminue la résistance et augmente ainsi la morbidité et la mortalité générales, ce qui se traduit pour von Pfaundler, par le fait que la pneumonie est trois fois plus fréquente et troisfois plus souvent mortelle chez les enfants atteints que chez les autres.

Or, la fréquence du rachitisme est grande. La statistique d'Engel qui porte sur 1.381 enfants de Dortmund montre que 71,2 % des enfants de moins de deux ans présentent des signes de cette maladie. A Berlin, Huldchinsky trouve 60 à 80 % de rachitiques ; à New-York, A.-F. Hess, Weinstock et Shermann en trouvent un tiers ou une moitié chez les enfants nourris au sein. A la Nouvelle-Orléans, C. T. Willians en compte 45 % chez les enfants de trois ans. Si on en juge par l'élévation de la mortalité infantile, les chiffres pour la France sont du même ordre de grandeur.

I. Etiologie du rachitisme

Une prophylaxie est donc indispensable. Mais elle doit être fondée sur l'étiologie de sorte que pour en fixer les modalités, il est nécessaire de se remémorer quelques points particulièrement significatifs.

Le premier de ces points, c'est que le rachitisme est apparu au moment où la grande industrie commença à créer les grands centres industriels et le prolétariat ouvrier, c'est-à-dire au milieu du XVIIe siècle. Effectivement, entre le rachitisme d'une part et, d'autre part, la vie dans des logis surpeuplés, sans air et sans lumière à quoi s'ajoute souvent une alimentation tout au moins qualitativement insuffisante, il existe des corrélations étroites que les découvertes récentes ont souvent fait oublier malgré les conseils de beaucoup de cliniciens comme Marfan, von Pfaundler, etc.

Ce n'est que beaucoup plus tard qu'on a commencé à établir des rapports précis entre la lumière et le rachitisme. Palm, paraît-il, en aurait eu le premier l'idée (de Budder). A partir de 1910, en tout cas, on commença avec O. Bernhard et A. Rollier, à parler des cures de soleil, puis des effets de l'héliothérapie sur certaines dyscrasies et plus spécialement sur le rachitisme. Vers 1919, Huldchinsky démontra que les radiations ultraviolettes ont une influence non pas simplement excitante, mais vraiment spécifique sur l'évolution du rachitisme. Ses travaux furent submergés par tous ceux qui parurent au cours de cette période sur les effets généraux du soleil et dont la valeur était trop souvent médiocre. C'est seulement par les belles recherches de l'Américain A.-F. Hess, puis par Woringer que la démonstration fut vraiment et définitivement faite, des relations entre la carence d'ultraviolets (radiations de 280 à 310 $\mu\mu$) — c'est-à-dire en dernière analyse et comme nous allons le voir — entre la carence d'ergostérine irradiée et le rachitisme.

On arrive ainsi à expliquer que le rachitisme est une maladie de la zone tempérée qui ne s'observe ni au Mexique (A. Torroella), ni aux Indes, sauf dans les castes qui confinent les femmes dans des maisons sans soleil. Si à la Nouvelle-Orléans (latitude du Caire), le rachitisme est encore fréquent, il y est beaucoup plus rare et beaucoup moins grave qu'à New-York ou qu'en Allemagne. Cependant dans les régions circumpolaires, le rachitisme semble redevenir rare pour des raisons qui sont encore incomplètement élucidées, mais parmi lesquelles l'alimentation et la transparence de l'air pour les radiations ultraviolettes jouent un rôle.

En troisième lieu, on arriva à montrer que certains régimes carencés (A.-F. Hess, Pappenheimer) déterminent le rachitisme alors que certaines substances manifestent une activité spécifique (huile de foie de morue, beurre). Cette activité fut attribuée d'abord à la vitamine A (Mellanby), principe dans lequel on distingua ultérieurement, notamment grâce aux travaux de E. Lesné, à côté de la vitamine A antixérophtalmique, la vitamine D antirachitique. On constata que cette dernière se rencontre dans la cholestérine activée qui est ainsi rendue exactement aussi efficace que les radiations ultraviolettes. Enfin, Windaus montra que la substance en cause était une « impureté » de la cholestérine, l'ergostérine de Tanret, et en précisa la nature chimique. Il n'est cependant pas encore certain que l'ergostérine irradiée soit absolument identique au principe actif de l'huile de foie de morue ou du beurre. Les travaux récents de l'école norvégienne et surtout de F. Ender, O. Rygh, etc., le contestent, bien que Windaus considère qu'il y a identité chimique absolue entre les produits cristallisés obtenus en Angleterre (calciférol nouveau) et à Göttingue (vitamine D^2).

Ainsi s'est trouvé expliqué le fait que le rachitisme peut être conséquence soit d'une insuffisance alimentaire qualitative soit d'une insuffisance de radiations ultraviolettes dans la lumière solaire ou artificielle, l'ergostérine, celle des aliments dans un cas et, dans l'autre, celle qui accompagne toujours la cholestérine de la peau et des glandes sébacées se trouvant insuffisante ou insuffisamment irradiée.

II. Facteurs antirachitiques et facteur de calcinose

Mais l'observation clinique et expérimentale ne tarda pas à montrer que l'ergostérine irradiée aussi bien que les radiations ultraviolettes, à côté de leur pouvoir antirachitique propre, possèdent à certaines doses, des propriétés toxiques d'un caractère absolument spécifique.

En ce qui concerne l'ergostérine, on ne saurait songer à analyser ici les constatations vraiment innombrables, faites autant par les expérimentateurs que par les biologistes (A.-F. Hess, H. Rivkin, Pfaundler, Wiener, etc.). Rappelons simplement qu'il a été ainsi observé des lésions de calcification surtout rénales, des arrêts de croissance, de l'inappétence, de la pâleur. Ces effets toxiques n'apparaissent chez les enfants qu'avec des doses de 10 à 20 milligrammes par jour (A. Adam, A.-F. Hess, György et Langstein).

On a discuté pour savoir si ces effets nocifs sont dus à l'ergostérine elle-même ou à un autre principe. Actuellement, la question semble résolue. Selon Windaus, il est vrai, l'irradiation quand elle est exagérément prolongée fait disparaître l'ergostérine proprement dite et apparaître des corps toxiques dépourvus de propriétés antirachitiques parmi lesquels figure la tachystérine. On arrive ainsi à obtenir des produits qui n'agissent plus que comme facteur de calcinose. Néanmoins, la vitamine D à certaines doses et quelle que soit sa pureté agit comme le facteur de calcinose. C'est là un fait tellement important qu'on est forcement obligé d'en tenir compte dans toute standardisation. Voici, en effet comment l'activité antirachitique est actuellement déterminée par F. Holtz, F. Laquer, H. Kreitmair et Th. Moll. On choisit des rats de 4 à 6 semaines et pesant 33 à 45 grammes dont une partie est soumise à l'action du produit irradié. Au bout de quinze jours, on examine les os aux rayons Rœntgen et un animal est considéré comme protégé quand la fente épiphysaire du tibia ne représente qu'une ligne mince et fine, les animaux de contrôle étant nettement rachitiques. La dose limite antirachitique est celle qui, dans 80 % des cas sur un total de dix rats suffit à protéger contre le rachitisme.

En ce qui concerne le facteur de calcinose, on prend des souris adultes et on leur administre le produit sous un volume qui ne doit pas dépasser 0,2 c. c. Au bout de douze jours, on vérifie le poids et on considère comme dose toxique limite celle qui, administrée en dix fois a fait perdre 2,5 grammes ou amené la mort de l'animal, des dépôts de chaux se faisant surtout dans les reins.

On calcule ensuite l'index thérapeutique en tenant compte des deux données ainsi obtenues. Si la dose limite antirachitique est de 0,08 γ et la dose limite toxique de 0,3 milligrammes, on admet que l'index thérapeutique est de 1 : 3.750. D'une façon générale, cet index thérapeutique varie de 1 : 2.000 à 1 : 5.000.

Les rayons ultra-violets ont des effets analogues. Les radiations destructives des bactéries (260 μμ) et des paramécies (280 et 240 μμ) ou rubéfiantes (rayons de Dorno : 280 à 310 μμ) sont très voisines de celles qui possèdent le maximum d'effet antirachitique (250 à 280 μμ d'après A.-F. Hess). Cet effet antirachitique ne se distingue de l'effet « abiotique » guère qu'en ce qu'il agit non sur des cellules vivantes, mais sur l'ergostérine des glandes sébacées pour l'activer et lui donner non seulement le pouvoir de prévenir ou de guérir le rachitisme, mais aussi d'agir comme le facteur de calcinose que possède la vitamine D.

L'observation de Marfan et Dorlencourt est, à cet égard, particulièrement instructive. Il s'agit d'une fillette issue de parents syphilitiques et atteinte de rachitisme subaigu et de tétanie. Les rayons ultra-violets ayant provoqué une amélioration extraordinaire, les parents poursuivirent sans demander conseil et pendant dix-huit mois, des séances d'irradiations représentant un total de soixante-dix heures. Il survint alors des coliques avec expulsion de graviers et de calculs ainsi que des infiltrations calcaires dans les grands droits. La fillette mourut de cachexie quelque temps après. Des faits du même genre ont été observés par A.-F. Hess, sur des enfants de Panama.

III. Doses maxima et doses prophylactiques

On aura une bonne idée des difficultés de posologie que suscite l'existence du facteur calcinose joint à l'incertitude de la standardisation en résumant très sommairement les discussions qui ont eu lieu au sujet de la posologie. D'après les chiffres très complets rassemblés en 1930 par A. Adam, les doses thérapeutiques prescrites variaient alors entre 1 et 15 milligr. (Il ne s'agit pas là du calciférol nouveau ou de la vitamine D_2 qui ont été isolés depuis lors et dont l'activité est beaucoup plus grande). Ces doses ont d'ailleurs une tendance à diminuer. Ainsi A.-F. Hess, György, Castel les fixent entre 0,5 et 1 milligr. Mais A. Adam remarque qu'avec un milligramme, la guérison tarde souvent ce qui prolonge indûment la durée du séjour à l'hôpital. Il faut donc connaître aussi bien la dose minima que la dose maxima. Par ailleurs, les doses de 2 à 4 mill. sont pratiquement inoffensives, mais se rapprochent de la dose toxique assez pour que Degkwitz, E. Wieland, A. Adam, etc., exigent que ces produits ne soient délivrés que sur prescription médicale. L'établissement d'une dose maxima se heurte d'ailleurs à de réelles difficultés à cause des dispositions individuelles qui sont variables.

Mais ces notions de posologie sont compliquées par la tendance à prescrire l'ergostérine irradiée en unité non pas physico-chimiques mais biologique. E. Lesné propose, par exemple, avec Clément, de nommer unité antirachitique biologique la dose quotidienne nécessaire et suffisante à donner à un jeune rat blanc de trois semaines pesant 25 à 30 grammes mis au régime rachitigène de Pappenheimer, pour le protéger contre le rachitisme; l'expérience a une durée de trois semaines. Un ergostérol bien irradié et de fabrication récente renferme environ 300.000 unités au gramme.

Mais beaucoup d'autres méthodes de standardisation et d'autres unités ont été proposées. Citons celles de K. Coward, Poulson-Lövenskiold, Schulz. En Allemagne, on emploie souvent l'unité clinique qui vaut 100 unités biologiques dont, d'après E. Glanzmann, 18 par jour sont nécessaires et 30 commencent à être dangereuses.

Il est d'ailleurs probable qu'avec le calciférol nouveau ou la vitamine D_2 représentant 4.000 unités au milligramme, on ne tardera pas à revenir à la posologie pondérale. Ces préparations s'administrent d'après W. Heubner à la dose de 0,05 milligrammes par jour (à titre thérapeutique) et de 0,025 milligrammes (à titre prophylactique). En somme, d'une façon générale, l'ergostérine agit préventivement à des doses deux fois moindres que quand il s'agit de guérir un rachitisme floride.

IV. Prophylaxie non spécifique

Ces faits étant établis, la prophylaxie doit être fondée d'abord sur les méthodes *non spécifiques*, c'est-à-dire sur l'amélioration de l'hygiène générale et du régime alimentaire, la suppression des taudis, les propriétés stimulantes générales du soleil, etc. C'est là, de toute évidence, un point capital qu'on ne saurait négliger et qui cependant, a souvent été quelque peu passé sous silence du fait de la découverte si frappante de l'ergostérine. On semble même oublier parfois, qu'administrer du lait irradié revient avant toute chose et comme c'est la règle absolue dans toutes les méthodes de prophylaxie qui s'adressent aux maladies évitables de l'enfance, à améliorer le standard de vie du nourrisson. En effet, on ne saurait soumettre à l'irradiation un produit de second ordre, dépourvu de vitamine ou de provitamine D. Or, celle-ci varie d'après une remarque intéressante de Windaus faite à A. Adam de 20 à 1 et même à 0, si on en croit les constatations faites sur le beurre du commerce. De même, le lait à irradier ne saurait être dépourvu de vitamines A ou C ou véhiculer des germes nocifs comme le bacille de la tuberculose. Il devra donc correspondre aux faits « certifiés » ou au lait A des Anglo-Saxons et aux laits à consommer crus des Danois. Ce lait proviendra donc de troupeaux soumis à une alimentation appropriée (fourrage de silo, levures irradiées ou non) capable de l'enrichir en vitamines diverses et plus spécialement en vitamine D. Il sera doué d'un pouvoir prophylactique utile pour l'enfant nourri artificiellement et capable d'être communiqué au lait de la nourrice ou aux humeurs de la gestante si celles-ci en font un usage habituel.

On inclinera d'ailleurs à penser que c'est aux qualités générales non spécifiques du bon lait que doit être attribué le pouvoir antirachitique si particulier du lait irradié qui, d'après A.-F. Hess et d'après E. Wieland serait plus élevé qu'une dose équivalente de vitamine D pure. Quelle que soit la conception à laquelle on se rattache par ailleurs, on devra reconnaître que le bon lait est un des éléments fondamentaux de la lutte contre le rachitisme.

V. Prophylaxie spécifique

Quant à la prophylaxie spécifique, elle est, on le sait, directe quand on fait agir le soleil ou la lampe de quartz sur la peau et indirecte quand on administre de l'ergostérine activée et, au surplus, elle peut s'adresser efficacement aussi bien à la nourrice qu'au nourrisson voire même à la gestante. Les expériences et les observations cliniques démonstratives sur ce point sont trop connues pour qu'il soit utile de donner beaucoup de détails. Bornons-nous à constater que, dans un des derniers travaux qu'il ait publié, A.-F. Hess constatait la possibilité de prévenir le rachitisme même chez les nourrissons noirs. Il n'y a donc pas à tenir compte de l'opinion de certains auteurs comme György pour que l'ergostérine n'agit pas sur un sujet non rachitique.

Étant donné que la généralisation de la prophylaxie spécifique directe par irradiation rencontre des difficultés d'ordre social considérable, on songea, dès l'origine, à préparer des aliments susceptibles d'être utilisés d'une façon courante. On avait toutes raisons de croire qu'on trouverait là, mieux qu'un remède : un moyen vraiment naturel équilibré et harmonieux, d'agir sur les nourrissons pour les protéger contre le rachitisme et c'est au lait qu'on eut recours. Les autres aliments aux-


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL? PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

quels on peut penser n'ont jamais donné rien de bien remarquable ou ne sont guère employés.

En effet, l'huile de foie de morue est utilisée surtout au point de vue thérapeutique. Prophylactiquement, elle l'est beaucoup moins à cause de son goût sans doute aussi parce que ses effets ne sont pas constants. De plus, beaucoup de nourrissons ne supportent pas toujours les 2 à 4 cuillerées à café par jour qui sont nécessaires (E. Wieland). En tout cas, on ne signale son emploi qu'en Scandinavie et aux Etats-Unis.

La levure de bière, pourtant si riche en ergostérine susceptible d'être activée, suscite des difficultés chez les enfants à cause de son goût (A.-F. Hess). Chez les vaches, il n'en serait pas de même et ce produit enrichirait utilement leur lait en vitamine D. Mais alors, il ne peut s'agir que de troupeaux sélectionnés, livrant un lait cher dont le prix fait retomber dans des difficultés économiques et dans les problèmes soulevés par la prophylaxie non spécifique.

Quant aux autres aliments (farine, œufs, etc.), il ne saurait en être question tant qu'on n'est pas arrivé à se mettre d'accord pour le lait, le seul produit qui puisse sérieusement entrer en ligne de compte dans les trois premiers mois de la vie, c'est-à-dire à la seule période où il soit possible d'intervenir prophylactiquement avec des chances réelles de succès (E. Wieland).

C'est donc surtout au lait que s'adressent les documents qui suivent, aussi bien au lait en poudre, proposé par A.-F. Hess, Mackay et Shaw, E. Wieland et d'autres, qu'au lait frais préconisé par A.-F. Hess, Cowell, Kramer, György, Hottinger, Scheer, Essig et utilisé sur une plus ou moins grande échelle à New-York, Detroit, Francfort, Tubingue, etc...

L'adjonction de vitamine D au lait frais semble se heurter à des difficultés quand il s'agit d'assurer la répartition et la stabilité du principe actif dans un grand volume (A. Adam). Il n'en est pas de même pour le lait sec auquel, on peut ajouter facilement de la vitamine D et qui a un certain nombre de partisans (A. Adam, Rominger, E. Wieland).

VI. Les inconvénients de l'irradiation du lait

Essayons de donner ici un résumé exact et fidèle des inconvénients que comporte le lait irradié frais ou en poudre.

Sous l'influence des traitements qu'on lui infligeait lors des premiers essais, le lait quel qu'il soit, prenait une odeur et un goût ayant quelque analogie avec celui de l'huile de foie de morue et qualifié par György de « jécorisation ». Il est aujourd'hui bien démontré que cette altération n'a aucun rapport avec le processus d'activation et, grâce aux perfectionnements techniques et plus spécialement à l'irradiation en présence de CO^2, cette prétendue jécorisation ne se produit plus.

Les effets de l'irradiation sur les vitamines et d'abord sur la provitamine D, sont les plus importants à considérer. Si l'ergostérine est activée par le traitement, cela implique qu'elle peut l'être insuffisamment ou exagérément et qu'une surveillance compétente et une standardisation continue doit obvier ces variations susceptibles d'avoir des conséquences fâcheuses. De là, une série de difficultés dont il faut dire quelques mots.

Un grand nombre d'appareils d'irradiation ont été construits et les résultats qu'ils donnent sont plus ou moins satisfaisants. Cependant, les succès obtenus ont été d'après A. Adam, les mêmes qu'il s'agisse d'un appareil de laboratoire donnant quinze litres à l'heure ou d'appareils commerciaux donnant deux cents litres.

Quels qu'ils soient, les appareils sont sujets à un certain nombre de critiques auxquelles les progrès de la technique ne peuvent guère obvier. Les lampes ont une durée variable et sont de qualités diverses. Par suite, leur puissance doit être déterminée avant l'emploi et, de plus, pour obtenir un effet constant elles doivent être soumises à un contrôle continu.

L'épaisseur de la couche de lait soumis aux ultraviolets, ne doit pas dépasser un dixième de millimètre et doit être constamment vérifiée ainsi que la vitesse de circulation : une accélération ou un ralentissement imprévu constituent, en effet, la plus importante de toutes les sources d'erreur dans le degré d'activation. Aussi, les recherches ont-elles montré de très grandes différences dans le pouvoir antirachitique du lait traité. D'une façon générale, le lait irradié est encore plus difficile à standardiser que l'ergostérine et on ne saurait arriver aux précisions auxquelles on arrive pour les solutions de vitamine D, si insuffisantes que ces précisions soient encore aujourd'hui.

Les inconvénients présentés par le lait frais relativement à la vitamine D disparaissent en partie, si on fait usage de lait en poudre artificiellement enrichi en ergostérine irradiée. C'est là d'ailleurs une préparation qui n'a pas encore fait l'objet d'études importantes, mais qui est fort recommandée notamment par E. Wieland.

Quant à la vitamine A, elle souffrirait assez peu du traitement par les rayons ultraviolets, mais tendrait cependant, d'après A. Adam, à diminuer. Ainsi serait accentuée la différence existant entre le lait irradié et l'huile de foie de morue qui, à certains égards peut être considérée comme un idéal harmonique que certains inconvénients et notamment son goût peut faire rejeter.

D'après Spolverini, Frontali, Reyher et Hottinger, la vitamine C souffrirait davantage. Certaines préparations du commerce en contiennent peu. D'autres, au contraire, en contiendraient des quantités normales (E. Wieland). En tout cas, l'irradiation dans une atmosphère de CO^2 empêche que la vitamine C soit détruite.

Parmi les autres éléments du lait figurent des corps moins définis, sensibles à l'irradiation ce qui détermine effectivement une coagulation des protéines, retarde les effets du lab, détruit les amylases et les peroxydases et diminue les catalases et les réductases (A. Adam).

Sont-ce là des reproches très différents de ceux qui sont faits soit à la pasteurisation soit à la concentration ou à la dessication du lait ? L'étude de la question ainsi posée, n'est qu'ébauchée et on ne saurait encore y répondre avec précision. En tout cas, on ne doit pas oublier les arguments cliniques très forts des pédiatres qui préconisent les laits secs et condensés pas plus d'ailleurs que ceux des partisans du lait cru, vis-à-vis desquels les partisans de la pasteurisation perdent du terrain au fur et à mesure que des laits plus irréprochables (lait « certifié », lait A des Anglo-Saxons et laits pour nourrissons des Danois) peuvent être mis sur le marché.

Quoi qu'il en soit, on ne signale guère de faits montrant que le lait irradié puisse occasionner des troubles. A. Adam, à peu près seul, mentionne des diarrhées légères et de courte durée, sans y attacher autrement d'importance. Reyher et Walkoff ont signalé des effets toxiques du lait irradié sur les animaux. Mais des recherches bibliographiques étendues ne m'ont pas permis de trouver des cas de calcinose par lait irradié et A.-F. Hess comme K. Scheer et comme Bamberger, auteurs dont l'expérience est longue, n'en ont jamais observé.

VII. Les avantages du lait irradié

Nous avons vu que le lait peut être rendu actif et acquérir par l'irradiation, une activité antirachitique nette. Donnons à ce propos quelques indications d'abord au point de vue thérapeutique. D'après A. Wieland, 10 à 25 c. c. par jour ont fait disparaître le cranio-tabès chez les prématurés. D'une façon générale, des doses de 300 à 500 grammes par jour permettent de guérir d'après A. Adam un rachitisme moyen ou grave en quatre à six semaines. Ces résultats ont été confirmés par Rietschel, Szegö, Prinke, Hannemann, K. Scheer, Bamberger, G. Mouriquand, etc...

Pour la prophylaxie, la dose doit être théoriquement moitié moindre. A.-F. Hess expose cependant que chez les enfants nègres, il lui a fallu des doses atteignant 1.100 centimètres cubes par jour. C'est là d'ailleurs, un test particulièrement sévère. Chez les enfants blancs, les doses nécessaires d'un lait également actif seraient, en effet, beaucoup moindres. On n'a pas à envisager ici comme le fait si justement A. Adam pour la thérapeutique, la dose qui permettra d'obtenir le meilleur résultat dans le minimum de temps en se tenant suffisamment éloigné des doses toxiques. Mais le degré de prophylaxie qu'on

désire atteindre doit être précisé. Dans certaines circonstances, il pourrait, en effet, y avoir avantage à s'écarter plus encore de la dose toxique et à envisager une activation telle ou un mélange de lait irradié et non irradié tel — que la prophylaxie réduise la fréquence du rachitisme simplement de 30, de 40 ou de 60 %. D'ailleurs, dans l'état actuel des choses, on ne peut songer à une organisation avec laquelle des résultats seraient obtenus dans 100 % des cas, sans risquer du même coup des inconvénients graves chez les sujets sensibles. Ainsi la dose de lait activé pourrait être réduite aux deux tiers, à la moitié ou au tiers de la dose théoriquement nécessaire pour obtenir un résultat parfait. L'alimentation de l'enfant se rapprocherait ainsi de l'alimentation normale avec un lait de qualité supérieure.

Par ailleurs, le lait activé obvie à un inconvénient des médicaments qui, quels qu'ils soient, doivent être spécialement administrés à l'enfant et peuvent être oubliés. On n'est donc jamais sûr qu'ils ont été pris d'une façon régulière et conformément aux prescriptions (E. Wieland).

Un fait particulièrement important et déjà noté plus haut, a été mis en évidence par A.-F. Hess et par E. Wieland : dans le milieu lacté, le facteur D est pour une même dose, plus actif que dans les préparations artificielles (chocolat, solution huileuse, etc.). La quantité de vitamine D nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique et prophylactique soit chez l'homme, soit chez l'animal serait avec ces derniers, dix fois plus élevée que lorsqu'il s'agit de vitamine D contenue dans le lait.

Avec les préparations artificielles, on retrouve un excès de vitamines D dans le sang et dans les viscères des animaux d'expérience. Ce n'est pas le cas quand la vitamine D a été prise avec le lait. Ainsi comme l'a dit A.-F. Hess, « l'efficacité clinique n'est pas proportionnelle au taux de la vitamine antirachitique existant dans la circulation. » On peut donc penser que le lait permet une utilisation du facteur antirachitique meilleure que les autres préparations grâce soit à la présence de chaux et de phosphates soit à d'autres causes encore inconnues.

Un des avantages du lait irradié c'est que, comme le veut E. Wieland, il est seul à permettre de réaliser une prophylaxie du rachitisme en grand, c'est-à-dire indépendante du médecin, non seulement par son action spécifique, mais encore parce qu'il apporte un aliment de premier ordre. En cela, le clinicien bernois songe certainement à ce qui se fait avec le sel iodé dans les pays alpins contre le goitre. L'administration de sel iodé, a en effet, réduit la fréquence du goitre et de ses conséquences (arrêt de croissance, crétinisme) dans des proportions considérables sans avoir par ailleurs fait augmenter la fréquence de la maladie de Basedow bien qu'on ait été, comme le remarque Wagner Jauregg, jusqu'à faire des diagnostics erronés en vue de discréditer cette méthode de prophylaxie. Pour E. Wieland, en effet, les arguments par lesquels on combat l'irradiation du lait ne sont pas toujours d'ordre strictement hygiénique. Si à Francfort, malgré les efforts de K. Scheer, le marché du lait irradié se réduit rapidement depuis 1927, la faute en serait pour une part, à ce qui des cercles influents et intéressés à ces questions-là, attribuent au lait irradié des propriétés toxiques.

Le point de vue économique ne peut guère être examiné en détail parce que beaucoup d'éléments d'appréciation manquent. A. Adam ne voudrait pas que le prix du lait irradié dépasse de plus de six centimes, le prix du litre de lait ordinaire. Or, il le dépasse en fait de 36 à 64 centimes. D'autre part, E. Wieland remarque qu'un lait sec irradié revient à 25 francs français les 400 grammes — dose qui suffit au nourrisson pour une semaine. Il semble donc que les préparations actives reviennent assez cher et ne puissent se répandre sans l'intervention de l'Etat.

Conclusions

La seule conclusion ferme qui se dégage de cette revue d'ensemble est que la prophylaxie du rachitisme n'est pas dominée par la seule prophylaxie spécifique. L'amélioration de l'hygiène du nourrisson alimenté artificiellement, de la nourrice ou de la gestante par du « bon lait » constitue un point, au moins aussi important. Ceci dit, il y a lieu de se poser les questions suivantes d'un intérêt capital aussi bien au point de vue de la technique de l'irradiation que de la pratique du médecin et surtout de l'objectif à atteindre.

Première question. — Dans quelle mesure faut-il, en France, chercher à réaliser une prophylaxie spécifique du rachitisme chez les nourrissons et plus spécialement au cours des premiers mois de l'existence.

Deuxième question. — Dans quelles mesures cette prophylaxie peut-elle être faite par prescription médicale d'une préparation de vitamine D chimiquement pure, à des doses assurant une efficacité maxima bien qu'inférieure en principes de moitié aux doses thérapeutiques ?

Troisième question. — Dans quelles mesures cette prophylaxie peut-elle être réalisée en améliorant la qualité du lait aux divers points de vue (absence de bacilles de Koch, de streptocoques, etc.), richesse en graisse, en vitamine A, en vitamine C et plus spécialement en vitamine D ?

Quatrième question. — En ce qui concerne plus spécialement la vitamine D, l'enrichissement devra-t-il être recherché uniquement par amélioration des conditions de la production, c'est-à-dire par une amélioration générale de l'alimentation des troupeaux ou surtout par l'irradiation du lait (en cas de lait sec, par adjonction artificielle de vitamine D cristallisée) et dans quelle proportion ?

BIBLIOGRAPHIE

F. Ender. — Der Unterschied zwischen dem synthetischen und dem natürlich vorkommenden D-Vitamin hinsichtlich physikalischen und chemischen Eigenschaften. *Zeitschrift für Vitaminforschung*, II, 1933.

F. Ender. — Zur Herstellung hochkonzentrierter Präparate des natürlichen D-Vitamins. *Zeitschrift fur Vitaminforschung*, n° 3, juillet 1934.

B. Essig. — Rachitisprophylaxe durch bestrahlte Milch. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 7, 1931.

E. Glanzmann. — Indications et posologie des stérols irradiés. *La Vie Médicale*, n° 4, 25 février 1933.

A.-F. Hess et W.-T. Auderson. — The antirachitic activity of monochromatic and regional ultraviolet radiations. *Journal of the American Medical Association*, 8 octobre 1927.

A.-F. Hess et J.-M. Lewis. — Milk irradiated by the Carbon arc Lamp. A Clinical and Laboratory Study of Rickets. *The Journal of the American Medical Association*, n° 8, vol.99, 20 août 1932.

W. Heubner. — Indications et posologie des stérols irradiés. *La Vie Médicale*, n° 4, 25 février 1933.

F. Holtz, F. Laquer, H. Kreitmeir et Th. Moll. — Ueber die biologische Wertbestimmung von Vitamin D-Präparaten. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 40, 2 octobre 1931.

J. Kloster. — The distribution and frequency of rickets in one of the fishery districts of Finmark and relation of diet to the disorder. *Supplementum Acta Paediatrica*, 1931.

E. Lesné et G. Dreyfus-Sée. — De la sécrétion lactée et du rôle du lait modifié ou pollué après la traite dans le déterminisme de divers états pathologiques. *IIe Congrès international de pathologie comparée*, t. I, mai-novembre 1931.

E. Lesné. — Indications et posologie des stérols irradiés. *La Vie Médicale*, n° 4, 25 février 1933.

Marfan et Doblencourt. — Accidents d'hypercalcémie consécutifs à des applications multipliées de rayons ultraviolets (entérolithes et concrétions calcaires sous-cutanées). *Société de Pédiatrie*, 20 janvier 1931.

P.-E. Morhardt. — Le lait. Quelques travaux récents. *Revue de pathologie comparée*, n° 434, novembre 1932.

P.-E. Morhardt. — Les maladies microbiennes transmissibles par le lait. Travaux récents. *Revue de pathologie comparée*, n° 435, 1932.

Georges Mouriquand, A. Leulier et Mlle Schœn. — Lait irradié et rachitisme. *Le lait*, février-mars 1928.

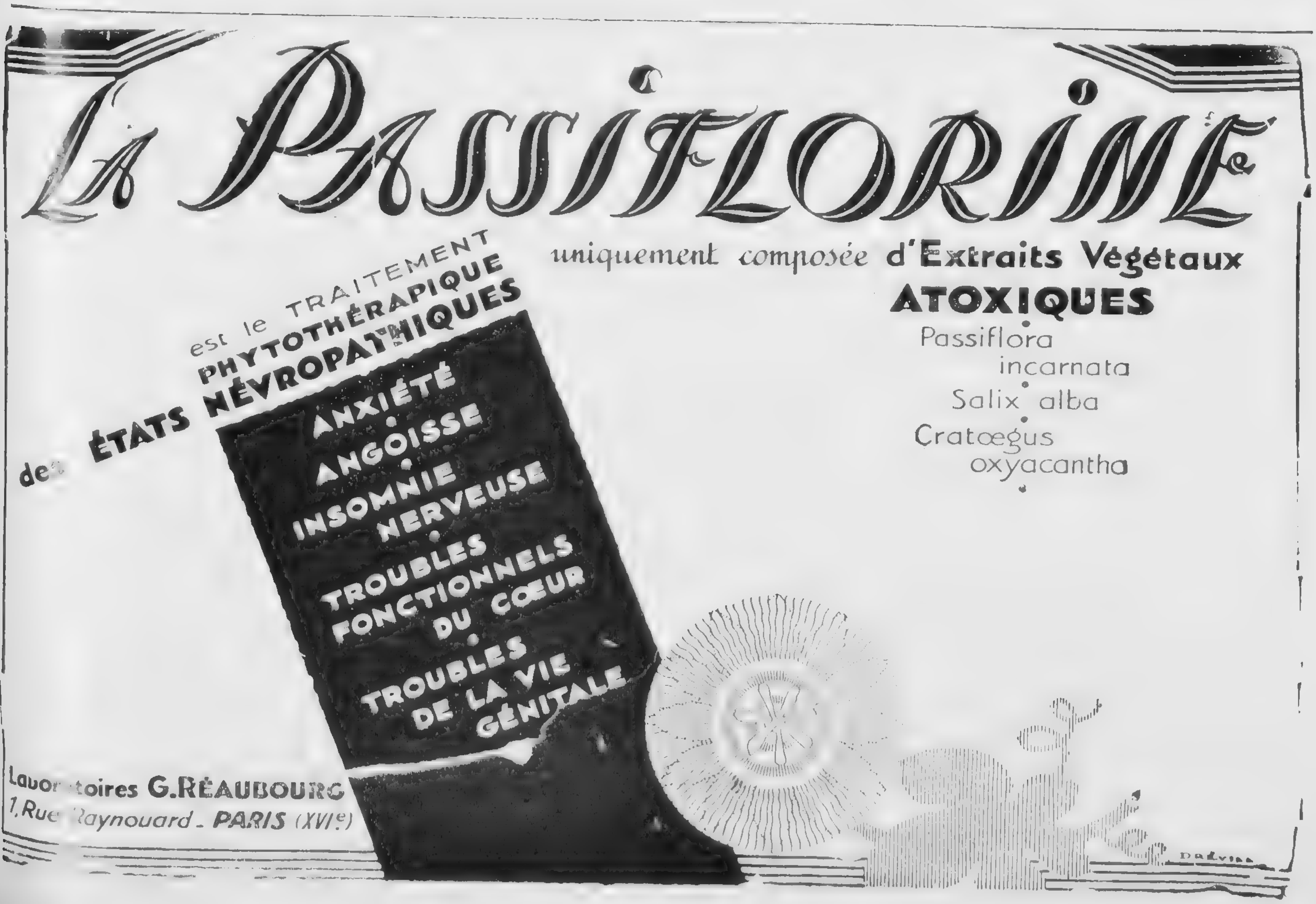
M. von Pfaundler. — Neueres ueber Rachitis. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 74, 22 et 29 avril 1927.

M. von Pfaundler. — Ist die Rachitis eine Avitaminose ? *Wiener klinische Wochenschrift*, I, 1930.

Beyher et Walkhoff. — Action toxique du lait irradié et

276


DIARRHÉES DES NOURRISSONS
Paquets de 0gr25
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
Cachets de 0gr50
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
Cachets de 0gr50
GÉLOTANIN
TANNATE DE GÉLATINE
CHOAY
LABORATOIRE CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
G. RÉAUBOURG
PARIS (XVIe)

(Huile de foie de flétan et Viosterol)

HALIVEROL PARKE-DAVIS

60 fois supérieur à l'huile de foie de morue en vitamine "A" et 250 fois en vitamin "D".
3 gouttes sont l'équivalent d'une cuillerée à café d'huile de foie de morue.

Titré physiologiquement

INDICATIONS :

Dénutrition, rachitisme, carie dentaire, pour augmenter la résistance aux infections, pendant la grossesse et la lactation, etc.

Gouttes au lieu de cuillerées



En flacons de 5 c.c. avec compte-gouttes et de 25 capsules.

PARKE, DAVIS & CO., LONDRES

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

sans odeur et non toxique

LIQUIDE
ET
COMPRIMÉS

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT - DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

d'autres substances irradiées. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 25, 22 juin 1928.

O. Rygh. — La troisième vitamine D. *Zeitschrift für Vitaminforschung*, n° 3, 1934.

K. Scheer. — Die Bedeutung bestrahlter Milch für die Behandlung und Prophylaxe der Rachitis. *Strahlentherapie*, bd. 31, 1929.

K. Scheer et T. Sandels. — Bestrahlte Milch für stillende Mütter zur Rachitisprophylaxe. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 36, 1930.

L. Spolverini. — Alimenti irradiati rachitismo umano. *La Clinica Pediatrica*, janvier 1928.

M. A. Torroella. — Raisons pour lesquelles le rachitisme n'existe pas au Mexique. *Archives de médecine des enfants*, n° 5, mai 1929.

C.-T. Williams. — The infrequency of severe rickets in New-Orléans and vicinity. *American Journal of Disease of Children*, février 1928.

A. Windaus et A. Lüttringhaus. — Ueber das bestrahlte Ergosterin. *Deutsche medizinishe Wochenschrift*, n° 43, 21 octobre 1932.

VARIÉTÉS

Une critique médicale de l'*EMILE*

Tandis que le Parlement de Paris, le Petit Conseil de Genève condamnaient l'*Emile* à être lacéré et brûlé par l'Exécuteur de la Haute-Justice, le public faisait au livre de Rousseau un accueil chaleureux que partagèrent les médecins.

Et même ceux qui, comme Tronchin (1), Tissot, Balexserd, Desessartz avaient fourni au philosophe de Genève une documentation dont il ne bénéficia peut être qu'inconsciemment, approuvèrent, en se félicitant qu'un « écrivain aussi éloquent eût entrepris de défendre leurs idées (2).

Ces idées, les médecins ne furent pas les derniers à les mettre en pratique pour leurs propres enfants. Et c'est ainsi que Bichat, quelques jours après sa naissance — en novembre ! fut baigné dans un bassin qu'alimentait le torrent voisin, par un père que ses études faites sous M. Gouan, avaient converti aux idées de Jean-Jacques, ami du médecin montpelliérain.

Après la mort de Rousseau, une réaction commence à se dessiner chez les médecins contre la doctrine jusqu'alors incontestée.

Un médecin de Clermont-en-Beauvaisis, de Fourcroy, dans son petit-livre, *Les Enfants élevés dans l'ordre de la nature*, paru en 1780, ne craint pas d'écrire que le citoyen de Genève n'a parlé qu'en « philosophe *garçon* ». Et Desessartz, dans la nouvelle édition de son livre (1799), tout en rappelant avec quelque mélancolie qu'il n'a point été cité, souligne quelques-unes des exagérations du *Livre de l'Education*.

Mais la mode n'en restait pas moins à l'éducation spartiate que Joseph Chénier, Bourquier, Le Peletier Saint-Fargeau, introduisaient dans leur plan d'éducation. Et c'est seulement sous le Consulat qu'un jeune osera apporter aux idées de Rousseau le correctif d'une opinion éclairée, comme on disait alors, par les choses de la médecine.

Lorsque J.-L. Moreau (de la Sarthe) publie, en 1800, ses *Réflexions philosophiques et médicales sur l'Emile*, il n'a que vingt-neuf ans ; sous-bibliothécaire à l'Ecole de santé, il ne s'est point encore fait recevoir docteur mais il est professeur d'hygiène au Lycée.

Comme tous les hommes de sa génération, il a plus ou moins reçu l'éducation prônée dans l'*Emile* ; médecin, il a pu en discerner les exagérations et trouve utile d'en faire part à ses auditeurs du Lycée. Sa communication parut dans la *Décade philosophique* du 20 prairial an VIII.

La voici *in extenso* :

D'un nombre donné d'enfans nés à la même époque, de celui de deux mille, par exemple les deux cinquièmes périssent avant d'avoir la quatrième année ; et nous savions par ce résultat de l'arithmétique morale, que dans la carrière de la vie, les premiers pas sont moins assurés que ceux qui tendent à nous rapprocher de son terme.

Déterminer jusqu'à quel point les dangers qui assiègent ainsi notre berceau, dépendent du mode d'organisation propre à l'enfance, et sont susceptibles d'être diminués par le perfectionnement ultérieur de l'éducation physique, est un problème de médecine et de philosophie, dont l'état présent des connaissances ne permet peut-être pas de pouvoir encore obtenir la solution.

Mais quelle que soit la possibilité de traiter aujourd'hui ces grandes questions, que le siècle présent doit proposer à la postérité, on peut assurer que les recherches et observations relatives à la conservation des enfans, ne sauraient trop se multiplier, et qu'elles doivent toujours au moins par leur sujet et par l'intention philanthropique de celui qui s'en occupe, inspirer l'intérêt et fixer l'attention. Ce degré d'importance de l'éducation physique m'a engagé à publier les réflexions suivantes sur plusieurs endroits de l'*Emile*, avec lesquels et par lesquels j'ai vu circuler des erreurs, d'autant plus dangereuses, que la magie du style les fait triompher et étend jusqu'à l'esprit la séduction de l'âme et du cœur.

Les questions d'éducation physique sur lesquelles les opinions de Rousseau ont eu les plus funestes résultats, ces questions, objets successifs de ces réflexions philosophiques et médicales, sont principalement relatives : 1° à la nécessité de l'allaitement maternel ; 2° à l'usage des bains froids ; 3° au régime de la nourrice et à celui de l'enfant ; 4° au mode d'habillement pendant les premières années de la vie ; 5° à l'inoculation.

Nécessité de l'allaitement maternel.

En traitant ce sujet important, Jean-Jacques indigné de la négligence coupable de ses contemporains, que son éloquence força à remplir des devoirs trop long-tems oubliés et méconnus, a produit une révolution morale bien marquée ; et grâce à la puissance de son style, les femmes ramenées à la Nature dont elles étaient si loin, daignent allaiter leurs enfans et exercent d'une manière complète tous les emplois de la maternité.

Mais en prouvant la nécessité de l'allaitement maternel, en recommandant un devoir impérieux et sacré, Rousseau s'est-il circonscrit dans les limites du possible et de la vérité, a-t-il vu tous les aspects, tous les rapports de son sujets ?

Cette sollicitude maternelle qui ne peut être suppléée, les résultats malheureux de la négligence d'une nourrice mercenaire, enfin, l'effet général de l'allaitement maternel sur les mœurs d'une nation, et son influence particulière sur la santé, et sur le bonheur des familles, tels sont les différents points que J.-J. a traités avec l'éloquence impérieusement persuasive qui donne à son style une physionomie si remarquable.

Mais en même temps que d'observations importantes ont été oubliées ! Le côté moral est offert sous tous les points de vue, le côté physique est à peine indiqué, et lorsqu'il faut décider, si dans toutes les circonstances de la vie, il est égal

(1) Si, après la publication de l'*Emile*, Tronchin proteste (Correspondance générale de J.-J. Rousseau, éd. Dufour, t. 7, p. 294), c'est parce qu'il a trouvé « dans le troisième volume de l'éducation un code complet de déisme ».

(2) Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les sources médicales de l'*Emile*. Ceux qui les ont étudiées (Bartissal, Variot) ont surtout cité Desessartz. Mais il convient aussi de faire leur part à Tronchin, qui, ami et confident de Rousseau avant 1762, prêchait déjà le retour à la vie saine et la bienfaisance des exercices corporels ; à Tissot, dont la première édition (1761) de l'*Avis au peuple*... contient déjà, sur l'éducation physique des enfants, un chapitre où sont dénoncés tous les préjugés alors en cours ; à Buffon qui avait démontré « que le nourrissage maternel est précieux pour la conservation des enfants » ; à Balexserd, citoyen genevois, dont la dissertation sur l'*Education physique des enfans* avait été couronnée par la Société hollandaise des sciences, le 21 mai 1762.

En ce qui concerne Desessartz, d'Espine (J.-J. Rousseau et Desessartz, *Bul. Acad. de Médecine*, 1908, p. 605-612), en soulignant les différences qui existent entre le texte du médecin et du philosophe, en soulignant l'invraisemblance de l'anecdote d'après laquelle Piron aurait prêté le livre de Desessartz à Rousseau, a montré que le *Traité de l'Education corporelle* ne fut peut-être pas une « source » de Rousseau autant qu'on veut bien le dire habituellement.

pour l'enfant d'être allaité par la mère ou par une autre nourrice, J.-J. tranchant le nœud de la difficulté ne résout pas le problème, affirme qu'il n'existe pas d'obstacles à l'allaitement maternel, et *que l'enfant ne peut avoir de nouveau mal à craindre du sang dont il est formé.*

A lui sans doute l'allaitement est un devoir et même un besoin pour la femme devenue mère ; mais quelle est la loi, quelle est la règle générale sans exception, et doit-on d'une manière exclusive et rigoureuse, commander l'allaitement à des mères auxquelles plusieurs dispositions maladives ne permettent d'exercer cette fonction qu'aux dépens de l'être infortuné, qui originairement affaibli ne se rétablira et ne deviendra capable de parcourir d'un pas égal et ferme la carrière de la vie, que par l'allaitement réparateur d'une nourrice saine et vigoureuse ! Que d'autres circonstances dans lesquelles l'allaitement maternel devient impossible ! Des déformations du sein, un mode de sensibilité locale sur laquelle la tendresse maternelle demeure impuissante (1), des altérations générales et profondes, des maladies contagieuses, trop souvent même des causes morales, sont des obstacles réels et invincibles à l'allaitement maternel. Souvent cet allaitement plus utile à la mère qu'à l'enfant, prolonge sur ce dernier l'influence malheureuse de l'être affaibli et dégradé qui lui donna le jour. Dans d'autres cas, les fureurs, la colère, plusieurs affections pénibles ou exaltées, sont pour les femmes sujettes à les éprouver sans pouvoir les vaincre, un obstacle au bonheur de nourrir leur enfant ; alors, non seulement la contagion la plus active peut transmettre au nourrisson les passions et le caractère de sa nourrice ; mais en même temps les effets du moral sur le physique altèrent la santé de la mère, et en troublant l'élaboration de son lait, deviennent pour l'enfant une cause de dépérissement et d'altération.

Il est donc évident que dans ses considérations sur la nécessité de l'allaitement maternel, J.-J. a été au-delà du vrai, et que les données d'hygiène que je viens d'offrir doivent engager plusieurs mères à repousser l'erreur qu'une dangereuse éloquence a fait triompher.

Des données du même ordre ne sont pas moins utiles dans l'examen de la question sur les bains froids, question que Jean-Jacques a traitée comme la précédente, en confondant l'abus et l'usage, et en allant au-delà de la vérité.

Ce philosophe qui, toujours passionné, écrivait autant pour émouvoir que pour instruire, se plaisait aux contrastes ; et certain de l'effet qu'il devait produire, a opposé avec force la mère négligente qui livre son enfant au sein de l'étrangère et la mère qui prévoyante à l'excès, éloigne du *sien toutes les atteintes pénibles et prolonge la faiblesse du premier âge sous les fatigues de l'homme fait.*

Dans cette opposition, que je me borne à rappeler, l'écrivain éloquent et le philosophe se sont montrés ; mais les corollaires que Rousseau déduit, cette Déesse qui plonge son fils dans des ondes glacées, offerte comme modèle, le conseil des bains froids, enfin tous ces moyens de faire prédominer l'action des muscles, en sacrifiant à la force tous les avantages d'une sensibilité exquise, ne m'offrent plus, malgré l'autorité de Locke, que des paradoxes qu'il faut signaler et combattre.

Qu'est-ce qu'un bain froid ? c'est un moyen de produire sur tous les points de la peau, une constriction, un resserrement général, qui par voie de sympathie et de connexion, agit ensuite sur tous les autres organes, et ne peut avoir d'utilité que dans certaines circonstances de maladie. Des développements vont prouver que de tous les âges, l'enfance est celui où les bains froids sont le moins indiqués, sur-tout lorsque la santé n'est point dérangée.

A l'époque du premier âge, quelques instans après la conception, l'homme n'est qu'un point mucilagineux, pénétré dans toutes ses parties d'un principe d'action, dont les efforts vivifians tendent puissamment du centre à la circonférence ; l'ébauche se perfectionne et se développe, l'homme voit le jour, respire et vit alors d'une vie plus indépendante et moins limitée ; mais l'effort du principe vital conserve sa direction primitive, et s'il se fait d'une manière naturelle et convenable, tout ce qui peut en gêner le développement doit être repoussé comme dangereux et funeste. Galien, philosophe à la manière de Platon, mais médecin comme Hippocrate, avait bien observé cet épanouissement de toutes les parties, cet élan vital qui caractérise l'enfance ; et regardant les bains froids comme une des causes qui s'oppose le plus fortement à la direction de l'intérieur vers l'extérieur, n'en permettait l'usage qu'au milieu de la quatrième septénaire, environ vers la 24e année, lorsque l'accroissement de toutes les parties est achevé.

Des dispositions maladives, une faiblesse d'organisation plus commune chez les Modernes que chez les Anciens, et déterminée par des causes dont l'exposition appartient à l'histoire physique de l'espèce humaine ne permettent pas d'admettre rigoureusement et sans exception la manière de voir de Galien, mais malgré ces changemens, la pratique conseillée par Rousseau d'une manière générale, cette pratique à laquelle les résultats de l'étude physiologique de l'homme plus répandue, doivent arracher de nombreuses victimes, ne convient pas dans l'état de santé, et n'est indiquée que dans certaines circonstances de maladie et d'altération.

D'autres preuves doivent s'ajouter aux vérités que je viens d'offrir : non seulement les bains froids agissent suivant une direction opposée à celle du mode de vitalité propre à l'enfance et doivent être proscrits sous ce rapport ; mais encore leur effet local pervertit les fonctions de la peau, et peut s'opposer à des excrétions impérieusement nécessaires. Grimaud, dont les idées médicales et philosophiques ne sont pas assez connues, a bien indiqué cet inconvénient des bains froids, et ajouté aux preuves rassemblées par Plutarque contre Ant Musa et Agathines, qui long-tems avant notre Locke et Rousseau, avaient introduit l'usage des bains glacés. Weiz, observateur profond et attentif s'était convaincu que cet usage devenu habituel rendait l'éruption de la petite vérole plus difficile. Underwood et Audry ont observé une maladie nouvelle des enfans, caractérisée par un mode particulier d'altération dans les organes digestifs et dépendant d'un désordre primitivement occasionné à la peau et par des bains froids.

Si ces faits, si les inductions que j'ai tirées du mode de vitalité présenté pendant la durée du premier âge, ne suffisaient pas, que d'autres preuves ne pourrais-je pas ajouter ! Je me bornerai à l'observation suivante, offerte et comme moyen irrésistible de conviction, et comme un des principaux motifs qui m'ont engagé à publier ces réflexions.

Lors du triomphe le plus général des principes d'éducation physique présentés dans l'*Emile*, un homme de lettres distingué qui les adopta sans restriction, perdit ses enfants à la suite de l'usage des bains froids, et son épouse par l'effet de plusieurs allaitemens auxquels sa constitution frêle et délicate devait s'opposer.

Le père infortuné vit encore aujourd'hui, et détrompé par la plus cruelle expérience, il me dit souvent avec l'expression d'une douleur que le tems n'a point allégée : si par la science, objet constant de vos méditations, vous cherchez à exercer une grande influence sur le bonheur de la Société, osez attaquer avec courage les paradoxes funestes de Rousseau, et aux prestiges de l'éloquence qui les fit triompher, opposez les larmes amères et le deuil des infortunés qu'ils ont séduits.

(1) L'excrétion du lait ne dépend pas d'une simple succion, comme on le pense vulgairement. Ce phénomène est directement sous l'empire de la sensibilité. Plusieurs faits en donnent la preuve : en voici quelques-uns. En général les femmes très froides sont de mauvaises nourrices, et le sens qui fut un organe de plaisir avant l'allaitement est ordinairement plus fécond et donne un lait mieux élaboré. Les vaches ne se laissent point traire par une main maladroite et leur lait coule abondamment sous les doigts qui savent exciter abondamment leurs mamelles. Souvent, malgré l'égalité de tendresse maternelle, une mère qui nourrit deux jumeaux, ou une nourrice qui a deux nourrissons, est exposée à nourrir abondamment celui dont les lèvres peuvent tétiller convenablement son sein, et à n'offrir qu'une mamelle stérile à celui dont la bouche moins heureuse ne détermine point l'excitement, l'orgasme nécessaire pour l'excrétion du lait. Un phénomène analogue se présente souvent aux bergers des Pyrénées et les vaches cessent de leur donner leur lait, lorsque des serpens qui l'aiment et s'en nourrissent, les ont traités et habitués à un excitement assez agréable pour la rendre insensible à celui que veut occasionner le pâtre désolé. Voyez Bordeu, Traité des glandes.

Du régime de la nourrice et de celui de l'enfant.

Je continue la lecture de l'*Emile* : — deux objets d'un grand intérêt le choix de la nourrice, son régime, celui de l'enfant se présentent.

Dans l'examen de ce double objet, les erreurs de Rousseau sont rachetées par l'exposition de plusieurs vérités.

Ainsi l'utilité du colostrum ou nouveau lait regardé comme un liquide vénéneux par les Anciens, l'âge de la nourrice, sa santé physique et morale, sont des points d'éducation physique sur lesquels J.-J. a propagé des connaissances très importantes.

Nous ajouterons, pour en confirmer quelques-unes, que plusieurs expériences faites sur différens animaux domestiques, ont prouvé au CC. Parmentier et Deyeux que la brusque transition d'une nourriture quelconque à une nourriture opposée diminue d'abord la quantité et la qualité du lait ; et que dans cette circonstance comme dans plusieurs autres, tous les passages et même celui du mal au mieux, doivent être gradués, si l'on veut en obtenir des effets salutaires.

Les vues de Rousseau sur le régime des mères pendant l'allaitement doivent donc être adoptées et sont des conséquences directes de l'expérience et de l'observation.

Mais en affirmant ensuite que l'enfant exclusivement nourri des substances végétales ne sera jamais sujet aux vers, que le lait est une substance végétale, et que dans toutes les circonstances, les alimens végétaux sont préférables aux alimens fournis par les substances animales, parce que ces dernières, fourmillent de vers lorsqu'elles sont dans un état de putréfaction, J.-J. se rend évidemment coupable d'erreurs que quelques données d'Histoire Naturelle et de Médecine l'eussent empêché de commettre. Sans m'arrêter à les combattre avec détail, je ferai seulement remarquer, que si le régime végétal convient pendant le premier âge, c'est parce que la nutrition se trouvant alors la plus active des fonctions, elle doit être exercée par de grandes résistances. J'ajouterai que les vers dont fourmillent les substances animales en putréfaction, sont des productions exotiques pour le canal intestinal de l'enfant, où elle ne peuvent se développer, et que les dispositions vermineuses ne dépendent point des alimens, mais de l'organe trop faible, trop peu vivant pour troubler le développement des hôtes dangereux dont il est exclusivement la partie et la victime.

Je dirai encore et pour les mères auxquelles un excès de confiance dans Rousseau serait préjudiciable, que dans plusieurs circonstances de maladie, il faut nécessairement renoncer aux alimens végétaux et qu'il résulte de l'expérience de plusieurs de mes collègues et de la mienne, que dans certaines fièvres intermittentes irrégulières des enfans, dans plusieurs affections vermineuses et autres maladies dépendantes d'une vitalité trop faiblement développée dans l'organe digestif, on ne parvient souvent à une parfaite guérison qu'au moyen d'un régime animal rendu tonique et stimulant par l'addition de quelques aromates.

Mode d'habillement convenable pendant la première période de la vie.

En traitant cette question d'éducation physique, J.-J. présente dans l'examen de la précédente, une association de vérités et d'erreurs.

Toute la partie de son ouvrage relative aux inconvénients du maillot et à la nécessité de ne plus enchaîner l'homme à l'époque de la vie où la liberté de ses membres est une des conditions principales de l'accroissement, provoque tous les témoignages de gratitude et de vénération.

C'est principalement dans cet endroit de l'*Emile*, qu'oubliant les dangers de l'éloquence de Rousseau, lorsqu'elle n'est employée qu'à soutenir des paradoxes, on le voit avec une douce satisfaction faire renoncer enfin à un usage barbare, que la voix sévère des médecins, les reproches philosophiques de Locke et l'éloquence mâle de Buffon attaquèrent en vain.

Dans les considérations qui sont ensuite exposées et qui ont pour objet le mode d'habillement convenable aux enfans dont l'existence est plus développée, Jean-Jacques, revient à son idée dominante, au désir de tremper le physique de l'homme par les habitudes les plus âpres, les plus opposées, les plus capables de le familiariser avec toutes les courses possibles de lésion.

Il veut en conséquence qu'Emile soit uniformément vêtu, pendant toutes les saisons, et reproche à Locke d'avoir dit, que les enfans couverts de sueur ne doivent pas prendre des boissons trop froides, ni reposer sur un sol pénétré d'humidité.

Est-il possible de pousser plus loin le paradoxe et l'esprit de système ! Mais tous les moyens de l'éloquence sont vainement employés pour soutenir l'erreur, et la nature outragée répond à des sophismes par des faits, par des maux irréparables, leçons cruelles et trop tardives de l'expérience et du malheur.

Une chaleur excessive énerve à la vérité et altère le corps par un excitement non circonscrit dans de justes limites. Mais le calorique convenablement distribué est un des grands moyens de la vie, et l'homme ne peut impunément s'exposer à une déperdition trop brusque et trop considérable de ce principe d'action. Sydenham, Pringle, et tous les médecins qui ont cherché à lier l'histoire des maladies avec celle des dispositions variées de l'atmosphère, ont évidemment prouvé par leurs observations qu'une manière de se vêtir, non correspondante à la rigueur de la saison, était une des causes les plus actives de maladies. Cette vérité importante n'est point assez généralement connue. Il faudrait la vulgariser, la présenter sur-tout à nos Athéniennes modernes, comme motif puissant pour renoncer enfin à ces costumes incomplets et révélateurs, qui en cessant de confier leur triomphe au pouvoir d'une imagination active et voyageuse, mettent à peine entre leurs charmes, nos regards et le froid, quelques vêtements légers et presque diaphanes. Tous ces résultats d'expérience, sont directement applicables à l'éducation physique : et quoique, pendant les premières années de l'existence, les pulsations artérielles plus fréquentes et la nutrition plus active déterminent un grand dégagement de calorique et rendent moins sensible au froid, il faut néanmoins varier le mode d'habillement des enfans dans les différentes saisons.

Ces conseils dont il est facile d'apercevoir la justesse et l'utilité, se trouvent entièrement d'accord avec les inspirations protectrices de l'instinct maternel. Ils conviennent à toutes les femmes devenues mères ; et celles qui, par excès de confiance dans les opinions de Rousseau, offriraient une eau glacée ou un coucher humide à leur fils mouillé de sueur et excédé de fatigues, nous paraissent dignes de l'antique et barbare Lacédémone et doivent fuir un monde policé et où les progrès de la civilisation, loin d'altérer le type primitif de l'homme le perfectionnent et n'étouffent point la voix de la Nature outragée ou méconnue par ceux qui érigent en vertus, les mœurs farouches et l'insensibilité.

Inoculation.

Dans l'examen des avantages et des inconvéniens de l'inoculation, J.-J. pressé entre la vérité et le besoin de ne pas s'écarter dans le sentiment qu'il va adopter, de ses opinions sur l'état primitif et naturel de l'homme, balance longtems, est en contradiction avec lui-même, et prononce enfin contre la philosophie et contre la vérité.

L'inoculation, écrit-il, *est bonne en soi, mais si Emile prend la petite vérole naturellement, on l'aura préservé du Médecin, c'est un grand avantage ; et d'ailleurs, l'homme de la Nature* est toujours préparé ; *laissons-le inoculer par le maître, il choisira mieux le moment que nous.*

Quel sophisme ! est-ce là le langage d'un écrivain et d'un philosophe du XVIIIe siècle, et raisonne-t-il autrement ce stupide Musulman qui plongé par le dogme du fatalisme dans une dangereuse sécurité, se refuse à tous moyens préservatifs contre la peste et perpétue son erreur, ainsi que le fléau dont il est périodiquement la victime.

Cette nature invoquée par Rousseau, elle règne au milieu des savanes du nouveau continent, dans ces lieux encore bruts

et sauvages, où les marais non desséchés, et les eaux croupissantes et mal-saines annoncent l'éloignement de l'homme et appellent pour s'embellir le pouvoir de la civilisation.

La Nature au contraire est soumise, vaincue, perfectionnée dans toutes les parties du monde, où puissant par le pouvoir des Arts, l'homme jouit de la vie avec plénitude et sérénité.

La Nature enfin est aveugle comme la Fortune, et choisissant presque toujours pour l'invasion des maladies les circonstances les plus défavorables, elle moissonne des victimes que l'inoculation eût sauvées, comme elle dirige sur nos toits qu'elle embrase la foudre que le Physicien maîtrise et conduit à son gré.

Telles sont les observations et les faits que j'ai cru devoir opposer aux erreurs que Rousseau a commises, en traitant plusieurs points d'éducation physique. En signalant ces erreurs, je fais un appel, pour les attaquer avec plus d'avantage, aux Gens-de-Lettres Philosophes, et à tous les amis de l'humanité.

En l'an XIII, Moreau de la Sarthe réunit ses diverses publications sous le titre : *Mélanges de littérature et de philosophie médicales*. L'article sur l'*Emile* n'y figure pas, sans qu'on puisse en deviner la raison d'ailleurs. Et cette exclusion nous a paru suffisante pour exhumer ces pages ignorées.

M. G.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

La méconnaissance du syndrome fausse anémie par hydremie entraîne des erreurs de diagnostic et de thérapeutique. En voici un cas curieux et même amusant.

Un jeune garçon de 12 ans, adénopathique et anémique a un chiffre de 2.500.000 globules rouges en octobre 1934 ; il pèse 51 kg. 800 le 9 novembre.

Le 12 novembre une nouvelle numération globulaire donne le chiffre de 4.433.000 globules.

Le 15 novembre le poids est passé à 54 kg. 200 ; voilà une reprise de 2 kg. 400 en six jours chez un enfant de 12 ans.

Une erreur de numération, une erreur de pesée, cela fait vraiment bien des erreurs successives. Les auteurs sont trop astucieux pour s'y laisser prendre et ils pensent à une rétention chlorurée chez un rénal, diagnostic qui est bientôt confirmé.

(H. Bon et E. Bernard. Une cause d'erreur de diagnostic. Fausse anémie par rétention chlorurée. *Revue médicale de Franche-Comté*, avril 1935.)

Pathologie générale

Le paludisme constitue un des éléments d'appréciation de la civilisation d'un pays.

Dans les pays à civilisation primitive, comme les Indes anglaises, comme beaucoup de régions d'Extrême-Orient, le paludisme est un des fléaux principaux, avec le choléra, la peste, le typhus exanthématique. Dans l'Hindoustan, qui comporte 300 millions d'habitants, il y a 60 millions de paludéens et il meurt un million de paludéens par an. L'île de Ceylan, les Balkans sont très atteints. Dans nos régions la Camargue et la Corse sont assez touchées. Par contre le paludisme a régressé au point de disparaître dans le Forez, les Dombes, le Marais vendéen, la Sologne, etc.

Cependant il reste des réservoirs de virus autochtones : importation massive par les démobilisés de l'armée d'Orient, coloniaux rapatriés ; mais les paludéens, revenus sur notre sol, finissent par guérir, avec ou sans traitement ; cela s'explique par l'influence d'un climat moins débilitant, la meilleure hygiène générale, l'alimentation abondante et rationnelle, l'absence de réinfection.

Les anophèles sont nombreux en France ; il y aurait autant de larves à Meudon et à Saint-Cloud que dans les localités les plus fiévreuses de Macédoine ; c'est l'anophélisme sans paludisme, notion aujourd'hui classique.

Parmi les causes de régression du paludisme il faut mettre en évidence le rôle des animaux ; le gros bétail draine les anophèles, qui deviennent zoophiles ou zootropes. L'amélioration des conditions de vie a été d'une importance capitale ; le comblement des étangs, le développement des moyens de communication, l'utilisation des engrais, le perfectionnement de l'outillage agricole ont permis aux paysans de se nourrir de façon plus substantielle et d'acheter de la quinine. L'assèchement des étangs et des marais a un rôle indirect incontestable en rendant à l'exploitation agricole des terrains inutilisables, en augmentant le nombre des têtes de bétail.

On peut assister à des réveils violents du paludisme ; en 1920 les récoltes furent déficitaires en Algérie ; il y eut une grave épidémie de typhus pendant l'hiver 1920-1921 et une recrudescence anormale de paludisme durant l'été 1921 ; les privations et les fatigues ont une influence très nette, comme on a pu le constater pour le corps expéditionnaire de Salonique en 1916.

Il ne faut cependant pas tout attendre du progrès économique ; on peut accélérer la disparition du paludisme en stérilisant les réservoirs de virus ; la lutte contre les anophèles constituerait une entreprise d'une telle envergure qu'elle peut être considérée comme utopique. La conclusion pratique c'est que tout individu suspect de paludisme doit être soumis à l'examen du sang et quininisé de façon convenable si c'est nécessaire.

(A. Rochaix. La régression et l'extinction spontanées de l'endémie palustre en France. A propos d'une enquête dans la plaine du Forez. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juin 1935.)

Neurologie

L'aptitude héréditaire ou familiale aux localisations cérébrales est classique ; les auteurs ont eu l'occasion d'observer à l'Asile de Maugeat des cas de paralysie générale familiale.

1° Paralysie générale chez deux sœurs, qui meurent de cachexie à 40 et 49 ans ; psychose de la ménopause chez une troisième, dont la fille est atteinte de myxœdème avec arriération intellectuelle.

2° Paralysie générale juvénile chez deux sœurs décédées à 17 et 19 ans. Voici les antécédents héréditaires : Père mort tuberculeux à 37 ans. Mère atteinte de keratite syphilitique. Du côté paternel une sœur est choréique, une autre s'est suicidée, une cousine germaine est idiote. Du côté maternel deux cousins germains sont internés pour de la paralysie générale.

Il est nécessaire d'attirer l'attention sur la gravité clinique et évolutive des paralysies générales se produisant chez des sujets porteurs de tares cérébrales héréditaires.

(A. Calmettes, E. Bauer et Vallade. Aptitudes familiales aux localisations morbides : paralysie générale et paralysie juvénile familiales. *Gazette médicale limousine*, avril 1935.)

Pathologie coloniale

A propos d'une observation d'hépatite amibienne concernant un tirailleur algérien de 25 ans, l'auteur insiste sur deux points particuliers :

1° Le diagnostic de l'hépatite amibienne suppurée est élémentaire ; il suffit d'y penser, mais il faut y penser même en France. On ne doit pas considérer comme nécessaire l'existence d'accidents dysentériques ; ceux-ci sont plus rares qu'on ne le croit chez les porteurs d'hépatite suppurée. L'existence de troubles intestinaux chroniques, le seul séjour même en pays d'endémie suffisent à justifier le soupçon d'amibiase ; deux signes viennent renforcer cette présomption : la fièvre parfois peu élevée et l'atteinte de l'état général ; à ces signes s'ajoute la douleur hépatique localisée, qui précise le foyer de suppuration indiqué par la leucocytose sanguine.

2° Au point de vue thérapeutique le traitement doit être médico-chirurgical.

(Melnotte. Hépatite amibienne traitée médicalement. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1935.)

La vaccination contre le typhus exanthématique est possible en utilisant un vaccin fait d'un virus de typhus murin isolé des rats de Casablanca, virus modifié par adjonction de bile, mais vivant.

Trois séries de vaccination contre le typhus ont porté sur 2.180 indigènes marocains (1.149 hommes, 584 femmes, 447 enfants). Dans aucun cas on n'a eu à enregistrer de réaction vaccinale de type inquiétant.

Les épreuves d'immunité faites sur les vaccinés de l'Adir, ainsi que l'arrêt de la marche epidemique de l'infection, tant à Fersiou qu'à Lordj, donnent à espérer que la vaccination contre le typhus exanthématique par virus vivant bilié est efficace.

La constance du faible pouvoir pathogène du virus murin permet d'affirmer que cette vaccination ne présente aucun danger.

(G. Blanc et M. Gaud. La vaccination contre le typhus exanthématique au Maroc. *Maroc Médical*, 15 mai 1935.)

Pathologie chirurgicale

Les ostéomes purs des côtes sont des tumeurs osseuses tout à fait exceptionnelles ; aussi signalerons-nous l'observation suivante, intéressante par sa rareté et aussi par quelques particularités.

Mme R..., 49 ans, ménagère, sans passé morbide, se présente à nous pour une tumeur thoracique ayant débuté il y a quatre ans, au moment de sa ménopause. Quelques mois avant, étant accroupie sous une fenêtre, elle s'était, en se relevant, violemment heurté le côté contre l'espagnolette de la fenêtre. Elle en ressentit pendant plusieurs jours une vive douleur sans noter cependant d'ecchymose. Peu après, en palpant son flanc droit, elle y découvrait une légère voussure. Inquiète elle fit faire une radiographie....

M. Jagues en donna alors la description suivante : « Présence au niveau de la partie moyenne de la neuvième côte et paraissant faire corps avec elle d'une masse sombre ovalaire à contours un peu irréguliers, ayant l'aspect et la densité de l'os. »

La tumeur grossit régulièrement jusqu'à atteindre le volume actuel :

On voit à l'examen du thorax, sur la ligne axillaire, une saillie régulière du volume d'un poing. A la palpation, cette saillie est lisse, régulière d'une dureté de marbre, fixée dans la profondeur au squelette thoracique

La radiographie, pratiquée par le Professeur Réchou, montre « un ostéome intéressant la neuvième côte seule et ne pénétrant pas dans le thorax »....

Opération (8 novembre). Sous anesthésie générale on découvre la tumeur et on résèque sur 8 centimètres la neuvième côte....

La tumeur enlevée a le volume d'une grosse boule de billard, elle est lisse, recouverte d'une très mince couche cartilagineuse.....

(Jeanneney et Chabé. Ostéome costal. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 28 février 1935.)

Le pied ballant paralytique entraîne une marche disgracieuse et fatigante.

Dès qu'il quitte le sol le membre malade se trouve allongé de toute la longueur de ce pied tombant : le sujet doit fléchir le genou d'une façon anormale, porter le membre en rotation externe et abduction.

Quand le pied retombe inerte sur le sol, il bascule et s'enroule sur l'un de ses bords, fournissant un point d'appui insuffisant et instable, qui devient le siège de durillons douloureux et de bourses séreuses enflammées.

Dans l'état actuel de la technique chirurgicale orthopédique l'impotence est considérablement améliorée par la combinaison des deux temps opératoires suivants :

1° La double arthrodèse sous-astragalienne et médiotarsienne : elle bloque les articulations de torsion, siège des déviations en varus ou valgus.

2° L'arthrorise postérieure : elle conserve à l'articulation tibio-tarsienne, et dans la limite de ses seuls mouvements utiles, une mobilité qui est indispensable à la marche.

(Mutel. Le traitement actuel du pied ballant paralytique. *Revue Médicale de l'Est*, 15 mai 1935.)

Gynécologie

Le syndrome entéro génital chez la femme en dehors de la grossesse donne à André Guillemin l'occasion d'écrire les lignes suivantes, qui révèlent un sens clinique particulièrement affiné.

L'existence d'un écoulement leucorrhéique chez une nullipare ou chez une femme, qui a eu des enfants ou fait une fausse-couche, éveille, presque d'une façon réflexe, l'idée d'une infection due, pour celle-ci à l'accouchement ou à l'avortement, pour celle-là à une contamination conjugale ou autre dont l'agent serait le gonocoque.

Sur quoi se base-t-on pour étayer ce diagnostic ? A vrai dire sur sa seule impression, sur la fréquence de ces cas ; d'examen bactériologique, point.

C'est cependant mettre gravement en jeu la responsabilité de l'accoucheur ou de la sage-femme, ou porter une accusation non moins grave sur un mari ou sur la conduite d'une femme.

Chez une jeune fille, ces écoulements s'observent aussi et là il est trop facile de parler de lymphatisme ou de déficience de l'état général.

Trop souvent l'examen clinique se contente d'un à peu près. Il ne sera poussé que si, malgré toute thérapeutique, ces pertes blanches persistent d'une façon désespérante. L'interrogatoire se fera alors plus serré, l'examen du malade sera complété, le microscope et les cultures seront appelés à dévoiler le microbe en cause ; et on sera tout étonné d'apprendre que le coupable est le colibacille.

(André Guillemin. Le syndrome entéro-génital chez la femme en dehors de la grossesse. *Revue Médicale de l'Est*, 1er mai 1935.)

Ophtalmologie

Les paralysies de la convergence sont très fréquentes depuis l'apparition de l'encephalite lethargique et des séquelles parkinsoniennes.

La convergence est paralysée ou parésiée quand le sujet ne peut plus accorder ses axes visuels sur un objet situé plus ou moins près de lui et ne peut plus suivre cet objet des deux yeux ; il en résulte une diplopie, qui s'accentue en même temps que l'objet fixé se rapproche du punctum proximum de convergence.

Cette diplopie est caractérisée ainsi : diplopie croisée, avec espace entre les images relativement faible et variant peu dans les mouvements de latéralité.

L'évolution est variable ; on peut dire que c'est généralement un fait définitif, classe et que la fonction ne se fera plus normalement.

La paralysie de la convergence ne comporte pas de traitement particulier, sauf en ce qui concerne la question de strabisme.

(Juliette Bussy. Les paralysies de la convergence. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1935.)

Hygiène

La propreté du corps est un des éléments les plus importants de l'hygiène.

Le savon agit par son action sur les graisses ; les savons de potasse, noirs et mous, sont en général inférieurs aux savons de soude, blancs et durs.

Les savons antiseptiques, liquides ou solides, jouissent d'une certaine faveur, mais ne présentent pas d'avantages sur le savon blanc.

Les moyens, dont on dispose pour un nettoyage pratique et régulier du revêtement cutané, sont variés :

Le tub est d'emploi facile et peu onéreux ; un simple baquet et une éponge suffisent.

Le bain-douche ou douche en pluie est excellent ; la quantité d'eau employée varie entre 5 et 20 litres.

Le bain en baignoire est plus dispendieux ; il demande 200 litres d'eau chaude.

(E. Couture. Douches et balnéation. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juin 1935.) J. LAFONT.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Grippe et paludisme

Après une grippe bénigne, MM. Ferraboue, Guichène et Thévenot (*S. de M. M. Fr.*, 14 mars 1935) ont vu apparaître, chez deux sujets, des accès de paludisme.

Le premier malade vivait depuis six mois en pays non impaludé et, depuis la même date, n'avait pas eu d'accès. L'autre était rapatrié depuis onze mois et n'avait jamais fait de fièvre palustre.

Dans ces deux cas, il apparaît bien, que la malaria a été réveillée par l'infection grippale.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

La loi sur la stérilisation en Allemagne. — *De M. Henri Claudel dans* JE SUIS PARTOUT :

Ce fut le Docteur Arthur Gütt, aujourd'hui directeur de la section de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur — père de sept enfants, entre parathèses — qui fut chargé de mettre la question au point et élabora le texte législatif qui devint loi le 14 juillet 1933.

Les experts médicaux du Führer estimaient qu'il y avait à l'heure actuelle, en Allemagne, 400.000 personnes, dont un nombre à peu près égal de chaque sexe, qui étaient passibes de la stérilisation. On avait estimé le coût de l'opération : 20 marks pour un homme, 50 marks pour une femme ; un total de 14 millions de marks. La perte de temps — quatre jours de lit pour un homme, huit jours pour une femme — n'entrait que secondairement en ligne de compte, car ces sujets ne contribuent, en général, que pour une faible part à l'économie nationale.

On se mit au travail avec entrain. Au cours de la première année d'application de la loi, 56.244 personnes ont déjà été opérées (chiffres du *Times*).

La loi a été mal accueillie de la population et l'opposition ne fait que croître avec le temps. C'est un sujet dont on ne parle pas volontiers en Allemagne.

Il y a très peu de demandes de stérilisation volontaire. Les appels sont fréquents contre la décision du tribunal eugénique, encore que l'expérience ait appris que la sentence est le plus souvent confirmée par le tribunal supérieur.

L'opération a beau laisser aux sujets la possession — relative des fonctions vitales, beaucoup considèrent qu'ils encourent une déchéance en étant privés de la faculté de perpétuer la race. Le fait que la stérilisation a eu lieu dans une famille — le tribunal siège à huis clos, mais ces choses-là finissent toujours par se savoir — constitue un stigmate social. Il arrive que des enfants que leurs familles considèrent comme seulement un peu « en retard », mais qui du point de vue strictement eugénique sont des dégénérés, soient enlevés au gymnase pour être stérilisés. Aussi beaucoup de familles se décident-elles aujourd'hui à faire instruire par des professeurs privés des enfants mal venus qui risqueraient, à l'école publique, d'attirer sur eux l'attention des autorités médicales.

Enfin, on peut bien supposer qu'il y a des accidents. Cela est inévitable : l'opération peut être trop bien réussie, le résultat trop complet.

Les médecins, toujours matérialistes, sont, en général, partisans de la stérilisation. Chez des praticiens catholiques, la conscience religieuse et la conscience professionnelle, souvent, ne sont pas d'accord.

Des sociologues se demandent aussi si la mesure sera favorable, en fin de compte, au développement culturel du pays. Le génie artistique et littéraire n'est bien souvent qu'un déséquilibre, l'exagération d'une faculté. Ne risque-t-on pas, en ramenant toute la population à la normale, d'obtenir une race très équilibrée, certes, très saine physiquement et moralement, mais de niveau intellectuel médiocre ?

Ces hésitation, ces doutes demeurent très timides. L'opposition véritable vient de l'Eglise catholique.

. . . .

De ce veto, Hitler fut averti avant la mise en vigueur de la loi de stérilisation. Il parlementa avec Rome, mais il fut impossible de s'entendre. Quand on représentait aux chefs de l'Eglise quel acte de charité c'était que de préparer l'avènement d'une humanité meilleure et plus heureuse, ils répondaient, renvoyant à l'Encyclique *Casti Connubii* :

Nous ne pouvons laisser porter atteinte, sans avertir les fidèles, à un principe que nous considérons comme intangible. Il n'est pas plus permis d'empêcher la vie d'éclore que de tuer. Vous ouvrez, par cette loi, la porte aux pires abus : après les opérations pour raisons médicales on assistera aux opérations de commodité.

Hitler passa outre. Il fit seulement à l'Eglise catholique quelques concessions. Il fut entendu que les pensionnaires d'un établissement de santé ne seraient pas soumis à la stérilisation aussi longtemps qu'ils demeureraient dans l'établissement. Un catholique pour lequel le tribunal eugénique a décidé l'opération, peut s'y soustraire en entrant dans une maison de santé fermée.

Mais cela ne pouvait suffire. Il y a lutte de principe. Les prêtres catholiques, du haut de la chaire, et au confessionnal, continuent à rappeler aux fidèles l'enseignement de l'Eglise en la matière. Ils n'hésitent pas à leur conseiller de se soustraire à l'opération par tous les moyens.

Une croyance populaire à propos du cancer. — *Sous ce titre, la* Revue de Pathologie comparée et d'hygiène générale (août 1935) *publie une communication de M. J. Blier à la Société de Pathologie comparée. En voici un extrait :*

En janvier 1934, aux Halles centrales de Paris, je fus amené à recueillir, par hasard, une affirmation verbale concernant le cancer et formulée par un boucher. C'est d'abord avec surprise et scepticisme que je l'ai écoutée.

Mais comme le boucher la réitéra et qu'il accepta même de la rédiger par écrit, j'ai estimé que je n'avais pas le droit de me dérober à son étude. L'affirmation peut se formuler ainsi : « Le cancer n'apparaît pas chez les manipulateurs de viande crue ». C'est là le texte que je propose après un examen très approfondi de l'affirmation et des faits recueillis à son sujet.

A l'heure actuelle, le total des documents que j'ai pu rassembler à ce propos constitue un ensemble vaste. Aussi me bornerai-je aujourd'hui à en communiquer les points essentiels dans cette note.

L'enquête. — Pour vérifier la valeur de l'affirmation du boucher, je résolus de procéder par paliers et de rechercher, en premier lieu, si son opinion était partagée par ses confrères et si notamment, on pouvait rencontrer parmi diverses corporations de la viande soit des croyances, soit même des constatations analogues. Je me suis efforcé d'interroger des praticiens âgés, d'une grande autorité dans leur corporation.

J'ai pu, en dix-huit mois, répartir les opinions recueillies, suivant les cinq groupes professionnels suivants :

A) Bouchers de ruminants : espèces bovine, ovine, caprine ;

B) Bouchers hippophagiques : cheval, âne, mulet ;

C) Salaisonniers : fabrication de saucissons (porc et bœuf) ;

D) Charcutiers : découpage du porc et commerces annexes.

E) Tripiers et tripières : manipulation des abats dits « rouges » ou « blancs ». Les « blancs » sont ébouillantés.

Pour les trois premiers groupes, on enregistre une confirmation formelle de l'affirmation du boucher (groupes A. B. C.).

Pour le groupe D, chez les charcutiers, les praticiens se bornent à dire que parmi eux, le cancer est très rare. Mais l'enquête attentive démontre que le charcutier parisien ne manipule avec intensité le tissu musculaire du porc que jusqu'à l'âge de vingt huit ans. Passé cet âge, ou bien il renonce à s'établir charcutier et il reste, pour toute sa carrière, un ouvrier salaisonnier et il manipule alors, à journée entière, les muscles du porc et du bœuf, ou bien, au contraire, il s'établit patron charcutier et touche très peu à la viande de porc puisque, la plupart du temps, ses garçons la découpent. Rappelons de plus que les charcutiers ont un commerce comprenant, à titre accessoire, le débit de denrée qu'ils reçoivent préparées.

Quant au dernier groupe, chez les tripiers, et surtout chez les tripières, le cancer s'y manifeste très fréquemment (groupe E).

L'enquête longue et détaillée, confirme donc l'affirmation initiale du boucher, mais, et remarquons-le, uniquement pour les manipulateurs de tissu musculaire en état d'activité professionnelle.

On mentionne, en effet, divers cas de cancer chez des bouchers retirés des affaires, mais longtemps après la fin de leurs occupations techniques.

L'affirmation du boucher mérite donc, à mon avis, d'être prise en considération — malgré le scepticisme avec lequel je l'ai d'abord accueillie, scepticisme né d'une prudence qui s'impose dans toutes les études biologiques.

M. J. Blier conclut :

Si l'on reste sur le terrain des faits, toute la question se ramène à ceci :

A) Une croyance populaire affirme, chez les découpeurs de viande en activité, l'absence du cancer ;

B) La très longue enquête que j'ai pu pratiquer parmi les corporations intéressées, confirme cette croyance populaire ;

C) La main du découpeur de viande présente un aspect caractéristique. Elle est le siège d'un processus biologique qui permet de rattacher ces faits :

1° à ceux signalés par Besredka et G. Ramon sur l'absorption des antigènes par les téguments ;

2° à celui découvert par Bridré, en 1907, quand il rend la souris réfractaire à la greffe cancéreuse.

D) Une question désormais se pose : « Puisque le cancer tue, dans la race blanche un individu sur onze, peut-on tirer parti de cet événement ? »

Peut-être, pour réaliser la prophylaxie du cancer, et en attendant des méthodes plus perfectionnées, pourrait-on envisager, dès maintenant, la pénétration fréquente, sinon quotidienne, à travers la peau, des antigènes identiques à ceux qui sont manipulés, chaque jour par les découpeurs de viandes crues ?


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SI OP : 2-3 cuil. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Asirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
Roger Dacosta Edit.
r.c 18.000

Fondé en 1873. — N° 37 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 SEPTEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies 40 fr.
Etudiants 30 fr.
Belgique 45 fr.
Etranger { 1re zone 70 fr.
Etranger { 2e zone 90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE



NOUVELLES

Bourses de voyage à l'étranger à décerner par l'Association amicale des internes et anciens internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — Il est rappelé aux candidats que le délai d'inscription pour l'attribution de cette bourse de voyage à l'étranger expire le 15 octobre 1935. Les internes en médecine des Asiles de la Seine, actuellement en troisième ou quatrième année d'internat et membres de l'Association Amicale, qui désirent faire acte de candidature, devront faire parvenir leur dossier avant le 15 octobre 1935 au Docteur Paul Courbon, secrétaire de l'Association, médecin chef à l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Cette bourse de voyage à l'étranger sera de 5.000 francs. Elle ne pourra pas être partagée, et sera mise à la disposition de son titulaire pendant neuf mois, à partir du 1er décembre 1935.

Hôpitaux de Marseille. — Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 14 octobre 1935, à 9 heures, un concours pour onze places d'internes en médecine et en chirurgie. Peuvent seuls se présenter les externes titulaires des hôpitaux de Marseille et les candidats justifiant du titre obtenu au concours d'interne titulaire des hôpitaux d'une ville de France, siège d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine.

Les candidats doivent se faire inscrire et déposer leur dossier au secrétariat de l'Administration des hospices, rue Lafon, n° 9, à Marseille, au plus tard le 30 septembre 1935.

Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 21 octobre 1935, à 9 heures, un concours pour vingt-quatre places d'externes en médecine et en chirurgie. Peuvent seuls se présenter les étudiants pourvus de quatre inscriptions qui auront accompli, pendant les mois de juillet, août et septembre précédant le concours, un stage d'un mois au minimum dans un service des hôpitaux de Marseille.

La liste d'inscription sera close le lundi 7 octobre 1935, à 18 heures ; les dossiers devront être remis au secrétariat de l'Administration des hospices, 9, rue Lafon, à Marseille.

Corps de santé militaire. — Les officiers du Corps de santé sortant de l'Ecole d'application du Service de santé militaire reçoivent les affectations suivantes :

Les médecins lieutenants : M. Sarlin, 19e corps d'armée ; M. Maurice Grau, hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé ; M. Jean Velluz, hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles ; M. Louis Michard, troupes du Maroc volontaire ; M. Jean Fourault, 6e rég. de spahis algériens, Compiègne ; M. André Verrier, troupes du Maroc, volontaire ; M. Robert Fournial, 4e rég. de spahis marocains, Senlis ; M. Jean Lavoue, hôpital militaire Villemin, Paris ; M. Aimé Mialhe, salles militaires de l'hospice mixte de Perpignan ; M. André Le Tessorer, 1er rég. de hussards, Angers ; M. Henry Bouteille, hôpital militaire Villemin, Paris ; M. Jean Delatour, hôpital militaire Baur, Colmar ; M. Léon Derobert, des salles militaires, hospice mixte de Saint-Denis ; M. A. Charlin, salles militaires de l'hospice mixte de Reims ; M. Hubert Boquet, hôpital militaire Gama, Toul ; M. Maurice Laborde, salles militaires, hospice mixte de Dijon ; M. Alexandre Rozan, 43e rég. d'artillerie, Caen ; M. René Valdeyron, troupes du Maroc (volontaire) ; M. Jean Decouze, troupes de Tunisie.

Dix jours à Noël sur la Côte d'Azur. — La XIIe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen aura lieu du 26 décembre au 4 janvier. La concentration se fera à Nice, le jeudi 26 décembre. La journée sera consacrée à la visite de cette grande cité et à une réception officielle. Les jours suivants, les voyageurs verront l'observatoire de Nice, le monument d'Auguste à La Turbie, le château médiéval de Roquebrune et parcourront la célèbre voie romaine de Nice à Menton. Ils visiteront cette gracieuse et antique station, avec le château de Grimaldi, le laboratoire du Docteur Voronoff et le Cap-Martin. Ils seront ensuite officiellement reçus dans la Principauté de Monaco, avec son Musée océanographique unique dans le monde, ses jardins tropicaux et le Palais de ses Princes. Puis ils verront Monte-Carlo et son casino à la célébrité mondiale. Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade, le Mont-Boron avec son inoubliable panorama. Le retour s'effectuera le 29 décembre à Nice et la journée du 30 sera consacrée à une excursion dans les Alpes, avec déjeuner à la station de sports d'hiver de Beuil. Le 31 décembre, on parcourra Cagnes la cité des peintres, Vence et ses sanatoria, Grasse, ville des parfums et centre climatique de la zone intérieure.

Le 1er janvier, les voyageurs seront les hôtes de Cannes, où ils assisteront à la fête traditionnelle des bains de mer du Nouvel An. Après avoir déjeuné à l'Institut d'actinologie de Vallauris, ils seront reçus à l'Hôtel de Ville de Cannes, à 17 heures ; puis un dîner de gala leur sera offert à 20 heures au Casino municipal. La journée du 2 janvier sera consacrée à la visite du Cannet, de Juan-les-Pins et de son poste radiophonique, d'Antibes et de son cap, d'où l'on admirera le panorama des Alpes et de la côte, d'Hyères à San-Remo. Le 3 janvier, on parcourra les montagnes de l'Estérel, Fréjus, Saint-Raphaël et l'on reviendra à Cannes par l'admirable route de la Corniche-d'Or, avec les riantes cités d'Agay, du Trayas et de Théoule. La dissociation se fera à Cannes, le 4 janvier.

Ce voyage offre à ses adhérents des vacances agréables et utiles, où les réceptions luxueuses alterneront avec les démonstrations scientifiques les plus instructives, dans le cadre magique des plus beaux paysages du monde. Les trente années d'expérience de la Société organisatrice leur assurent une technique, un confort et une économie inégalables. Tous les membres recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, valable durant un mois sur les chemins de fer français et des avantages importants sur les chemins de fer italiens et roumains. Les adhérents qui ne peuvent participer à la totalité du voyage bénéficieront d'une réduction correspondante de la cotisation.

Pour tous autres renseignements, on peut, dès à présent, écrire au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Nécrologie. — Docteur Guillaume CIVEL, ancien chirurgien en chef de l'hôpital civil de Brest, décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur Charles CADET, décédé à Argenteuil. — Docteur DENOUAI, de Paris. — Docteur Joseph FAVIER, d'Ambierle (Loire), décédé à l'âge de 60 ans. — Docteur FRANCKHAUSER, de Stephansfeld (Bas-Rhin). — Docteur Alfred LEFEBVRE, de Chauny (Aisne). — Docteur André MASSIOU, d'Oran. — Docteur Georges-Hippolyte REYNAUD, du Lavandou (Var). — Docteur Albert ROUSTAIN, conseiller général de Jarnages (Creuse), décédé, à l'âge de 63 ans. — Docteur Louis TEYCHÈNE, de Marseille. — Docteur LA TOUR. — Vice amiral Sir James PORTER, chirurgien, directeur général du Service médical de la flotte royale, à Wakefield (Grande-Bretagne), décédé à l'âge de 83 ans. — Prof. John ANDERSON (Grande-Bretagne). — Docteur Henri UGEL, de Cousance (Jura), décédé dans sa 61e année. — Docteur TROLLER, décédé à Paris.

VARIÉTÉS

Un compte rendu médical à l'emporte-pièce

En 1808, *Jean-Antoine Gay, membre de l'ancienne Faculté de médecine, publiait ses* Essais de Médecine contre l'Usage de la saignée *à Paris chez H. Nicolle, à la Librairie Stéréotype, rue des Petits-Augustins, n° 15 et chez Le Normant.*

Le Journal de l'Empire *publiait dans son n° du jeudi 25 août* 1808, *sous l'initiale H., un compte rendu qui est un petit chef-d'œuvre de critique et d'humour.*

Bien que ces temps soient révolus, nous trouverons ici matière à réflexions, dont la première qui se présente à l'esprit est que les mœurs médicales n'ont pas varié essentiellement depuis Molière.

J. L.

Les disputes de religion ont fait bien des incrédules, et n'ont produit aucun bien ; deux antagonistes, après avoir épuisé toutes les ressources de la dialectique, se quittent toujours plus opposés qu'ils ne l'étoient avant la controverse. Les disputes des médecins ont ordinairement le même résultat, et elles finiroient par discréditer entièrement la médecine, si la foiblesse des hommes et la peur de la mort ne ramenoient sous le joug de la faculté, les rebelles les plus audacieux, les incrédules les plus opiniâtres.

Le livre que j'annonce offre d'abord la discussion d'un point de doctrine fort important, puisqu'il s'agit de tuer ou de conserver les hommes, dans un cas où l'erreur est un arrêt de mort prononcé contre le malade. Il s'agit de l'apoplexie. Existe-il deux sortes d'apoplexies, l'une sérieuse (*sic*), l'autre sanguine ? La saignée doit-elle être administrée indistinctement dans tous les cas d'apoplexie ? M. Portal prétend que toutes les apoplexies sont sanguines, et conséquemment qu'il faut toujours saigner. M. Gay soutient qu'il n'y a point d'apoplexie sanguine, et qu'il ne faut jamais saigner. On ne peut pas être en contradiction plus évidente, et bien des hommes mourront avant que ces deux docteurs ne soient d'accord.

On ne peut se représenter sans frémir un pauvre malade chez qui l'on envoie deux médecins bien savans, bien célèbres, dont l'un dit : si l'on saigne, il est mort ; et dont l'autre répond : il est mort, si on ne saigne pas. Heureusement encore l'apoplectique ne les entend point ; car il mourrait certainement de la peur de mourir.

Les *quiproquo* d'apothicaire sont funestes, mais au moins ils sont rares ; les *quiproquo* des médecins ne sont pas moins meurtriers, et ils se renouvellent tous les jours. Je ne sais comment ces Messieurs peuvent se résoudre à nous révéler leur impuissance, et à nous apprendre que quand il s'agit de mort, des savans disent oui, et d'autres savans disent non ; de sorte qu'il vaudroit autant jouer la vie d'un homme à *croix ou pile* que d'appeler des docteurs si peu d'accord sur leur doctrine. La lecture de ce livre m'a tellement effrayé, que j'ai preparé deux billets de loterie, sur l'un desquels j'ai écrit *émétique*, et sur l'autre *saignée* ; et j'ai donné des ordres très précis pour qu'en cas d'apoplexie de ma part, on prit au hasard l'un de ces billets, et qu'on exécutât sur moi l'ordonnance qu'il contient sans l'intervention d'aucun docteur quelconque. J'ai l'espoir que le hasard me traitera mieux que ne feroit la médecine. Ce qui va suivre prouvera que je ne plaisante pas autant que mes lecteurs voudroient bien le croire.

Le fameux Sydenham, l'apôtre de l'opium, est appelé chez un jeune homme dont l'état faisoit craindre l'apoplexie. Il ordonne une saignée copieuse ; après-midi, il en ordonna une seconde ; il en fait faire une troisième le lendemain, et il déclare que, si l'on n'en fait pas une quatrième, le malade mourra sûrement. Les parents s'opposent à cette quatrième opération ; le jeune homme meurt. Sydenham prétend qu'il eût été sauvé si on eût fait cette quatrième saignée. M. Gay soutient qu'il est mort parce qu'on lui a fait les trois premières : le docteur anglais a écrit de belles choses pour soutenir sa thèse ; le docteur français écrit de belles choses pour la combattre ; mais en attendant, voilà un homme mort : et ce qu'il y a de clair, c'est qu'il ne viendra pas se plaindre de son médecin.

M. Gay cite beaucoup d'autres exemples où la saignée a tué le malade ; et sans doute, M. Portal pourroit nous donner une belle liste des victimes de l'émétique. Il semble, en vérité, que tous les médecins pensent comme ceux du pauvre Muret, et qu'ils soient toujours prêts à faire *experientiam in animâ vili.*

Il faut avouer cependant que l'ouvrage de M. Gay ressemble plus à un écrit polémique qu'à un traité de médecine ; et l'on est tenté de croire, à chaque page qu'il le dirige contre M. Portal, plus encore que contre la saignée. Ses expressions ne sont pas toujours mesurées ; et la roideur qu'il met dans ses reproches n'a pas toujours la raison et la justesse pour excuse. En voici une preuve bien évidente : M. Bertrand tombe de cheval ; on lui administre une dose d'émétique avant que M. Portal soit appelé ; ce médecin arrive enfin ; il fait saigner M. Bertrand à la jugulaire, et le malade meurt. Je rapporte ce fait d'après M. Gay, sans rien préjuger pour ou contre son exactitude. Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que M. Bertrand est mort. M. Portal pense *qu'il aurait fallu insister davantage et plutôt sur les saignées*. A ces mots, M. Gay s'écrie : « Prétendre qu'un malade qui a succombé à la première saignée, auroit dû être saigné *davantage*, c'est une assertion qui n'avoit pas encore été écrite. » Oh, pour cette fois, M. Gay se moque un peu de son lecteur ! Il n'y a pas un écolier de sixième qui ne sente que le mot *davantage* signifie ici *plus fortement, plus impérieusement*, et non pas *itérativement* après la mort du malade. Ce n'est pas à un homme tel que M. Portal qu'il faut faire dire une bêtise ; et c'en seroit une bien étrange que de vouloir ordonner une seconde saignée à un homme mort de la première. Voilà cependant l'intention que lui prête M. Gay ; car il dit plus loin : M. Portal qui, dans l'activité de sa pratique, prescrivit la saignée *aux vivants et aux morts*, etc... Cette plaisanterie passe les bornes. Un médecin a bien le droit de nous égorger en nous saignant ou de nous empoisonner par l'émétique, mais il n'a pas celui de dire des sottises. Mille victimes immolées dans les formes feroient moins de tort à sa réputation qu'une phrase absurde ou une citation inexacte ; ainsi concluons que MM. Gay et Portal sont tous deux des hommes fort habiles, et que nous devons avoir en eux toute confiance, quoique le premier prétende que le second nous assassine par la saignée, et que le second soutienne que le premier nous tue par l'émétique. O Molière, que n'êtes-vous ici ! Mais que dis-je ? vous y êtes, et vos médecins ne diffèrent entr'eux que du blanc au noir ; vos médecins sont les nôtres.

Un autre point de la discussion démontrera que nos savans ne sont pas seulement en contradiction dans les cas difficiles mais qu'ils sont diamétralement opposés sur les choses même les plus simples. M. Portal condamne l'usage de l'émétique dans l'apoplexie, et il dit, dans le tome II de ses Mémoires : « L'estomac et les muscles du bas-ventre, en se contractant, font refluer le sang vers les parties supérieures ; car dans les personnes qui vomissent, toutes les parties de la tête reçoivent plus de sang qu'à l'ordinaire... Il n'est donc pas surprenant que plusieurs apoplectiques aient péri pendant l'action du vomissement. » M. Gay prétend, au contraire, que pendant le

vomissement *tout se passe dans l'estomac, et non dans la tête,* que la tête ne reçoit pas plus de sang alors que dans tout autre cas ; qu'elle en reçoit même moins, puisque l'effet du vomissement est de contracter les vaisseaux au lieu de les dilater. M. Portal trouve à ceux qui vomissent *le visage rouge et les yeux enflammés* ; M. Gay les voit, au contraire, *pâles et défigurés* ; M. Portal, enfin, regarde les apoplectiques comme des hommes morts s'ils vomissent ; M. Gay veut qu'on les enterre s'ils ne vomissent pas. Il ne manque à cette scène qu'un troisième médecin qui les condamne à mourir, soit qu'ils vomissent, soit qu'on les saigne : il s'en présentera, gardons-nous d'en douter.

Quelque désir que j'aie de rester neutre dans cette lutte, je ne puis m'empêcher de faire observer que sur ce dernier point, M. Gay paroît avoir du dessous ; en effet, M. Tissot, qu'il cite avec éloge en deux endroits, a professé publiquement l'opinion renouvelée par M. Portal. Dans la seconde partie de l'*Avis au Peuple*, page 221, édition de Didot, je trouve cette observation : « Pendant les efforts qu'on fait pour vomir, la circulation se fait beaucoup plus fortement, et *les vaisseaux de la tête* et de la poitrine, *se remplissant extrêmement de sang*, pourraient se rompre ; ce qui tuerait sur-le-champ, *comme il est arrivé plus d'une fois* ». Notez bien qu'il ne s'agit point ici d'une conjecture, mais d'un fait observé par un grand praticien qui ajoute : *Comme il est arrivé plus d'une fois*. Notez aussi qu'il est encore question d'une chose *qui tuerait sur-le-champ* ; *tuer* est le mot familier, le mot banal ; en vérité, j'ai pitié de mes lecteurs qui ne sauront à qui croire, et qui ne peuvent manquer d'être tués, de quelque côté qu'ils se tournent.

M. Gay me paroît aussi avoir quelquefois affirmé légèrement et cité avec peu d'exactitude. Il prétend que le même Tissot condamne l'application des vésicatoires dans les fièvres malignes par dissolution ; mais Tissot dit au contraire, que dans la fièvre putride et dans la fièvre maligne, quand il y a de l'assoupissement, *il faut appliquer de grands vésicatoires au gras des jambes ou à la nuque* ; et dans la dernière de ces fièvres, il veut même qu'on applique le vésicatoire *sur toute la tête* ; il ne croit donc pas, comme le dit M. Gay, que l'âcreté de ce remède augmente la dissolution du sang et fait périr le malade.

Après cette discussion *sur la saignée*, on trouve dans le même ouvrage un examen de la doctrine de Galien, de Sydenham et de M. Portal *relative à la saignée* ; cet examen est très sévère pour le médecin romain, très critique envers le médecin britannique, et très satirique contre le docteur français. Il faut avouer néanmoins que dans cette partie de l'ouvrage comme dans la précédente, les raisonnements de M. Gay contre la saignée sont pleins de force, souvent fondés sur la saine logique, et étayés des autorités les plus nombreuses et les plus respectables. Il est vrai qu'il faudrait entendre la réponse de M. Portal qui ne manque pas sans doute de logique et d'autorités. J'ai grand peur qu'il n'ait raison à son tour, et je vois avec douleur que les seuls qui auront tort seront les malades.

L'ouvrage est terminé par des observations *sur les maladies des femmes*, et sur *l'utilité d'un registre domestique des maladies* ; à la fin de cette dernière partie, l'auteur présente d'excellentes vues *sur les honoraires des médecins*. Son projet est fondé sur la raison et la justice, il auroit les suites les plus heureuses ; mais il a un petit défaut, c'est celui d'être inexécutable.

Si maintenant M. Gay me demandait comment un ignorant comme moi ose porter un œil profane sur de si doctes écrits, et pourquoi, sans être médecin, j'ai l'audace de lui parler de la médecine, je lui répondrois que j'ai le grand avantage de n'avoir tué personne, ni par la saignée, ni par l'émétique ; qu'un article du Journal peut bien faire dormir les malades, mais ne les tue point ; que, quelqu'ignorant que je sois, je ne pourrai jamais me tromper autant que M. Portal s'est trompé aux yeux de M. Gay, et M. Gay aux yeux de M. Portal ; je lui répondrois enfin que je tiens ce droit de lui-même, puisqu'il dit souvent dans son avertissement : *J'ai écrit de manière à être compris de tout le monde* ; et il redit à la page 61 : *Les gens les plus étrangers à l'art de guérir peuvent décider la question qui nous occupe ici.*

Quant à M. Portal, je n'ai parlé de ses opinions que sur la foi de M. Gay ; puisque ces deux savants sont en contradiction, il y en a certainement un qui a tort : lequel ? Je ne sais ; mais je prévois qu'il faudra compter les morts, pour savoir lequel des deux généraux a gagné la bataille.

H.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude expérimentale des modifications de la pression artérielle générale et du rythme cardiaque par augmentation de la pression intracranienne [1]

Par Renato MARTINETTI et Emanuel GARCIA

La question des réponses de la pression artérielle et de la fréquence du cœur à l'augmentation de la tension intracranienne déjà envisagée dans le siècle passé par des excellents expérimentateurs (Adamkiewicz, François Franck) et admirablement étudiée il y a une trentaine d'années par Cushing, maintient encore aujourd'hui tout son intérêt et l'on peut dire aussi que son importance est augmentée. En effet, l'étude de cette question a franchi les limites d'une simple expérience de laboratoire pour donner sa contribution à quelque domaine de la pathologie humaine.

Plus précisément, c'est la traumatologie qui essaie d'arriver à travers les données expérimentales à des lois qui aient une valeur pratique aussi : il suffit de lire les récents travaux de Wertheimer et de ses collaborateurs, d'Albert, pour comprendre toute l'importance que peut revêtir l'étude expérimentale des rapports entre hypertension intracranienne et modifications de la pression artérielle.

D'autre part cette question présente un intérêt, peut-être plus subtil, dans un autre domaine de la pathologie humaine, domaine bien vaste et encore au présent très incertain, à dire celui de l'hypertension artérielle.

En effet, dans l'étiopathogénèse de la « maladie hypertensive » on est arrivé à admettre, au delà des conceptions exclusivement périphériques, des mécanismes dont la nature est essentiellement centrale et pour lesquels, à côté de facteurs qualitatifs neuro-hormonaux et plus ou moins liés à ceux-ci, le phénomène « hypertension intracranienne » pourrait jouer un rôle non indifférent.

Même en ne donnant pas à ce dernier facteur toute l'importance que lui semblent donner certains auteurs (Castex, Kahler, Parisot), on pourrait toutefois le considérer, selon Greppi, comme élément d'un cercle vicieux responsable, sinon de tout syndrome hypertensif de la fixité peut-être et de la progression que cette maladie présente quelquefois.

Un remarquable intérêt présentent les récentes recherches de Dixon et Heller, qui ont montré la possibilité d'obtenir expérimentalement une hypertension artérielle considérable et chronique chez des animaux chez lesquels on a provoqué une hydrocéphalie par injection de kaolin dans l'espace sous-arachnoïdien (Kaolinhochdruck).

Est-ce donc que l'hypertension intracranienne par elle-même peut suffire à donner l'hypertension artérielle ? et dans quelles conditions ? C'est en essayant de répondre à cette question que nous avons repris l'étude classique de Cushing en y ajoutant quelques données de la physio pathologie moderne.

L'animal choisi pour nos expériences a été le chien, la narcose employée, celle au chloralosane. La pression artérielle a été relevée à la fémorale. La respiration enregistrée par pneumographe.

L'augmentation de la tension intracranienne a été obtenue par l'introduction de sérum physiologique réchauffé à peu près à 37° à travers une vis percée dans son axe, fixée dans le pariétal du chien et en libre communication avec l'espace sous-arachnoïdien. Les modifications de la tension intracranienne étaient obtenues au moyen d'un réservoir à mercure qu'on pouvait déplacer à des différentes hauteurs et qui communiquait au moyen d'un système en U avec la solution physiologique. Un manomètre à mercure inséré dans ce système donnait les valeurs de la pression intracranienne ; pour des petites modifications on employait un manomètre à eau (Lemaire) joint par voie

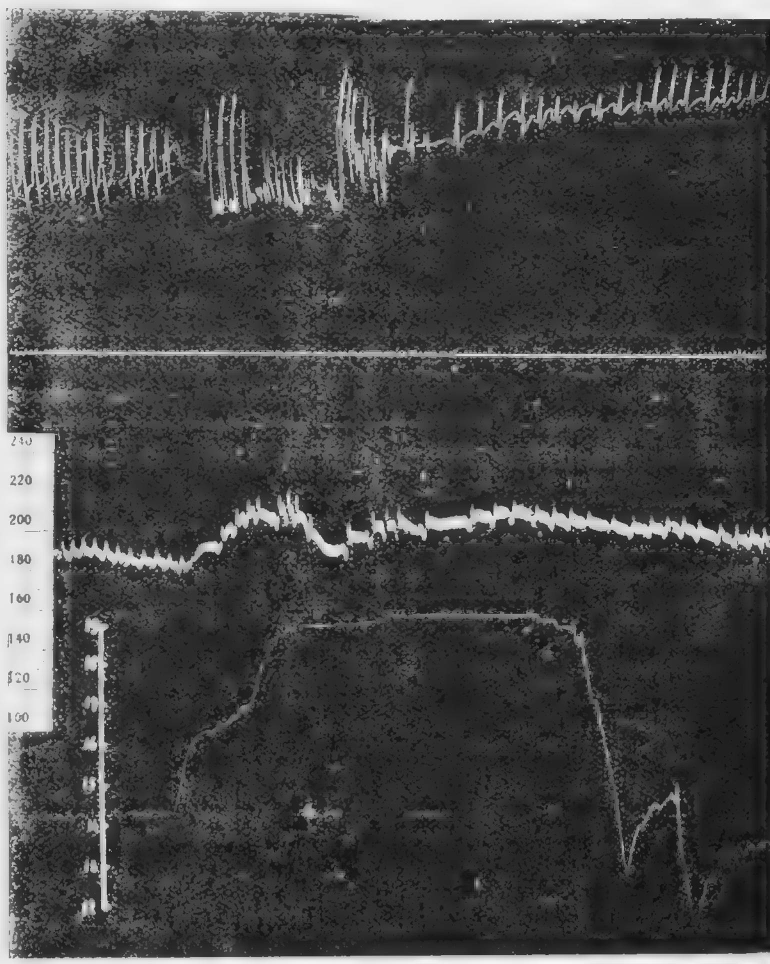


FIG. 1.— Réponse précoce à l'augmentation de la tension intracranienne chez l'animal en hypertension artérielle (Dénervation des zones cardio-aortiques et sino-carotidiennes).

De haut en bas : courbe de la respiration, temps en 3 secondes, pression artérielle à la fémorale, pression rachidienne (en cm. d'eau).

sous-occipitale à l'espace sous-arachnoïdien selon la technique de Loeper et Lemaire.

Comme loi générale, on peut dire que les petites augmentations de la pression intracranienne (de 10 à 40 cm. d'eau), même si l'observation se prolongeait pour quelques temps, n'ont montré aucune modification évidente de la pression artérielle générale.

Une réponse de la pression artérielle et de la respiration dans le sens d'une élévation du niveau artériel et d'une bradypnée, a été quelquefois observée, même pour de petites augmentations de la pression intracranienne chez des animaux mis au préalable en hypertension artérielle par dénervation des zones réflexogènes cardio-aortiques et sino-carotidiennes (*Fig. 1*) ; ainsi il nous a semblé que les animaux mis dans cette condition d'expérience soient plus sensibles à l'augmentation de la tension intracranienne.

[1] Laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Directeur : Prof. M. Loeper.

Guernsey. Weisman et Scott, ont observé chez l'animal à sinus carotidiens dénervés et à dépresseurs coupés, des **réponses** plus remarquables de la pression artérielle par **augmentation** de l'intracranienne.

En dehors de cette observation, l'on peut dire que pour **avoir des** réponses évidentes du système artériel général, **il** faut arriver à des valeurs de la pression intracranienne bien élevées, de telle façon à rejoindre le niveau de la pression artérielle ; c'est alors, et, en général seulement alors, que l'on observe des modifications dans le système artériel **général**, modifications communément caractérisées par **deux** phénomènes qui agissent en sens opposé sur le niveau **de** la pression artérielle même, soit l'hypertension et la **bradycardie**. La prédominance de l'un ou l'autre de ces phénomènes varie pour chaque cas et, chez le même animal, en changeant les conditions d'expérience ; ainsi,

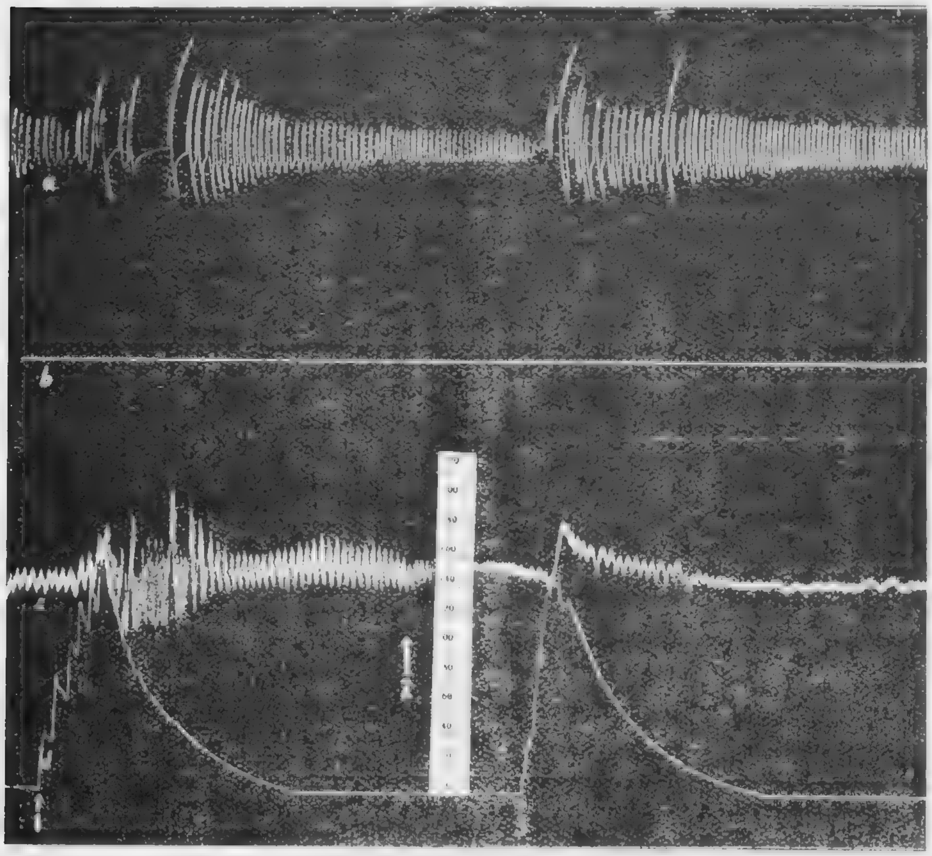


Fig. 2. — Réponse du système artériel général après atropinisation de l'animal.

En 1, la réponse typique hypertension et bradycardie.

En 2, injection intraveineuse de 2 mgr. d'atropine.

En 3, la réponse à l'augmentation de la tension intracranienne après atropinisation.

De haut en bas : courbe de la respiration, temps en 3 secondes, pression artérielle, pression intracranienne.

en sectionnant les vagues ou plus simplement, avec l'atropinisation du chien, l'on empêche à la bradycardie de se manifester et l'hypertension artérielle se présente alors bien **plus remarquable** (*Fig.* 2).

La réponse artérielle se prolonge en général pendant **tout** le temps que la tension intracranienne reste au niveau **de** la tension artérielle qui seulement, avec la chute de la pression intracranienne, petit à petit, regagne ses valeurs **du** départ.

Dans quelques cas, après section des vagues, en augmentant progressivement la tension intracranienne à des valeurs très élevées, nous avons observé des réponses hypertensives artérielles très élevées aussi ; en plus, dans ces **cas**, lorsque avec la chute de la pression intracranienne **la** tension artérielle regagnait ses valeurs normales, on **pouvait** répéter plusieurs fois, même à peu de distance, la manœuvre hypertensive et l'on observait chaque fois la même réponse ; on en peut déduire que notre manœuvre n'était pas trop traumatique pour les centres.

A côté des phénomènes qui regardent le système artériel nous avons observé en même temps des modifications dans la courbe de la respiration, modifications caractérisées en général par une bradypnée (avec mouvements respiratoires plus profonds) ou même d'apnée qui, si l'hypertension intracranienne reste à un niveau élevé, peut causer la mort de l'animal.

Il est nécessaire de parler ici d'un autre phénomène que nous avons relevé en pratiquant la manœuvre pour augmenter la pression intracranienne, c'est-à-dire la difficulté, sinon l'impossibilité de maintenir à un niveau élevé la pression intracranienne même, à cause de sa chute spontanée et en général très rapide. Ce phénomène, qui prend le caractère d'une vraie « fuite », avait déjà attiré l'attention des précédents auteurs, mais il ne nous semble pas qu'on lui ait donné l'importance nécessaire.

Le niveau de la tension intracranienne auquel cette « fuite » commence à se manifester varie pour chaque cas et, en général, montre la même physionomie, en répétant la manœuvre, sur le même animal : habituellement la rapidité de la chute spontanée augmente si l'on élève la tension intracranienne : son rythme est remarquable si l'on pense que, dans quelques cas, en deux ou trois minutes, nous avons observé la réabsorption de presque 20 c. c. de sérum physiologique. D'une façon analogue à ce que Cushing soutient, nous avons constaté que le liquide « fuit » surtout par voie de la circulation veineuse intracranienne.

En effet, en introduisant dans l'espace sous-arachnoïdien du sérum physiologique coloré (bleu de méthylène, rose bengala) nous avons observé la présence de la couleur dans la jugulaire antérieure tout de suite après le commencement de la « fuite ». D'autre part il est possible de démontrer d'une autre façon le passage du liquide dans la jugulaire antérieure, qui même en conditions normales sert, chez le chien, à la décharge d'une grande partie du liquide céphalo-rachidien : de fait, en relevant la pression veineuse dans le bout céphalique de la jugulaire on peut observer que la pression veineuse montre, parallèlement à l'augmentation de la pression intracranienne, une très évidente élévation : après, lorsque la pression intracranienne baisse, la pression de la jugulaire augmente, ce qui témoigne la surcharge du flux veineux (*Fig.* 3). L'examen soigné du cerveau et des méninges après la mort de l'animal n'a pas relevé, même lorsque l'introduction du liquide dans le crâne a été répétée plusieurs fois, des lésions au moins macroscopiques capables d'expliquer la perte par voie anormale du sérum introduit ; Cushing soutient que le liquide sort surtout par voie du sinus veineux longitudinal dans la paroi duquel existeraient des petits trous valvulaires.

Il va sans dire qu'en élevant continuellement l'appareil de pression à mercure on peut, malgré la « fuite », maintenir la pression intracranienne à un niveau élevé, mais de cette façon on introduit dans le système circulatoire une quantité non négligeable de liquide de sorte que les conditions normales de la circulation même viennent à être modifiées.

Nous avons déjà dit qu'on observe les modifications plus évidentes de la pression artérielle et de la fréquence du cœur lorsque la pression intracranienne arrive au niveau de l'artérielle : chez l'animal cette condition est nécessaire et en effet nous avons observé qu'en déplaçant avec n'importe quel moyen le niveau de la pression artérielle chez le même animal varie la valeur de la tension intra-

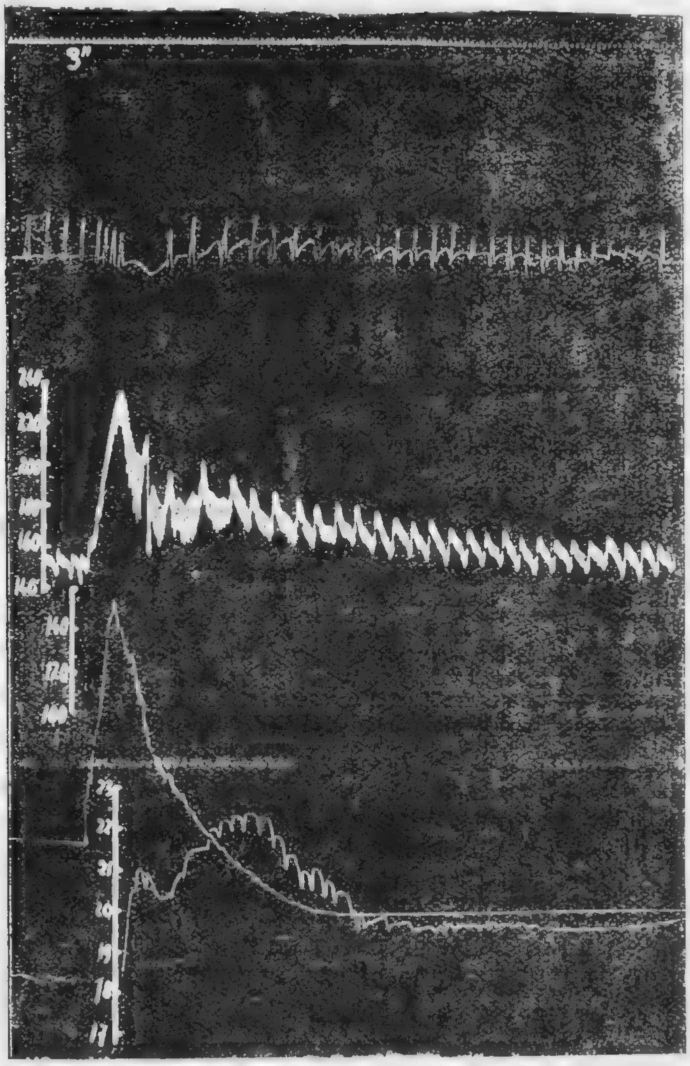


Fig. 3. — Augmentation de la pression veineuse dans le bout central de la veine jugulaire pendant la "fuite" du sérum du crâne.
De haut en bas : temps en 3 secondes, pression artérielle, pression intracranienne en mm. de mercure, pression veineuse en cm. d'eau.

cranienne nécessaire pour observer la réponse du système artériel parallèlement aux variations du niveau de la pression artérielle. De cette simple expérience on a un exemple dans la figure n° 4, où l'on a élevé au préalable le niveau de la pression artérielle par occlusion des carotides : l'on observe alors que pour obtenir une réponse il faut atteindre avec la pression intracranienne le niveau artériel nouveau. On peut donc penser que lorsque, à cause de la pression intracranienne élevée à des valeurs égales ou supérieures à celles de la pression artérielle, la circulation artérielle intracranienne est difficile ou même fait défaut, on observe la réponse hypertensive du système artériel, qui, avec une singulière « intelligence » semble de cette façon s'opposer au danger de l'ischémie.

Il semble en effet que l'hypertension artérielle consécutive à l'augmentation de la tension intracranienne doit être attribuée surtout à l'ischémie centrale : Cushing, en regardant à travers la fenêtre cranienne les vaisseaux méningés a observé que, lorsque à cause de l'augmentation de la tension intracranienne les vaisseaux devenaient pâles et se vidaient de sang, on observait la réponse hypertensive artérielle. En dernière analyse même, l'hypertension artérielle que l'on peut obtenir en d'autres conditions d'expériences, comme par exemple dans l'embolie cérébrale (Hermann et Malméjac, Loeper, Lemaire, De Sèze), est tout à fait semblable à celle que nous avons obtenue dans nos expériences et comme dans ce cas rapportable à une ischémie des centres.

Le mécanisme par lequel cette ischémie agit semble être surtout dû à un réflexe adrénalino-sécréteur. Tournade et Chabrol, par la méthode de l'anastomose surréno-jugulaire, ont montré que l'anémie des centres nerveux encéphaliques est une condition stimulante de l'adrénalino-sécrétion. D'autre part Albert a observé que la même manœuvre hypertensive intracranienne qui, en conditions normales produit l'hypertension artérielle, donne lieu au contraire chez l'animal ergotaminisé à une hypotension ; d'après Dale l'on sait que l'ergotamine, en paralysant les terminaisons sympathiques, a le pouvoir d'invertir l'action hypertensive de l'adrénaline. Que l'hypertension artérielle consécutive à l'augmentation de la pression intracranienne soit d'origine centrale résulte encore une fois dans les expériences de Cushing qui n'a pas observé d'hypertension artérielle après cocaïnisation des centres.

La bradycardie aussi est rapportable dans nos expériences à l'ischémie cérébrale : Eyster a observé un évident ralentissement du pouls après ligature des artères cérébrales.

En conclusion dans nos expériences nous avons confirmé les données expérimentales de Cushing et nous avons relevé encore une fois la nécessité d'atteindre avec la pression intracranienne le niveau de la tension artérielle pour observer la réponse plus marquée de la fréquence du pouls et de la pression artérielle générale. Il faut insister sur le terme de « général » étant donné que quelques expérimentateurs ont démontré la possibilité de réponses limitées à quelque do-

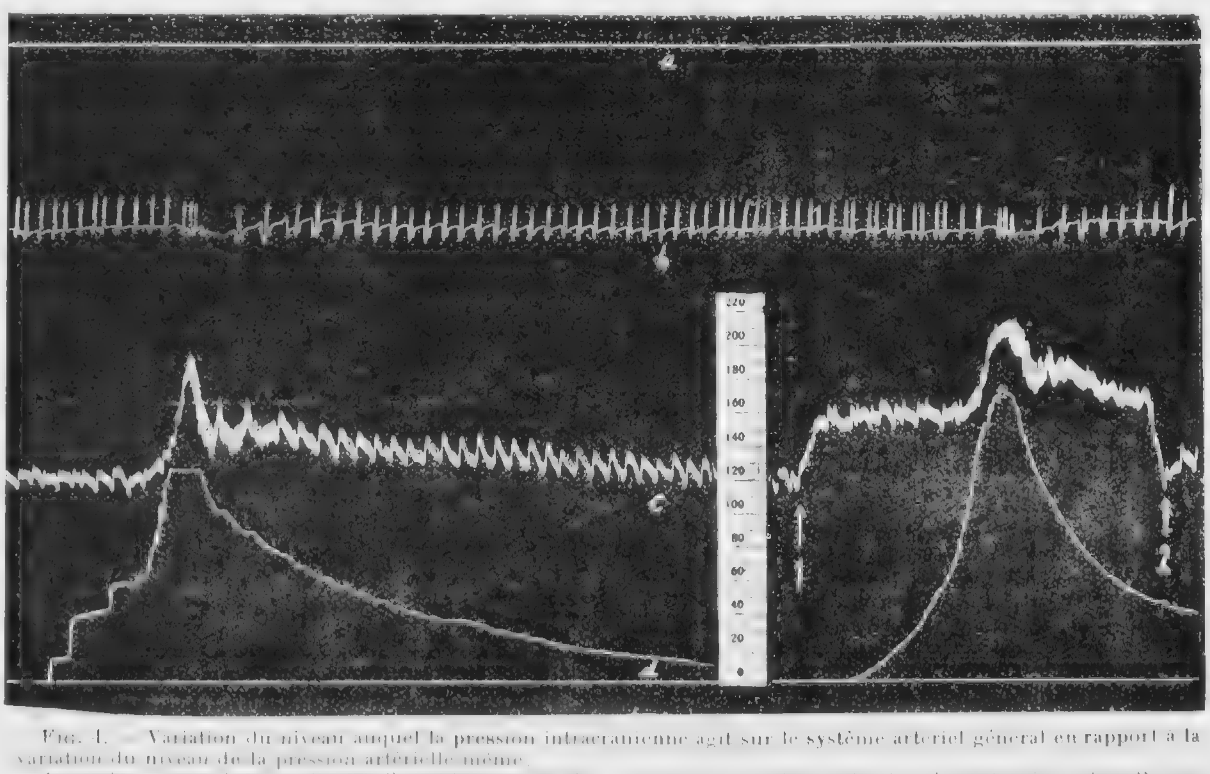


Fig. 4. — Variation du niveau auquel la pression intracranienne agit sur le système artériel général en rapport à la variation du niveau de la pression artérielle même.
A gauche : animal en conditions d'expérience normales. A droite : le même animal en hypertension artérielle par occlusion des carotides.
De haut en bas : temps en 3 secondes, courbe de la respiration, pression artérielle, pression intracranienne.

maine vasculaire sans que la pression générale soit modifiée ; ainsi Dixon et Heller ont observé en conséquence de petites hypertensions intracraniennes une vaso-constriction dans le domaine du splanchnique. Wolff et Forbes ainsi que Eyster et ses collaborateurs ont remarqué, lorsque la pression artérielle générale ne montre pas encore de modifications, une augmentation de la pression artérielle intracranienne comme première réponse à l'hypertension du lidiquide céphalo-rachidien.

En plus nous avons observé chez l'animal en hypertension artérielle par dénervation des zones réflexogènes cardio aortiques et sinus-carotidiennes une réponse plus précoce, c'est-à-dire des modifications des tracés de la pression artérielle et de la respiration en conséquence d'une augmentation de la tension intracranienne même modérée et qui ne donne aucune modification chez l'animal en conditions d'expériences normales. Cette constatation peut nous dire que dans certaines conditions les centres peuvent montrer une plus grande sensibilité vis-à-vis du phénomène mécanique de l'augmentation de la tension intracranienne qui peut donc jouer un rôle différent et modifier son importance selon les conditions des centres mêmes.

Nous n'essayons pas d'aller plus loin dans l'interprétation de ces phénomenes ; dans cette note nous nous sommes limités à signaler ce que nous avons observé dans l'étude expérimentale des réponses de la pression artérielle à l'augmentation de la tension intracranienne et nous n'avons d'autre prétention que de montrer quelques aspects intéressants de cette question.

(*Nous remercions ici bien vivement M. A. Lemaire pour toutes les suggestions et les précieux conseils que bien aimablement il nous a donnés pendant nos expériences.*)

BIBLIOGRAPHIE

ADAMKIEWICZ. — *Neurol. Zentralbl.*, 1897, XVI, 434.
ALBERT. — *Revue belge Sc. médic* 1934, 2, 97.
CASTEX. — La hipertension arterial Ed. Andreotta Buenos-Aires, 1929.
CUSHING. *Am. J. M. S.* CXXIV, 1902, 375. — *Am. J. M. S.*, CXXIV, 1903, 1917. — *J. Hopkins Bull.*, XII, 1901, 290.
DIXON, HELLER. — *Arch. f. Exper. path. und pharmak.*, 1932, 166, 2-4.
EYSTER. — *J. of exper. med.*, 1906, VIII, 565.
EYSTER, BURROWS ESSICK. — *J. of exper. med.*, 1909, XI, 489.
FRANÇOIS-FRANCK. — Travaux du Laboratoire Marey, 1877, III, 273.
GREPPI. — *Revista di Neurol*, 1933, VI 2.
GUERSNEY, WEISMAN, SCOTT — *Arch. of Intern. Med.*, LII, 1933, 306.
HELLER. — *Klin. Woch.*, 1934, XIII 7.
HERMANN, MALMÉJAC et JOURDAN. — *C.R.S.B.*, 1931, 20,703.
LENORMANT, WERTHEIMER, PATEL. — Rapport, XLIIe Congrès chirurg., Paris, 1933.
LOEPER, LEMAIRE, PATEL. — *Presse méd.*, CIII, 1930.
LOEPER, LEMAIRE, DE SÈZE — *C.R. S.B.*, 1930, 23, 1111.
PARISOT. — *C.R S.B.*, XVI, 1909, 939.
TOURNADE, CHABROL. — *C. R. S. B.*, 28, 11, 1925.
WERTHEIMER, DECHANNE FONTAINE. — *Ann. anat. path.*, 1933, X, 1934.
WERTHEIMER, FRIEH. — *Presse méd.*, 1935, 699.

« Si on jette un coup d'œil sur les statistiques, on observe que chaque année le nombre des cas mortels ou d'accidents graves provoqués par l'électricité croit d'une façon inquiétante. Il est difficile de donner les chiffres exacts des accidents mortels causés par l'électricité, d'autant plus que les différents pays ne donne pas de statisques complètes à ce sujet. En France, celle des accidents mortels publiée par le ministère du Travail, qui ne concerne que les usines ou exploitations, indique 55 cas mortels en 1920, 91 cas en 1921, 73 cas en 1922, sur un total de 1.000 à 1.200 accidents mortels par an. Passavant donne pour les années 1927 et 1931 une moyenne de 240 cas par an. »

(Dr MÉLISSINOS. — Conférence à l'Institut de Médecine légale de Lille, publiée par l'*Echo Médical du Nord*, 18 août 1935.)

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Etat actuel de l'immunologie et du traitement de l'infection blennorragique

Par G. CHICK

Dans ses grands traits l'infection blennorragique ne diffère pas considérablement des autres infections aiguës qui guérissent suivant l'aptitude du malade à développer une immunité. Etudiant particulièrement cette question de la blennorragie urogénitale du point de vue de l'immunité, Pelouze (1) considère que sa guérison est le fait d'une réaction locale, ne dépendant pas du développement des anticorps humoraux. « La blennorragie, dit il, est une affection due à la pénétration des tissus par les gonocoques ; pas de pénétration bactérienne, pas de blennorragie ».

Cet auteur distingue des surfaces à revêtement squameux immunisés à la pénétration gonococcique ; des surfaces à épithélium cylindrique extrêmement susceptible, à faible immunité, où l'infection passe à la chronicité ; enfin des surfaces à cellules de transition qu'on peut classer en deux catégories : *a*) celles fermement adhérentes aux structures sous-jacentes, et *b*) celles peu adhérentes. Les premières tout en étant susceptibles à la pénétration gonococcique présentent une certaine immunité ; les deuxièmes sont pratiquement immunisées à moins que leurs surfaces ne soient altérées par le traumatisme ou l'irritation.

Les surfaces à épithélium cylindrique comprennent l'urètre antérieur et tous les canaux et glandes muqueuses se déversant dans le canal. Parmi les surfaces à cellules de transition il faut comprendre l'urètre et le trigone chez l'homme, le trigone seul chez la femme.

L'auteur fait remarquer en premier lieu que l'ingestion de l'alcool, les états d'excitation sexuelle et la menstruation inhibent plus ou moins l'immunité et favorisent la chronicité de l'infection. En outre la structure anatomique favorise la persistance des foyers dans les zones se drainant mal. Il s'ensuit que pour une guérison, il faut établir : un bon drainage. Un drainage intermittent favorise la chronicité de l'infection. L'absence de drainage est responsable de la formation d'abcès. Quand il n'y a pas de formation d'abcès, la muqueuse continuellement en contact avec le même pus pendant une longue période de temps subit une stérilisation avec lysis des gonocoques, tant de son contenu que de ses parois.

En ce qui concerne l'immunité vis-à-vis de la blennorragie, sa fixité et sa durée, l'auteur après des années d'observation a pu établir certaines règles qu'il résume :

1° Il ne semble pas y avoir d'immunité fixe vis-à-vis de la blennorragie, présentée par les portions susceptibles du tractus urogénital ;

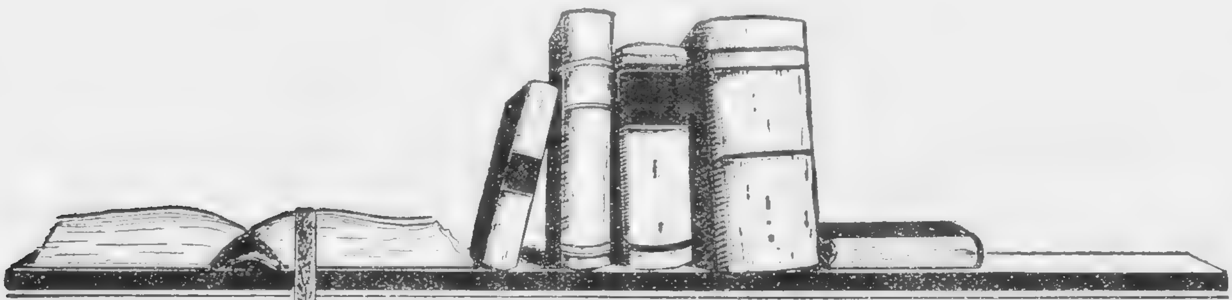
2° Il se développe une immunité transitoire vis-à-vis du type de gonocoque envahisseur ;

3° Cette immunité persiste de quelques mois à un an et davantage ;

4° Cette immunité n'est pas active vis-à-vis des gonocoques provenant d'une autre source ;

5° Si le malade transmet la maladie à un autre, sa mu-

(1) PELOUZE. — The immunologic aspect of gonococcic infection. *Jorn. Am. med. Ass.*, 15 déc. 1934, n° 24, pp. 1819-1821.



Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

La médecine de Maimonide. — *Le Docteur Kontorowitsch vient à l'occasion de la naissance du grand philosophe, de consacrer un intéressant article* (STRASBOURG MÉDICAL, 25 août 1935) *à Maimonide médecin. En voici un extrait :*

Les pensées fondamentales que Maimonide exprime déjà au XII[e] siècle dans quelques-unes de ses œuvres font en beaucoup d'endroits une impression toute moderne.

En voici quelques exemples :

Maimonide accentue l'utilité des sports (tels que : la gymnastique, le jeu de balle, la lutte, l'escrime, les exercices de respiration) comme étant favorables à la santé. En même temps il souligne l'importance du bien-être de l'âme comme condition première d'une bonne gymnastique. « Il n'y a rien au monde qui égale le mouvement et les exercices corporels modérés, pour produire une chaleur naturelle dans toutes les parties du corps. » Il conseille à ses lecteurs de prendre domicile dans les parages où il y a beaucoup d'air et de soleil. Il leur conseille de ne pas se fixer dans un endroit où il n'y a ni médecin, ni chirurgien, ni bain, ni lieux d'aisance, ni eau courante.

Les anomalies physiques et les maladies héréditaires doivent être combattues par les lois de mariage et de conception.

Maimonide accorde beaucoup d'espace dans ses œuvres aux questions de l'hygiène sexuelle.

Il met ses lecteurs en garde contre l'emploi constant de médicaments et leur recommande d'en suspendre l'usage pendant un certain temps. Adversaire des remèdes médicaux proprement dits, Maimonide a toujours, d'après l'exemple d'Hippocrate, répété de nouveau que la tâche du médecin consiste à assister la nature dans ses intentions de guérison, et c'est pourquoi il attachait une si grande importance au côté hygiénico-diététique de la thérapeutique.

Maimonide se vouait consciencieusement à sa profession de médecin. En pouvait-il être autrement chez l'homme à qui nous devons la phrase suivante : « Le médecin, à qui incombe la tâche de la conservation de la santé du corps humain, doit d'abord examiner exactement ce corps, autant dans son ensemble que dans ses parties, et s'enquérir des choses qui lui apportent des maladies, de la manière de les éviter, et de ce qui conserve la santé de ce corps ». En général, Maimonide attachait une grande importance à un examen minutieux du malade, ainsi qu'à la prophylaxie. « Le médecin », disait-il, « doit juger le malade individuellement et dans ses rapports avec l'ensemble de sa constitution. Il doit considérer le degré de vigueur, l'âge du malade ainsi que le degré auquel la maladie présente se rapporte à d'autres maladies ou manifestations morbides. »

Maimonide exige que le médecin préparé à sa profession par une instruction adéquate consacre aux problèmes médicaux une intense spéculation critique ainsi que de constantes investigations progressives.

« La compréhension de l'art médical », écrit-il dans son *Du régime de la santé*, « basée sur des livres est très facile pour chaque personne en possession de son entière raison naturelle, cependant son application dans un cas spécial est difficile pour celui qui en possède le savoir approfondi. Pour ceux qui ne comprennent pas les principes de ce métier, et pour les gens animés d'un excès d'ardeur, il va sans dire que rien n'est difficile, ils ne voient pas qu'il y a une maladie qui demande une ample réflexion. »

On ne peut pas, bien entendu, juger uniquement du point de vue de l'état des investigations actuelles toutes les opinions écrites par Maimonide sur la médecine. Si pourtant on lit ses écrits médicinaux ou ses remarques se rapportant à la médecine dans ses ouvrages théologiques et philosophiques, on y trouve aussi bien des choses qui correspondent absolument à nos opinions d'aujourd'hui.

Médecine nationale-socialiste. — JE SUIS PARTOUT :

On sait que le national-socialisme prétend faire sentir son influence sur la philosophie, les arts et même les sciences. La médecine est un de ses domaines préférés. Un groupe important de nazis, parmi lesquels Rudof Hess et Streicher, préconisent une thérapeutique relevant du naturisme, de l'homéopathie et des anciennes méthodes de guérison par les simples. Ce groupe tient des Congrès, publie des revues, comme *Santé populaire allemande par le sang et le sol*, dont le titre rappelle les théories de M. Darré et dont les thèses se rattachent étroitement au racisme.

Elles consistent tout d'abord en ceci, que la santé d'un peuple tient à son sang et que ce sang doit rester pur de tout mélange. En conséquence, on ne doit pas lui infuser de sang animal, comme c'est le cas dans les sérums employés par la médecine moderne. La médecine nationale-socialiste combat donc la sérothérapie, qui est à ses yeux « typiquement juive », contraire à la nature et qui corrompt le sang humain par l'adjonction d'éléments étrangers.

Les nazis s'en prennent tout spécialement au sérum de la diphtérie et au savant allemand Behring, qui a contribué, avec le Docteur Roux, à sa découverte. Behring, lisons-nous dans un numéro récent de la revue sus-nommée, avait épousé une juive, il était « circoncis moralement » et fut pendant toute sa vie un instrument d'Israël. Il a été plus funeste qu'utile : depuis la découverte et la diffusion du sérum, la diphtérie fait plus de victimes qu'auparavant !

Parmi les savants que réprouve la « médecine populaire allemande », figurent encore Robert Koch et Calmette, accusé « d'avoir assassiné 76 enfants allemands à Lübeck » !

« Que l'on s'enquière auprès des éditeurs de livres scientifiques du tirage de ces sortes d'ouvrages ! Nous en verrons certains s'émerveiller d'arriver, même avec un ouvrage d'un intérêt considérable, à 1.000, 1.500 ou 2.000 — chiffres qu'ils jugent extraordinairement élevés. Cela prouve combien l'activité intellectuelle en général semble pénible dès que nous quittons la surface et dès que l'on cesse de prendre des formules pour des opinions. » (Conférence de M. Edouard PLANTAGENET : *Les sociétés secrètes. Le Courrier des grandes Conférences de Paris*, 10 août 1935.)

queuse peut modifier les caractères biologiques de ses gonocoques, si bien qu'ils peuvent la surinfecter ;

6° Une pareille surinfection peut présenter une période d'incubation égale à une nouvelle infection ;

7° Des infections répétées par le même type de gonocoque (mari et femme), peuvent produire un stade de porteur de germes, ne donnant pas de symptômes apparents.

8° La blennorragie acquise d'un porteur ne diffère pas de celle avec des manifestations actives ;

9° Les infections gonococciques, contrairement à l'opinion courante, sauf chez les porteurs, ne sont pas à l'état latent pendant des années, pour se réveiller brusquement ;

10° La virulence de l'infection est une affaire de terrain et non de gonococcie.

Herrold (1) et Barringer (2) s'occupent particulièrement du traitement de la blennorragie, ce dernier auteur chez la femme. Le premier se basant sur des observations de laboratoire pratiquées au cours de l'infection constate l'insuffisance du traitement local dirigé au siège de l'infection. Son étude se base sur une série de cent cas de blennorragie masculine à tous les stades de l'infection. Celle-ci chez 35 des malades était limitée à l'urètre antérieur, tandis que les 25 autres présentaient lors de leur premier examen une infection de l'urètre postérieur et de ses annexes.

Le traitement habituel que Herrold employa pour ses malades consistait en une injection quotidienne de l'urètre antérieur d'une dilution de chlorydrate d'acriflavine à 14.000, suivant une technique similaire décrite par Boyd (3).

Les résultats de ce traitement furent les suivants : dix-sept des malades du 1er groupe (infection limitée à l'urètre antérieur) réagirent défavorablement.

Ceci indiquerait qu'il y aurait un degré variable de résistance dans l'urètre au gonocoque, qui peut être purement localisé ; ou bien une manifestation d'une réaction anticorps généralisée. Ces faits permirent à l'auteur de conclure que seules les infections légères peuvent guérir avec une unique injection quotidienne d'un antiseptique ; le résultat est plus certain qu'avec des injections fréquentes.

Dans les cas d'infections graves et ceux avec infection de l'urètre postérieur et des glandes annexes, les applications locales d'antiseptiques sont à déconseiller ; pour les cas limites, à infections modérément sévères si l'amélioration clinique ne se produit pas rapidement, il faut cesser le traitement local.

Parlant des autres modes de traitement, l'administration par la voie buccale (Santal) ne semble efficace qu'au stade d'infection postérieure subaiguë.

La voie intraveineuse avec le gluconate de chaux a présenté des effets heureux au cours du stade aigu des complications telles qu'une épididymite. On peut remplacer ce produit avec avantage, quand il y a des infiltrations subaiguës et cliniques par de l'iodure de sodium intraveineux. Le traitement intraveineux, dans les cas de blennorragie non compliquée, se montre particulièrement efficace, associé au traitement local et au traitement de la prostate.

Les injections intramusculaires des protéines étrangères donnaient de bons résultats, mais inconstants ; l'autohémothérapie est celle qui produit le moins de réactions violentes et donne les meilleurs résultats dans les cas d'arthrite blennorragique ; elle a une influence heureuse sur la prostate.

(1) HERROLD. — The treatment of gonorrhea based on laboratory. Observations during the course of the disease. *Journ. Amer. med. Ass.*, 15 déc. 1934, pp. 1821-1825.

(2) BARRINGER E.-D. — The treatment of gonorrhea in the female. *Journ. Amer. med. Ass.*, 15 déc. 1934, pp. 1825-1829.

(3) BOYD M. L. — Acute anterior gonorrheal urethritis cured with acriflavine. *Journ. Urol.*, janvier 1928, t. 19, p. 89.

Herrold passe en revue les divers antigènes, vaccins qui sont actuellement employés : les résultats sont contradictoires et l'auteur conseille une certaine réserve dans leur emploi, considérant qu'actuellement ces procédés méritent une mise au point.

Contrairement à lui, Barringer étudiant la vaccinothérapie de la blennorragie chez la femme, tout en admettant que ce n'est pas un spécifique de la guérison, reconnaît qu'elle constitue une forme de traitement très précieuse aux stades aigu et subaigu de la maladie. Cela peut être également vrai pour les cas chroniques où l'agent infectieux principal est le gonocoque. La vaccinothérapie par contre ne montrerait aucune valeur dans les cas à infection mixte.

L'auteur a soumis ainsi 30 cas à une vaccinothérapie à dose élevée (3 billions et au-dessus), 5 cas à de petites doses (3 billions au minimum) et 30 cas au traitement ordinaire.

Le vaccin était injecté intramusculairement dans la région deltoïdienne : 5 à 21 doses, en général 15, à doses progressivement croissantes, en débutant avec 3 billions par dose. L'auteur observa dans presque tous ces cas des réactions locales et générales, dont l'intensité se trouvait en rapport avec la quantité de la dose injectée.

Aux stades aigus et subaigus, la vaccinothérapie semble raccourcir notablement la période d'hospitalisation. Cependant, Barringer avoue que l'inconvénient d'une réaction violente, surtout avec de grosses doses, doit être pris en considération avec ce traitement. Aussi, il se pose la question, si réellement de très grosses doses soient justifiables, à cause de ces réactions intenses. Il se peut, écrit-il, qu'une vaccinothérapie à doses plus faibles, associée au traitement habituellement employé, donnerait le type de traitement désirable.

Cet auteur conclut qu'en tout état de cause, la vaccinothérapie mérite de l'intérêt et présente suffisamment d'importance pour engager à étudier plus complètement les questions du dosage, des réactions de fixation de complément et des épreuves de contrôle de la guérison.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Troubles endocriniens et lésions dentaires

Par A. WILCKEN (de Paris)

Il n'a pas encore été possible, jusqu'à présent, d'établir s'il existait d'une façon certaine, un rapport entre les troubles des glandes à sécrétion interne et le développement du système dentaire. Certaines constatations cependant tendraient à le laisser supposer.

On a remarqué que la carie dentaire était plus répandue dans le sexe féminin. De plus, les femmes ont des périodes de leur vie physiologique où leurs dents subissent des altérations. Ce sont la puberté, la grossesse et la lactation. La décalcification invoquée comme cause de carie dentaire pendant la grossesse n'est pas prouvée, et n'expliquerait pas la recrudescence de caries pendant la puberté, tandis que les manifestations ovariennes de ces trois états physiologiques ayant pour conséquence la décalcification des dents, on peut supposer une action encore inconnue de ces glandes sur la répartition des éléments nutritifs nécessaires aux dents.

Marinus, dans « *Dental record* », a publié un article très documenté se rapportant à l'examen de 5 000 enfants. Il constate que le fonctionnement exagéré du lobe antérieur de l'hypophyse a une action sur le développement des maxillaires, quand il existe de l'acromégalie. L'insuffisance thyroïdienne est productive d'anomalies de la dentition, remarquable surtout dans la dentition temporaire, anomalies portant surtout sur l'émail. En outre, les hypothyroïdiens sont porteurs de lésions dentaires très accentuées. Le traitement thyroïdien reste sans effet sur ces sujets. Cela veut-il dire que les lésions ne sont pas en rapport avec les glandes incriminées ? Non. L'inefficacité du traitement thyroïdien tient à ce qu'il est appliqué trop tard, sur des organes complètement formés, par conséquent non susceptibles de modifications.

Les parathyroïdes ont un rôle important dans le métabolisme calcique. Leur déficience produisant l'hypocalcémie, il est hors de doute, que cette déficience endocrinienne entraîne la carie dentaire. C'est particulièrement dans ce cas que l'administration de prescriptions calcigènes donne de bons résultats.

Julien Tellier et Paul Beyssac ont relaté des troubles dentaires graves concordant avec une hyperthyroïdie du type Basedow, accompagnés d'insuffisance ovarienne.

Les lésions dentaires ont de multiples causes reconnues. Il convient dès maintenant de penser aux troubles endocriniens comme étant susceptibles, dans certains cas, d'avoir une action défavorable sur le système dentaire.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'interprétation pathogénique de la mort subite au cours de la pleurésie séro fibrineuse a fait l'objet de nombreuses discussions, de recherches expérimentales variées et un certain nombre de théories ont été proposées pour l'expliquer. Une observation rapportée par MM. J. Troisier, Bariéty et H. Brocard apporte un élément intéressant dans cette question si controversée, du fait surtout que l'examen histologique du bulbe a été pratiqué, ce qui semble n'avoir pas été fait antérieurement.

Un chauffeur de 36 ans, entre à l'hôpital Beaujon, porteur d'une pleurésie droite séro fibrineuse classique, survenue en pleine santé apparente. A l'examen stéthacoustique, l'épanchement se révèle de moyenne abondance, ne dépassant que de peu l'angle inférieur de l'omoplate. Sa formule cytologique, encore panachée, atteste que l'exsudat pleural est de date récente. La cuti-réaction à la tuberculine, franchement positive, vient témoigner de sa nature tuberculeuse. Une nuit, sans que rien n'ait annoncé cette issue dramatique, le malade est brusquement réveillé par une crise de dyspnée ne s'accompagnant d'aucune convulsion. Ces phénomènes ne durent que quelques minutes et le malade meurt avant l'arrivée de l'interne de garde.

A l'autopsie, ce qui retint surtout l'attention, ce fut la différence très nette de coloration entre les deux moitiés du plancher du 4e ventricule, à droite, teinte normale ; à gauche, teinte lilas, qui se retrouvait très nettement sur une coupe transversale du bulbe : sur une profondeur de 2 à 3 mm., le parenchyme bulbaire avait une teinte mauve anormale au niveau de l'aile blanche interne.

L'examen histologique de cette région du bulbe fut très démonstratif. A droite, aucune lésion du plancher ventriculaire, par contre, à gauche, en plein parenchyme, non loin de l'olive, on trouva, au voisinage l'une de l'autre, deux types de lésions vasculaires aiguës.

La première est caractérisée par une thrombose massive d'un petit vaisseau bulbaire. Il s'agit d'un *thrombus blanc* typique, avec surdistension du vaisseau par un amas de leucocytes, se partageant à peu près également en polynucléaires neutrophiles et cellules mononucléées de même taille. A peine, çà et là, quelque peu de fibrines et quelques hématies. L'endothélium est à peu près intact ; quelques noyaux, cependant, apparaissent tuméfiés, ébauche de réaction inflammatoire.

Le second type de lésions vasculaire, est totalement différent. Cette fois, le vaisseau intrabulbaire contient, dans sa lumière, un sang normal non coagulé. Mais, à son pourtour, distant et refoulant excentriquement le tissu nerveux, le dilacérant même par places, un épanchement hémorragique s'est fait jour. Ce *processus hémorragique extravasculaire* ne s'accompagne pas sur les coupes sériées de lésions pariétales évidentes. Il se rattache à n'en pas douter au processus thrombosique.

Comme dans un infarctus pulmonaires, on doit considérer que la lésion hémorragique est secondaire à la lésion initiale thrombosante.

Les lésions anatomiques vasculaires du bulbe expliquent à n'en pas douter la mort subite de ce pleurétique. Un doute subsiste cependant sur la pathogénie exacte de ces micro-infarctus bulbaires.

(J. Troisier, M. Bariéty et H. Brocard. La mort subite au cours de la pleurésie séro fibrineuse. *La Presse médicale*, 26 juin 1935.)

Le mécanisme intime de la production des hémorragies cérébrales est un objet de discussion pour les anatomopathologistes. Un certain nombre, surtout dans les pays germaniques, admettent selon la doctrine régnante encore de G. Ricker la théorie des spasmes vasculaires et soutiennent que les accidents encéphalorragiques résulteraient par voie diapédétique ou par transsudation sanguine, favorisée par un processus d'angio-nécrose des parois artérielles.

Les auteurs français, sans nier complètement la genèse diapédétique de ces accidents hémorragiques, prétendent que la majorité des encéphalorragies seraient dues à une rupture artérielle. MM. D. Paulian et Bistriceano se rallient à ce dernier point de vue. Dans deux cas d hémorragie cérébrale, ils ont trouvé, par examens microscopiques sériés, des ruptures vasculaires des parois de plusieurs ramuscules artériels.

Sans infirmer la valeur d'une genèse diapédétique de l'hémorragie cérébrale, soutenue par les auteurs allemands, ils pensent que dans la majorité des cas, quand il s'agit d une hémorragie cérébrale massive et abondante, le mécanisme intime reconnaît une rupture des vaisseaux artériels et non seulement un simple processus d'érythro-diapédèse.

(D. Paulian et L. Bistriceano. Contribution à l'étude physiopathologique des hémorragies cérébrales. *La Presse médicale*, 12 juin 1935.)

Certaines algies faciales, surtout celles à prédominance fronto orbitaire, sont améliorées très nettement ou guéries par une intervention endo-nasale, dirigée sur le cornet moyen. — Cette intervention, qui rentre dans le cadre général de la thérapeutique des algies — paraît agir plus sur le nerf trijumeau que sur le système vago-sympathique.

(Georges Departout. La chirurgie du cornet moyen dans le traitement des encéphales. *La Presse médicale*, 26 juin 1935.)

Gynécologie

Les observations publiées d'hémorragie grave par rupture strictement limitée à l'hymen ne sont pas nombreuses. — On ne relève guère dans la littérature que dix-neuf observations incontestables d'hémorragies sérieuses où la rupture de l'hymen ne s'accompagnait d'aucune lésion de voisinage. Par contre, d'assez nombreuses observations de lésions très étendues ont été publiées.

Lorsque la défloration intéresse l'hymen seul, l'abondance de l'hémorragie peut relever soit de causes générales, soit de causes locales.

Causes générales : hémogénie, troubles de la coagulation sanguine au cours des maladies du sang. Roze, dans sa thèse, relate le cas d'une femme de 20 ans, qui atteinte d'hémophilie, succomba la nuit de ses noces à la suite d'hémorragies occasionnées par la rupture de l'hymen.

Causes locales. — La forme de l'hymen et celle de la région génitale jouent peut-être un rôle dans la production de l'hémorragie.

La structure anatomique de l'hymen et le développement de son réseau vasculaire entrent pour une plus grande part encore

en ligne de compte. Une déchirure veineuse ou une rupture artérielle peuvent provoquer une hémorragie. Les dilatations veineuses de l'hymen n'ayant jamais été signalées, il faudrait une rupture dépassant largement les limites de l'hymen pour qu'une lésion veineuse puisse être incriminée (varices au niveau de la vulve).

La déchirure d'une artériole a été constatée dans quelques cas.

Exceptionnellement, le corps spongieux de l'hymen peut acquérir un certain développement. L'hymen renferme alors du tissu érectile (d'Henle). Ces hymens sont désignés sous le nom d'hymens charnus ; mais, en réalité, ils sont bien plutôt vasculaires. Une fois rompus, ils donnent naissance à des hémorragies menaçantes.

Le mode de rupture hyménéale semble aussi intervenir dans la production de l'hémorragie. La zone périphérique de l'hymen étant la plus vascularisée, cette désinsertion peut s'accompagner d'une forte hémorragie.

Le diagnostic des hémorragies de la défloration n'est pas toujours aussi simple que l'on pourrait le supposer *a priori*.

Faute de renseignements, ou en raison de renseignements erronés, on peut tout d'abord songer à une fausse couche ovulaire ou à tout autre facteur d'hémorragie génitale. Certains malades cherchent sciemment à créer une équivoque.

Seul un examen gynécologique minutieux permet de différencier une rupture strictement limitée à l'hymen d'une lésion plus complexe des voies génitales.

Dans la littérature, on ne trouve qu'un seul cas de mort à la suite de rupture de l'hymen. Cet accident concernait une femme vraisemblablement atteinte d'hémogénie.

Le tamponnement simple a à son actif un certain nombre de succès, mais aussi des échecs. La ligature artérielle est indiquée chaque fois que l'hémorragie se fait en jet et est due à la rupture d'une artériole. La suture de l'hymen n'est pas à conseiller. Chez les hémogéniques, la thérapeutique générale devra compléter le traitement local.

(André Binet et Max Tuger. Les hémorragies graves par rupture isolée de l'hymen au cours de la défloration. *La Presse Médicale*, 19 juin 1935.)

Pédiatrie

Un jeune enfant est pris en bonne santé d'une crise brusque de suffocation. — Sait-on qu'il a déjà présenté du spasme de la glotte ? On agit en conséquence : aspersions froides, inhalations de quelques gouttes d'éther sur un mouchoir, frictions cutanées, excitation de la muqueuse nasale, respiration artificielle.

Ce n'est pas un spasmophile, tout de suite penser à un corps étranger. S'enquérir, radioscopie, radiographie.

Etait-il enroué chroniquement ? penser au papillome, demander une laryngoscopie directe.

N'y a-t-il aucune autre cause en vue ? La radiographie aura montré l'hypertrophie du thymus. L'enfant était enrhumé, il suffoque la nuit, laryngite striduleuse.

Sa voix, sa toux attirent l'attention, il étouffe, on regarde sa gorge et on trouve la diphtérie qui explique le croup. Le croup d'emblée, le croup sans angine est rare, il peut se voir.

L'enfant était enrhumé, mais il étouffe la nuit et aussi le jour, l'état devient grave ; laryngite aiguë intense, laryngite sous-glottique, laryngo-trachéo-bronchite suffocante ?

Il faut voir le larynx le plus vite possible, demander une laryngoscopie directe, elle est toujours possible. Elle dira ce qu'il faut faire, les nouvelles instrumentations, les nouvelles techniques nous permettant de voir la laryngite du jeune enfant.

Il faut le savoir, il faut y avoir recours, toutes les fois que le diagnostic n'est pas évident. Il ne faut pas laisser un enfant mourir pour un corps étranger méconnu dans les bronches, le laisser s'étouffer sans regarder son larynx.

(Robert Bourgeois. Les crises de suffocation chez l'enfant. Leur diagnostic. Leur traitement. *Revue médico-sociale de l'enfance*, juillet-août 1935.)

Diététique

Dans un même repas peut-on associer viandes et légumes ? N'est-il pas préférable de conseiller des repas homogènes, viandes ou légumes et non viandes et légumes ? On comprend mal comment on peut associer dans une même cavité une digestion de légumes qui exige un milieu neutre, avec une digestion de viande, qui réclame un milieu acide.

Il apparaît rationnel de conseiller à un malade de l'estomac de faire trois repas homogènes :

Le premier à base d'albuminoïdes : viandes et poissons.

A titre de concession, on permettra, à ce repas de viande, quelques légumes verts ou frais, peu riches en amidon (8 à 12 pour 100), (salades, carottes, panais, navets...), ou quelques pommes de terre cuites à l'eau (20 pour 100), pour remplacer le pain trop riche en amidon (60 pour 100).

Le second à base d'aliments riches en féculents : pain (60 pour 100), riz (75 pour 100), pâtes (75 pour 100), légumineuses (50 pour 100).

Enfin, au repas du matin, et toujours dans un but d'homogénéité, on réservera les aliments riches en cellulose : bouillon de légumes, fruits non pelés, compotes de pruneaux, confitures à peaux, légumes crus et hachés.

La cellulose, que ces aliments apportent, amorce les contractions péristaltiques de l'intestin, assure la rapidité du transit, absorbe les toxines intestinales.

Par contre, cette cellulose indigestible ajoutée aux aliments digestibles des grands repas retarde leur évacuation stomacale et augmente toutes les sensations douloureuses d'origine gastrique. D'où la nécessité d'en faire un repas séparé.

Un individu digérant normalement n'acceptera que difficilement les repas homogènes. L'homme étant décrété « omnivore », objectera-t-on, doit logiquement manger, associés, viandes et légumes. Or tous les animaux peuvent se ranger en deux catégories : les carnivores et les herbivores.

Si l'homme est devenu omnivore, c'est par raffinement gustatif, mais il est un omnivore stomacalement encore mal adapté.

Et c'est pourquoi, les repas homogènes (viandes ou légumes) apportent une transaction qui permet à l'homme devenu omnivore de satisfaire ces deux antagonismes : *son raffinement gustatif et son insuffisance digestive*, en lui apportant une alimentation carnée et végétarienne, *mais en repas séparés*.

(Léon Meunier. Des repas homogènes. Dans un même repas peut-on associer viandes et légumes. *La Presse Médicale*, 20 avril 1935.)

Intoxication

Le benzol, l'éther de pétrole et l'acétate d'amyle sont utilisés avec une faveur croissante non seulement comme solvants, mais également comme véhicules de substances étrangères en pulvérisations au « pistolet ».

Ces pulvérisations ont pour premier effet d'exiger des quantités de benzol, d'éther de pétrole et d'acétate d'amyle, dix à cent fois plus considérables qu'autrefois et cela sans mesures protectrices correspondantes. Certaines usines ont augmenté 40 fois leur consommation de benzol et d'éther de pétrole depuis la guerre.

Lorsque l'on interroge la littérature, quant à l'effet physiologique de ces substances et en particulier leur action sur le système vasomoteur, on est frappé par le peu de renseignements expérimentaux que l'on peut recueillir. Or, les vapeurs du benzol, d'éther de pétrole, d'acétate d'amyle jouissent d'une propriété particulière, celle de paralyser le système vasomoteur périphérique.

Cette action paralysante est particulièrement rapide.

En ce qui concerne l'acétate d'amyle et le vernis dit cellulosique, des expériences ont mis en évidence un phénomène assez particulier, à savoir les propriétés paralysantes qu'acquièrent ces deux solvants volatils dès que leur température s'élève légèrement.

La paralysie exercée par tous ces solvants porte sans aucun doute (mais sans préjuger d'autres actions possibles) sur la fibre musculaire lisse des vaisseaux. Si la fibre vasculaire répond d'une manière si soudaine et si franche à l'action des solvants volatils, c'est probablement qu'elle est la première à être mise en contact avec le poison après le cœur. Le cœur lui-même manifeste, d'ailleurs, d'une manière toute particulière, sa souffrance et peut dans le cas du benzol et de l'éther de pétrole ne plus supporter une surcharge adrénalique.

Ici encore apparaît la liaison intime existant entre la physiologie d'une part, la pharmacodynamie, la toxicologie et l'hygiène d'autre part. Plus que toute autre, la conception physiologique de ces phénomènes toxicologiques souligne le danger de ces poisons industriels.

Ceux-ci sont utilisés pour l'extraction des graisses et des huiles, pour la coloration et le laquage par pulvérisation, pour le nettoyage des métaux ; dans les fabriques de cuir artificiel, de couleurs d'imprimerie, de soie artificielle ; comme moyen de

nettoyage des habits ; comme produits contre les parasites, pour le séchage des cheveux, la désinfection de certains locaux ; sous forme de substances ajoutées aux huiles pour parquets ; dans les produits de protection contre la rouille, dans les industries de la chaussure ; pour la peinture des meubles ; en réalité, dans la plupart des industries dont certaines, de mécaniques qu'elles étaient il y a vingt ans, sont devenues purement chimiques.

Il y a là évidemment un état de fait qui demande une réglementation hygiénique basée sur une étude sérieuse de l'intoxication aiguë et chronique par ces produits et des moyens de la prévenir.

(Louis Dautrebande. La paralysie du système vasomoteur par les solvants volatils industriels benzol, éther de pétrole, acétate d'amyle, vernis cellulosique. *La Presse Médicale*, 6 juillet 1935.)

Le formaldéhyde sulfoxylate de soude ou méthylène sulfoxylate a été préconisé comme antidote de l'intoxication mercurielle aiguë par Sanford M. Rosenthal, Ce corps est un réducteur, non toxique, couramment employé dans l'industrie. Il entre dans la composition du novarsénobenzol. Il empêche l'oxydation du sel arsenical, l'oxydation le rendant plus toxique.

Comment agit le sulfoxylate ?

Si nous ajoutons, dans un tube à essai, à quelques centimètres cubes d'une solution de sublimé à 1 p. 100, quelques gouttes d'une solution de sulfoxylate à 1 p. 100, nous voyons se former, instantanément, un précipité blanc de protochlorure de mercure, puis au bout de quelques minutes, ce précipité devient grisâtre, et, après quelques heures, un léger dépôt noirâtre de mercure métallique se dépose au fond du tube.

Ce qui est très remarquable, c'est que le sulfoxylate injecté par voie veineuse confère au sérum sanguin ce même pouvoir réducteur.

En somme, le sulfoxylate transforme, *in vitro* et *in vivo*, un sel mercuriel soluble en un seul insoluble et en mercure métallique. C'est un corps très diffusible, de très faible toxicité.

Les lésions viscérales s'établissant très rapidement après l'intoxication mercurielle, c'est pendant les premières heures seulement que l'emploi de cet antidote peut être utile. Il est trop tard pour y recourir, lorsque la cellule rénale est touchée.

En thérapeutique humaine, la méthode doit être employée ainsi qu'il suit :

a) Aussitôt que possible après l'ingestion du toxique, pratiquer un lavage d'estomac avec une solution de sulfoxylate à 5 p. 100 (on trouve souvent des traces de précipité mercuriel dans l'eau de lavage) et laisser dans l'estomac 200 à 300 centimètres cubes de cette solution.

S'il est trop tard pour pratiquer un lavage gastrique, on pourra toujours faire ingérer au malade 10 grammes de sulfoxylate dans du jus d'orange. En cas de vomissements incessants, une injection de morphine peut être utile.

b) Aussitôt après, pratiquer une injection intra-veineuse de 10 grammes de sulfoxylate dissous dans 100 à 200 centimètres cubes d'eau distillée. Cette injection doit être poussée avec lenteur, en vingt à trente minutes. Dans les cas graves, on renouvellera cette injection à la dose de 5 à 10 grammes, quatre à cinq heures après. Il est possible de vérifier, à ce moment, *in vitro*, la réaction du sérum. Si son pouvoir réducteur est faible, le renouvellement de l'injection s'impose.

c) En cas de manifestations intestinales, ou si l'on juge qu'une trop petite quantité de sulfoxylate est restée dans l'estomac, on peut recourir aux irrigations rectales, une à deux fois par jour, avec une solution de sulfoxylate à 1 p. 1.000

Rosenthal a appliqué sa méthode à dix cas d'empoisonnement mercuriel chez l'homme. Le traitement fut institué entre une demi-heure et sept heures après l'absorption du mercure. Or, les dix malades guérirent complètement. Chez la moitié d'entre eux, on observa, dans les jours suivants, quelques selles sanglantes et des traces d'albumine, mais aucun ne fut atteint de néphrite mercurielle et, chez tous, l'azotémie se maintint à des chiffres normaux.

L'action antidote du sulfoxylate de sodium ne se borne pas au mercure, mais s'étend à d'autres métaux toxiques. Des recherches sont en cours (sels d'or).

(Leçon du Professeur Harvier. Sur quelques nouveaux antidotes. *Paris Médical*, 8 juin 1935.)

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement des manifestations épileptiques par un composé bromo-calcique injectable

Les Docteurs H. Dagand et G. Le Goarant (*Marseille Médical*, n° 35, 15 décembre 1934) publient une première série de neuf observations d'épileptiques qu'ils ont traités, à l'Asile Saint-Pierre de Marseille, par un nouveau sel bromo-calcique injectable, le bromo-galacto-gluconate de calcium (Calcibronat Sandoz).

Il s'agissait, pour la plupart, d'anciens pensionnaires de l'Asile, épileptiques congénitaux, imbéciles ou dégénérés profonds, qui, par la multiplicité et la violence de leurs crises, permettaient de suivre facilement l'action du médicament sur les paroxysmes du mal épileptique. Les auteurs insistent sur le fait que tous ces malades, suivis depuis plusieurs années, s'étaient montrés réfractaires à la phényl-éthyl-malonylurée, administrée à la dose d'au moins 20 centigr. par jour.

Les Docteurs Dagand et Le Goarant ont utilisé le Calcibronat Sandoz, en solution à 10 %, à la dose de 10 c. c. *pro die*, injectée par voie endoveineuse, par périodes de 3 à 4 semaines espacées d'un temps de repos d'égale durée.

La médication bromo-calcique a donné des résultats incontestables. Parmi les 9 cas cités, 6 ont été heureusement influencés, tant au point de vue de la fréquence que de l'intensité des crises. Les effets les plus favorables ont été obtenus dans l'état de mal.

Dans plusieurs cas, les auteurs ont observé une amélioration des autres manifestations de l'épilepsie : troubles confusionnels, impulsions, irritabilité. Toutefois, les épilepsies anciennes, avec manifestations démentielles, ne paraissent pas influencées par le traitement.

L'action du Calcibronat ne se manifeste généralement que vers la dixième injection. Par contre, elle persiste après la fin du traitement. Elle est due, pensent les auteurs, à une modification du milieu humoral par l'apport d'ions Ca et Br. Aucune intolérance n'a été notée.

« Nous croyons pouvoir conclure dès maintenant, écrivent les auteurs, que le Calcibronat intraveineux pourra être utilement employé dans les épilepsies réfractaires au gardénal. Son action sur les crises paraît certaine, dans la plupart des cas, si on l'utilise d'une manière suffisamment prolongée et régulière. »

La médication lacto-amidopyrique

M. Boz (*Gaz. des Hôp.*, 16 février 1935, n° 14, p. 231), qui avait déjà consacré sa thèse à cette médication, ne croit pas inutile de faire une mise au point de cette question.

Il envisage d'abord le traitement de la rougeole, principale indication de la médication lacto-amidopyrique. Après un court rappel historique (les premiers essais remontent à 1924 en Angleterre), il expose son expérience personnelle. Pendant deux ans, à l'hôpital de Nevers, Boz administra une solution de lactate d'amidopyrine à raison de quatre gouttes par année d'âge chez l'enfant, 60 à 80 gouttes chez l'adulte, répétées toutes les quatre heures, pendant 3 à 4 jours de suite. Son expérimentation porte sur 200 cas : toujours les symptômes de la rougeole furent très atténués et les symptômes pulmonaires furent très nettement améliorés. Jamais aucun incident ne fut observé au cours du traitement. Les vomissements, parfois signalés chez l'enfant, ont été évités en diluant le médicament dans un demi-verre d'eau gazeuse.

L'auteur cite ensuite un travail récent du Docteur Andrieu, professeur agrégé au Val-de-Grâce, portant sur 261 rougeoleux : dans un groupe de malades traités par l'amidopyrine, il y a eu une complication pulmonaire, une otite, aucun décès ; dans le groupe des malades non soumis à ce traitement, il y eut vingt-quatre complications pulmonaires, treize complications suppuratives locales et deux décès.

Le traitement amidopyrique se montre donc très efficace, à condition d'être prescrit à doses suffisantes.

De par ses propriétés analgésiques et antithermiques, l'amidopyrine lactique est encore indiquée dans les diverses algies et pyrexies et dans la grippe.

On peut dire que par suite de sa facilité d'administration et de sa parfaite tolérance, l'amidopyrine lactique est par excellence l'antithermique des enfants.

ACTUALITÉS

Ier Congrès international des Médecins Amis du vin

(Lausanne, 26-31 août 1935)

Ce Congrès vient de tenir ses assises sous la présidence du Professeur Portmann, assisté de M. le Docteur Eylaud, secrétaire général.

Le 26 août eut lieu dans l'Aula du Palais de Rumine la séance plénière d'inauguration du Congrès.

M. le Professeur Portmann, président, répondant aux nombreux discours de bienvenue des représentants officiels du canton de Vaud, de la Ville de Lausanne et de l'Université, a d'une façon ferme défini la position des médecins qui indifférents à toute polémique ont le seul souci au cours de leurs travaux d'étudier sur un plan strictement scientifique, les qualités alimentaires, hygiéniques et thérapeutiques du vin. Il s'est élevé contre toute campagne qui, trompant l'esprit public, semble faire croire que tout buveur de vin devient un alcoolique, mais le Professeur Portmann a ajouté que les médecins amis du vin ne défendraient jamais que les vins sains pris à dose modérée et qu'ils combattraient avec la même énergie autant l'abus du vin que l'usage des vins frelatés.

Dans la séance des travaux qui suivit, on entendit successivement les rapports du Professeur Baglioni, directeur de l'Institut physiologique de Rome sur « Les vitamines du raisin et du vin » et des Docteurs Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et J. Lièvre sur « Le vin dans les maladies diététiques de la nutrition ».

Dans un rapport très documenté, basé sur l'observation clinique et les acquisitions les plus récentes des méthodes chimiques, physiques et biologiques appliquées à la pathologie, les auteurs étudient les indications de l'usage du vin dans le régime alimentaire des maladies de la nutrition, spécialement l'obésité, le diabète, la goutte et les rhumatismes chroniques. Ils prouvent par leur exposé que la révision de cette question était nécessaire, étant donné l'ostracisme dont le vin avait été, à tort, l'objet au cours de ces cinquante dernières années dans la diététique de la plupart de ces affections.

Dans le *traitement de l'obésité*, le vin doit être exceptionnellement interdit, souvent il doit être prescrit, ses propriétés stimulantes permettant au patient soumis au régime de réduction alimentaire de supporter celui-ci. Il faut comme le montrent les auteurs distinguer au point de vue de la prescription du vin les diverses formes d'obésité suivant leurs causes. Dans les obésités endogènes (dues à des troubles de la nutrition dépendant du mauvais fonctionnement des glandes à sécrétions internes), l'interdiction du vin est inutile et souvent nuisible, le traitement devant porter sur le trouble organique cause de l'obésité. Son usage est utile par son action de renforcement du tonus neuro-musculaire et ses propriétés stimulantes des fonctions internes et de la diurèse. Dans les obésités exogènes (suralimentation globale, sédentarité), le vin doit, à pouvoir calorigène égal, remplacer une partie des aliments spécialement des hydrates de carbone et des graisses, pour les mêmes raisons que ci-dessus.

Dans le *traitement du diabète*, le vin est un élément indispensable qui, non seulement peut, mais doit figurer dans le régime alimentaire et être l'objet d'une véritable prescription thérapeutique. Comme le disent les auteurs, dans une formule brève et schématique, qui fait image : « Le vin est le pain du diabétique ». Le vin, en effet, permet au diabétique une ration susceptible de satisfaire à ses besoins calorifiques sans aggraver, tout au contraire, les troubles métaboliques fondamentaux qui sont à la base de la maladie diabétique, c'est-à-dire en n'outrepassant pas les limites de la tolérance hydrocarbonée et en ne rompant pas l'équilibre cétogène-anticétogène. Les auteurs précisent, à l'aide d'exemples concrets, quels sont, dans chaque forme de diabète et pour chaque type de la maladie, les règles qui doivent être appliquées pour la prescription du vin, tant en quantité qu'en qualité.

L'étude de la place que doit occuper le vin dans le *régime*



alimentaire des goutteux, fait l'objet d'un très long exposé. Les auteurs démontrent que, si le vin doit être interdit au cours de l'accès de goutte aiguë, il ne saurait l'être sans inconvénient dans la diététique de la goutte chronique. En dehors des accès, le vin non seulement est autorisé, mais même recommandé spécialement chez les goutteux qui en ont toujours bu, et chez ceux qui faisant antérieurement usage de boissons fermentées nocives, trouvent dans le vin un remplaçant bienfaisant. Ce qui est indispensable chez le goutteux c'est de prescrire le vin en quantités modérées, variables suivant chaque cas et d'interdire formellement l'usage de certains crus. Ces règles de prescription concernant le vin doivent être conjuguées avec celle d'une importance au moins égale concernant les divers aliments et l'hygiène générale.

Le chapitre concernant la place du vin dans *la diététique des rhumatismes chroniques* est encore plus riche que les précédents en aperçus nouveaux et en conclusions qui paraîtront révolutionnaires à beaucoup. Les auteurs montrent combien la notion erronée de l'arthritisme et surtout son extension abusive à tous les rhumatismes chroniques ont fait, et font encore commettre d'erreurs dans les prescriptions concernant le régime alimentaire et spécialement le vin chez les malades atteints de rhumatismes chroniques. Un grand nombre de rhumatismes chroniques et les plus graves d'entre ceux-ci, les rhumatismes chroniques déformants progressifs, sont des maladies de nature infectieuse. Dans ces cas, la prescription d'une alimentation variée, substantielle, abondante, dans laquelle doit figurer le vin, est indispensable.

Dans les conclusions générales de leur rapport, les auteurs montrent que dans les maladies de la nutrition, d'une manière générale, les cas impliquant l'interdiction de l'usage du vin sont rares. Plus souvent, il s'agit d'une discrimination à établir entre certains vins dont l'usage doit être interdit, et d'autres plus nombreux qui peuvent être autorisés. Plus souvent encore, le vin peut être autorisé sans distinction de crus, pourvu qu'il s'agisse de vin naturel, de bonne qualité, pris de préférence au cours des repas et en quantités modérées. Dans de nombreux cas, même, le médecin doit recommander l'usage du vin. Celui-ci devient alors l'objet d'une véritable prescription thérapeutique. Le diabète, les rhumatismes chroniques infectieux et, en particulier, les plus graves d'entre eux, les rhumatismes déformants progressifs, sont des exemples démonstratifs de cette éventualité.

Ont pris part à la discussion de ce rapport, les Docteurs Foveau de Courmelles, de Paris; Beistze, de l'Université de Graz (Autriche) ; Debenedetti, d'Asti; de Loureiro, de Lisbonne ; Fagouet et Eylaud, de Bordeaux, qui tous ont confirmé les conclusions des rapporteurs tendant à démontrer que le vin contenait différentes vitamines nécessaires à l'alimentation et pouvait être recommandé dans de diverses formes de l'obésité, de la goutte, du diabète et du rhumatisme.

La *deuxième séance* eut lieu sous la présidence du Professeur Baglioni, de Rome. Le Professeur Anglade a présenté son rapport sur « le vin en psychiatrie ». Il a insisté notamment sur l'alcoolisme l'un des fléaux les plus redoutables de l'humanité, mais il a ajouté qu'en France les provinces qui sont le plus atteintes par l'alcoolisme ne sont pas précisément celles où le vin est la boisson familiale habituelle. La folie alcoolique et les névroses polynévritiques y sont nettement plus fréquentes que dans les régions vinicoles. Il a montré d'autre part que le vin est de tous les breuvages celui qui est le mieux accepté par le cerveau et par les nerfs ; celui qui est le moins susceptible de développer cette appétence démesurée progressive et héréditaire qui mène à la ruine des organes et à la dégénérescence des races ; il nourrit, il tonifie, mais il ne déclenche pas aisément cette rupture de l'équilibre moral d'où résulte l'abandon de soi-même à l'instinctivité. Le Professeur Anglade insiste d'autre part avec la plus grande fer-


TONIQUE RECONSTITUANT


VIN BRAVAIS

meté sur la nocivité du vin pris en excès comme d'ailleurs sur la nocivité de tous les excitants de l'énergie humaine dont on fait un usage abusif : café, thé, tabac, etc.

L'ivrognerie est rare et méprisée au sein des populations vinicoles. En rappelant l'opinion si autorisée du grand psychiatre qu'était le Professeur Régis, il conclut en recommandant l'usage de vin à dose modérée comme un moyen de combattre l'alcoolisme, car dit-il « nous ne nous lasserons pas de répéter que nous sommes les pires ennemis de ce mal périlleux et dégradant qui afflige l'humanité ».

Après le rapport du Professeur Anglade furent présentés les communications du Professeur Dontas, de l'Université d'Athènes sur : Le vin et l'alcoolisme ; du Docteur Bérillon, de Paris sur : Le vin comme excitant psychologique. Le Docteur Bonjean, délégué de l'Empire Chérifien, directeur du Bureau d'hygiène du Maroc, exposa la question des jus de raisins pour la population musulmane.

La *troisième séance de travail* eut lieu sous la présidence du Professeur Beitske, de Graz. Diverses communications furent présentées, entre autres : celle de M. le Docteur Garino-Canina, de Rome, sur : L'influence de la glucose et des graisses dans la courbe alcoolique chez des individus normaux ; de M. Henri Mémery, de Bordeaux, sur : Ses nouvelles recherches au sujet de l'influence des radiations solaires sur la qualité du vin : du Docteur Guénard, d'Epernay, sur : L'utilisation du champagne dans les suites opératoires ; des Docteurs Kostoff et Manoloff, de Sofia, sur : Le traitement par le vin ; du Docteur Caspari, de Lausanne, sur : Le vin et la colibacillose, et du Docteur Cadenaule, de Bordeaux, sur : Le vin chez l'enfant. Ces diverses communications furent suivies de discussions auxquelles prirent part, en particulier : le Professeur Puntoni, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Rome ; le Docteur Foveau de Courmelles ; le Docteur de Loreiro, de Lisbonne; le Docteur Debenedetti ; le Professeur Baglioni, de Rome ; le Professeur Beitske ; le Docteur Eylaud.

A la dernière séance, placée sous la présidence de M. Portmann eut lieu une communication du Docteur Fagouet, de Bordeaux, sur : Le vin dans la blennorrhagie. Pour le Docteur Fagouet, le vin n'est pas contre-indiqué. Le Docteur Casale (d'Asti, Italie) a parlé de ses recherches sur les azymes ou ferments du moût et du vin.

L'organisation des cures uvo-thermales fut traitée par le Professeur Dieulafé. La cure uvale faite en même temps que la cure thermale offre cet avantage d'être placée sous contrôle médical. Il y a lieu de tenir compte si la cure thermale est externe ou interne ; la quantité de raisin où de jus de raisin à absorber sera mesurée selon la qualité de la cure. Le raisin doit être très mûr ; s'il ne l'est pas suffisamment ou s'il fait défaut, le jus de raisin industriellement préparé le remplacera avantageusement. Dans le raisin, comme dans les eaux thermales se trouvent des éléments favorables au malade, spécialement dans les cures de rhumatismes ou dans les maladies hépatiques.

Le Docteur Eylaud fit l'éloge du vin en gastronomie ; il a rappelé que le vin peut être bienfaisant en médecine comme il peut être nuisible. Le médecin doit connaître l'analyse du vin ; il doit en connaître les caractéristiques ; un vin peut être la joie du gastronome mais être contraire au malade, tandis qu'un autre vin, d'un vignoble différent, sera indiqué pour certaines maladies et renié par le gastronome. Les procédés de vinification doivent faire l'objet d'études sérieuses afin de ne pas nuire à la santé.

Ensuite à l'unanimité, les congressistes décident de changer le titre de leur association qui prête à une fausse interprétation : désormais, les médecins amis du vin s'appelleront : « Société médicale internationale pour l'étude scientifique du raisin et du vin ».

L'Assemblée a décidé en outre que les Congrès internationaux siégeront tous les trois ans ; le prochain, en 1938, se tiendra à Lisbonne.

Les travaux du Congrès de 1938 traiteront un sujet clinique : le vin et le raisin dans les maladies aiguës ; physiologique : le rôle physiologique du raisin et du vin dans le métabolisme humain : et sociologique : le vinisme et l'alcoolisme.

Ce premier Congrès international des médecins amis du vin avait attiré à Lausanne des personnalités scientifiques des pays les plus éloignés, tels que Beistze (Autriche), Brants (Lettonie), Ispahany (Perse), de Loureiro (Portugal), Kostoff (Bulgarie), Professeur Baglioni (Italie), de Los Salmones (Espagne), Calamet (Uruguay), etc.

La majeure partie des médecins vaudois avait voulu ignorer ce Congrès qui donna même lieu de leur part à de violentes polémiques. Mais de leur accès de mauvaise humeur les congressistes étrangers n'eurent que l'écho. Le Professeur Faes, le Docteur Gay surent réserver à leurs hôtes, de magnifiques réceptions, excursions dans les vignobles de la Côte, de Lavaux et du Valais. Et les médecins n'eurent pas seulement l'occasion de déguster les crus les plus fameux de la Suisse. Ils visitèrent aussi la clinique de Valmont où le Docteur Widmer leur fit un cordial accueil et purent même se rendre compte, à la Lignière, des résultats d'une thérapeutique où le vin n'a aucune part.

Une fois de plus la Suisse a reçu ses hôtes, comme elle sait le faire, de façon magnifique et inoubliable.

M. G.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 38 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 SEPTEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

La première Exposition internationale du livre de médecine. — Par disposition du Gouvernement italien, la première Exposition internationale du livre de médecine, ancien et moderne, aura lieu du 1er au 31 octobre 1935, à Bologne (Italie). A cette occasion, de nombreux congrès et réunions de sociétés de médecine et chirurgie se dérouleront à Bologne, auxquels les personnalités les plus éminentes de la science du monde entier seront invitées. Cet événement se complétera d'une Exposition du matériel sanitaire.

L'*Exposition du Livre de médecine sera divisée en deux branches*, dont l'une comprendra toutes les œuvres de publication récente, en toutes langues. Toutes les maisons d'éditeurs du monde entier y seront invitées. L'Exposition du Livre ancien de médecine recueillera les codes et les imprimés de toutes sortes existant à Bologne, ainsi qu'auprès des différentes bibliothèques italiennes, jusqu'au XVIIe siècle.

L'Exposition du matériel sanitaire comprendra tout le matériel de médecine et chirurgie intéressant tout spécialement les congressistes, aux fins d'une consultation possible. Elle vise surtout à mettre en valeur les progrès accomplis par l'industrie italienne.

Au cours de ce mois d'octobre, il sera procédé à la réouverture de l'intéressante Exposition du « Sottecento Bolognese », dont le succès a été absolu à tous points de vue.

Toutes ces manifestations auront lieu à l'*Archiginnasio*, siège de l'*Antico Studio Bolognese*. Pour tous renseignements, s'adresser au Comité exécutif, Palazzo d'Accursio, Bologne (Italie).

Exposition au Congrès de chirurgie. — Tous les ans à l'occasion du Congrès de chirurgie, a lieu une exposition dans les locaux de la Faculté de médecine.

Cette année, la Chambre syndicale des constructeurs d'appareils d'électro-radiologie, de médecine et d'instruments de chirurgie compte donner une importance tout à fait particulière à son Exposition qui intéresse non seulement les électro-thérapeutes, mais également les médecins de médecine générale, qui peuvent se rendre compte de toutes les possibilités de l'électrothérapie.

Société française de gynécologie. — Comme chaque année la séance de rentrée de la Société française de gynécologie se tiendra pendant le Congrès de chirurgie et sera réservée à la chirurgie gynécologique.

Cette séance aura lieu le mardi 8 octobre, à 17 heures, 95, rue du Cherche-Midi.

Les médecins français et étrangers, non membres de la Société française de gynécologie, qui désireraient y assister ou présenter une communication et profiter de la réduction sur les transports sont priés de s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Alliance d'hygiène sociale. — Le Congrès annuel de l'Alliance d'hygiène sociale se tiendra cette année à Angers, les 4, 5 et 6 octobre.

Trois importantes questions d'ordre général seront d'autre part inscrites à l'ordre du jour du Congrès et feront l'objet de rapports particuliers :

1° *La dénatalité* : Dispositions légales et urgentes à prendre pour la combattre ; lutte antialcoolique et antivénérienne ; répression de l'avortement ; protection de la famille ; aide efficace aux familles nombreuses.

2° *La défense de l'habitation et de l'air respirable* contre les poussières, fumées industrielles, gaz nocifs, moustiques et mouches.

3° *Dispensaires et sanatoria* : Les leçons de l'expérience. Quels autres éléments de lutte contre la tuberculose doit-on rechercher ?

Les adhésions au Congrès sont gratuites. Elles doivent être adressées le plus tôt possible, et, en tout cas, avant le 10 septembre, soit au secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las-Cases, Paris, soit à Angers, à M. le Docteur Ch. Metzger, professeur à l'Ecole de médecine, secrétaire général du Comité angevin, 36, boulevard Ayrault, Angers.

IIIe Congrès international de pathologie comparée. — Les dates définitives de ce Congrès, qui se tiendra à Athènes, ont été fixées aux 15-18 avril 1936.

Les sujets qui feront l'objet de rapports spéciaux sont les suivants :

Section de médecine humaine : 1° Néphroses et amyloses ; 2° Echinococcoses ; 3° Leishmanioses ; 4° Spirochétoses ; 5° Avitaminoses : Influence sur les fonctions digestives.

Section de médecine vétérinaire : 1° Les échinococcoses chez les animaux domestiques ; 2° Les spirochétoses animales ; 3° Les infections anaérobies chez les animaux domestiques ; 4° Les leishmanioses animales ; 5° Les varioles animales.

Section de pathologie végétale : 1° L'immunité chez les végétaux.

Les adhésions devront être envoyées au secrétaire général : elles devront indiquer très exactement les noms, qualités et adresses. Les congressistes recevront leur carte dès qu'ils auront payé leur cotisation (100 francs pour les membres actifs, 50 francs pour les membres associés).

Les membres du Congrès bénéficieront d'avantages divers : chemins de fer grecs, compagnies de navigation, hôtels, restaurants, etc.

Ils recevront le volume général des travaux du Congrès et les différents imprimés.

Le Comité organisateur désireux d'autre part de permettre aux congressistes de visiter les plus célèbres parmi les antiquités de la Grèce dans des conditions d'un confort absolu, étudie l'organisation d'une croisière de douze jours qui leur permettrait de s'embarquer le 11 avril à bord d'un grand paquebot transatlantique et de suivre le programme suivant : embarquement à Venise le samedi 11 avril (veille de Pâques), pour le périple du Mont Athos (panorama des 22 monastères célèbres) ; arrivée en rade du Pirée le 14 avril au soir (veille de l'ouverture du Congrès). Les congressistes qui gagneraient Athènes sans passer par Venise pourraient également bénéficier d'une partie de la croisière en se réunissant à Athènes le 13 avril de façon à pouvoir s'embarquer sur le même paquebot qui fera escale au Pirée avant de se rendre au Mont Athos.

La séance de clôture du Congrès aura lieu le samedi 18 à l'ancien amphithéâtre d'Epidaure. A partir de ce moment une série d'excursions aux cités archéologiques de la Grèce (Tyrinthe, Mycènes, Sparte, Mistra, Olympe, Delphes, Délos, Gnossos, Phestos) sera organisée, permettant à ceux des congressistes qui le désireraient de visiter en une semaine les plus célèbres antiquités de la Grèce.

L'itinéraire de la croisière projetée peut se résumer ainsi :

départ de Venise le 11 avril ; escale au Pirée le 13 ; périple du Mont-Athos ; retour au Pirée le 14 ; du 15 au 17 avril, séjour à Athènes pour le Congrès ; samedi 18 : rembarquement au Pirée ; départ pour Nauplie ; séance de clôture à l'ancien amphithéâtre d'Épidaure ; dimanche 19 et lundi 20 : excursions en autos aux cités archéologiques (Tyrinthe, Mycènes, Corinthe, Sparte, Mistra) ; lundi soir, 20 : départ de Nauplie pour Catacolon ; visite d'Olympie ; mardi soir, 21 : départ pour Itéa ; visite de Delphes ; mercredi soir, 22, départ d'Itéa pour Venise.

Le prix de participation à cette croisière de douze jours tous frais compris, ainsi que le prix de croisières partielles, ainsi que des autres excursions, seront fixés dès que la décision en sera irrévocablement prise. MM. les congressistes seront tenus au courant du programme définitif.

Pour tout renseignement s'adresser au secrétariat général : Docteur Ant. Codounis, professeur agrégé, 40, rue Didotou, Athènes.

Service de santé des troupes coloniales. — A la suite des concours institués par la circulaire ministérielle du 15 avril 1935 (B. O. G., p. 501) sont nommés :

1° Médecin des hôpitaux coloniaux : M. le médecin capitaine Carrière, du dépôt des isolés coloniaux.

2° Chirurgien des hôpitaux coloniaux : M. le médecin capitaine Long, du dépôt des isolés coloniaux.

Nécrologie. — Docteur Troller, de Paris, 20, avenue des Ternes, chef de laboratoire à l'hôpital Rosthschild. — Docteur Debève, ancien député du Nord, conseiller général du canton de Douai, décédé dans cette ville. — Docteur Maurice Denoual, de Paris, 56, rue Compans (XIXe), décédé dans sa 54e année. Docteur Charles Dubreil, de Rennes (Ille-et-Vilaine). — Docteur Louis Etterlen, de La Seyne (Var), décédé dans sa 61e année. — Docteur Roger du Fayet de la Tour, de Brioude (Haute-Loire). — Docteur Jean Humeau, du Havre, décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur Oliviéry Le Bot, de Lannilis (Finistère). — Docteur Loupiac, de Castanet (Haute-Garonne), décédé dans sa 82e année. — Docteur Pigeon, de Dijon. — Docteur Revin, de Fontan (Ardennes). — Docteur Rocquet, de Puteaux (Seine). — Docteur Louis Semiac, de La Teste-de-Buch (Gironde), décédé dans sa 73e année. — Docteur Vincent, maire de Sardent (Creuse), conseiller général, décédé à Guéret.

BIBLIOGRAPHIE

Revue d'Histoire littéraire de la France. Paraît quatre fois par an. Abonnement : France : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'avril-juin 1935 : I.-G. Guison : L'évolution de l'art de La Fontaine d'après les variantes de « l'Adonis ». — Pierre Grosclaude : Lyon et le mouvement romantique, d'après la presse de la Restauration et de la Monarchie de Juillet (*Suite*).

II. *Mélanges.* — Des notes sur Voltaire (Robert-E. Pike). — Un incident inédit de la vie de Voltaire (Joseph Dedieu). — Chateaubriand en 1797, distraction ou artifice (Marcel Duchemin). — Stendhal et l'abbé de Pradt (F. Vermale). — Sur les sources des poèmes pyrénéens de Victor Hugo (Jean Fourcassié). — Autour d'une comédie de Dumas fils (Henri Glaesener). — Bibliographie des pièces de théâtre parues en France de 1815 à 1818, avec indication des pièces ayant un caractère social ou une tendance sociale (Sylvia-L. England).

III. *Comptes rendus.* — J. Lichtenstein : Racine, poète biblique (R. Lebègue). — Georges Mongrédien : Les historiettes de Tallemant des Réaux. — Pierre Milèze : Le théâtre et le public à Paris sous Louis XIV (1659-1715). — Répertoire analytique des documents contemporains d'information et de critique concernant le théâtre à Paris sous Louis XIV (1659-1715). (Daniel Mornet). — Pierre Moreau : La conversion de Chateaubriand. — J. Wright : Camille Selden, sa vie, son œuvre. — Fernand Baldensperger : Œuvres complètes d'Alfred de Vigny : Correspondance (Jean Giraud). — Hans Meier, Richard Newal et Edgar Wind : Kulturwissenchaftliche Bibliographie zum Nachleben der Antike (Pierre Moreau). — John Stephenson Spinck : Jean-Jacques Rousseau et Genève. — André Cazes : Grimm et les Encyclopédistes : Correspondance inédite (1794-1801) du baron Grimm au comte de Findlater. — Pierre Grosclaude : La vie intellectuelle à Lyon dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle. — Marguerite Reichenburg : Essais sur les lectures de Rousseau. — Edmond Eggli et Pierre Martino : Le débat romantique en France (1813-1830) (Daniel Mornet). — Jean de Cidurs : Francis Vielé-Griffin : son œuvre, sa pensée, son art (Jean Giraud). — Albert Feuillerat : Comment Marcel Proust a composé son roman (Daniel Mornet).

IV. *Chronique* : Dépouillement de catalogues et d'autographes.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur premiere place. »

MONTAIGNE

Les crises d'asthme de Marcel Proust. — *Extrait d'un article de M. Illan de Casa Fuerte : Marcel Proust et les parfums.* (LA REVUE HEBDOMADAIRE, 17 août 1935.)

.....Nous allâmes tous trois souper chez Larue. Ce soir-là, je connus aussi la maladie de Proust : les crises d'asthme qui délabraient lentement et sûrement un organisme déjà peu résistant. Il me raconta comment, certains matins, lorsque l'aube ne lui avait pas encore apporté une respiration normale et un sommeil réparateur, il entendait son valet de chambre dire à la cuisinière en entrant dans l'appartement : «Chut ! ne faites pas de bruit, M. Marcel dort ». C'est alors que Marcel, sentant qu'il faisait jour, s'endormait lourdement.

Nul ne pouvait, mieux que moi, se faire une idée des tortures que Proust endurait. J'ai souffert de crises d'asthme depuis l'âge de six ans. Je me gardai bien toutefois de dévoiler à mon nouvel ami ce lien qui désormais nous unissait. Une si profonde sympathie réciproque était née de notre premier contact, qu'il m'eût été doux de l'accroître par cette fraternité dans la souffrance ; mais je savais que ma confession, pour précieuse qu'elle eût pu être à notre amitié naissante, eût infailliblement aggravé la crise contre laquelle je sentais que Proust luttait. Ce n'est que bien plus tard, peut-être dix années après notre première rencontre, que je lui parlai de mes propres douleurs physiques, à vrai dire moindres que les siennes. Il me reprocha ce long silence dissimulateur, et me fit don d'une poudre qui parfois calmait ses accès et calma, dans la suite, bien souvent les miens ; puis, nous parlâmes librement de nos étouffements. Alors que Marcel ne pouvait tolérer les parfums, je ne pouvais supporter l'odeur qui se dégage des chevaux. Je ne puis, en effet, monter à cheval, entrer dans une écurie, faire une promenade, même de brève durée, dans une voiture *hippomobile*, sans être secoué aussitôt par une violente crise d'asthme. Je dois dire que si je me considère à présent comme guéri, c'est parce que la cause de mes accès a disparu depuis que les chevaux vivants ont été remplacés, dans les villes, par les chevaux-vapeur.

Le lendemain de ma confession, je reçus une si abondante provision de poudre anti-asthmatique qu'après m'en être servi durant des années, j'en conserve encore plusieurs boîtes. Ce présent, odoriférant et utile, était accompagné d'une lettre affectueuse qui m'apprenait, hélas ! que ma visite de la veille avait été néfaste.

Aussitôt après mon départ (il était pourtant trois heures du matin), Marcel avait commencé à mal respirer. Certes, il ne m'aurait jamais avoué que le fait de lui avoir parlé de mon mal avait provoqué le sien. Aussi attribuait-il son oppression non pas à mes confidences d'asthmatique, mais à un parfum qu'il n'avait sans doute pas respiré (s'il l'eût réellement respiré, il se serait probablement bien gardé de me le dire), parfum que j'avais, paraît-il, sur moi ou sur mon mouchoir. Il me suppliait d'éviter désormais tout parfum, lors de mes visites, se considérant comme si malheureux que les êtres qu'il aimait le plus fussent ceux-là même qui pouvaient le faire involontairement souffrir ; mais il m'avisait qu'il ne fallait pas renoncer pour cela à mes visites qui lui étaient très chères.

Longévité. — *De M. Charles Richet dans* LE MATIN.

Un célèbre naturaliste anglais, M. Evans, vient de mourir à 100 ans. L'Académie de médecine a perdu son éminent centenaire, le Docteur Guéniot, mort à 103 ans. L'Académie des sciences a eu aussi son centenaire, et, plus illustre, mort au même âge, le grand Chevreul.

Tous trois avaient conservé l'intégrité de leur intelligence. A Nadar, qui donnait du savant chimiste une admirable photographie, Chevreul indiquait cette belle devise (que nous devrions tous prendre comme règle de vie) : *tendre à l'infaillibilité, sans y prétendre.*

Quant à Guéniot, il écrivait, l'année dernière, un livre intitulé : *Recette pour être centenaire*, et, d'un pas alerte, il gravissait le rude escalier de l'Académie de médecine.

. . . .

Probablement le meilleur moyen de vivre longtemps, c'est d'appartenir à une famille où on vit longtemps.

Mon noble ami Pinard, qui fut doyen d'âge de la Chambre, a vécu 87 ans. Il disait à ses collègues, dans son discours de président d'âge, cette parole émouvante :

C'est à mes parents que je dois de pouvoir vous présider aujourd'hui.

Il y a, en effet, des familles où on meurt jeune, et d'autres où on arrive à un âge avancé. La longévité est essentiellement un phénomène héréditaire.

. . . .

Des statistiques montrent qu'il y a beaucoup plus de centenaires femmes que de centenaires hommes, dans la proportion de 1 à 3, et cela en tous les pays. (Une femme âgée de 123 ans vient de mourir à Prague.) En France, il est mort, en 1930, 91 centenaires dont 65 femmes. On a constaté de même chez les animaux, sans qu'on en puisse connaître la cause, que les femelles (mammifères et oiseaux) vivent en moyenne plus longtemps que les mâles.

De curieuses recherches ont été faites en Amérique sur la longévité des rats blancs. Si les mâles et les femelles sont séparés, condamnés par conséquent à l'abstinence sexuelle, ils vivent moins longtemps que lorsqu'ils peuvent se livrer à leurs ébats conjugaux. Supposons la durée vitale de 100 pour les rats et les rates qui peuvent s'accoupler. Pour ceux qui sont condamnés à la chasteté, la durée moyenne de la vie est 85.

Mais je n'oserais pas en conclure quoi que ce soit pour les humains. Encore moins me permettre quelque conseil.

Le pape Léon XIII, à quelqu'un qui le félicitait de son grand âge (93 ans) : « *Saint-Père, vous arriverez à cent ans* », a répondu spirituellement et pontificalement : « *Pourquoi voulez-vous mettre une limite à la bonté divine ?* »

(*Voir la suite, page* 1527.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Angines et pyrétothérapie

Par Charles RICHET fils et J. BORGIDA

La pyrétothérapie a été appliquée avec succès dans nombre d'affections aiguës [arthrites (1), orchites gonococciques (2), etc.] ; il était logique de l'essayer dans les angines, notamment dans l'angine phlegmoneuse.

Depuis longtemps d'ailleurs certains médicaments pyrétogènes : l'électrargol et le propidon en particulier, ont été employés pour le traitement de ces affections avec de très bons résultats.

Mais ces deux médicaments présentent des inconvénients : l'électrargol intraveineux est trop brutal, le propidon est douloureux : nous avons alors employé le Dmelcos, qui nous a paru exempt de ces deux inconvénients et est d'action au moins aussi rapide.

En 1933, nous signalions déjà de façon incidente un certain nombre de cas de ce genre guéris rapidement par le Dmelcos.

Récemment Harvier (3) dans son livre sur *Le choc en thérapeutique* a indiqué les résultats très favorables obtenus par cette thérapeutique qu'il utilise dans son service.

Nous croyons intéressant de revenir sur cette question étant donné l'intérêt pratique qu'elle présente.

La technique de ce traitement est très simple : injection intraveineuse de la première ampoule de la série, ampoule de 1 c. c., contenant 225 millions de streptobacilles de Ducrey. Dans certains cas cette seule injection suffit, mais le plus souvent, il faut en faire une deuxième avec l'ampoule de 335 millions, une troisième dose, 450 millions est exceptionnellement nécessaire, les injections étant faites tous les deux jours ou même tous les jours. Nous ne conseillons pas la dose de 335 millions d'emblée, car nous avons eu sur une malade déjà fébrile une réaction à 41°9 sans d'ailleurs aucun phénomène inquiétant. Chaque injection est suivie d'une réaction thermique plus ou moins intense avec frissons, sans aucun phénomène dramatique de choc et est parfaitement supportée par les malades. Généralement le malade étant fébrile ou subfébrile, la température monte à 39°5 ou 40°.

On obtient des résultats les plus intéressants et les plus évidents dans l'angine phlegmoneuse.

La pyrétothérapie agit de deux façons suivant qu'on applique le traitement au début ou à la période d'état.

Si on intervient de façon précoce, la suppuration n'aboutit pas et le phlegmon se résorbe. Au contraire quand le phlegmon est sur le point de s'ouvrir au moment de l'application du traitement, il y a évacuation du pus, mais celle-ci s'effectue, nous a-t-il semblé, de façon plus précoce et plus rapide que dans les cas non traités par cette méthode.

Voilà résumées deux observations où l'on voit cette évolution différente :

Observation 1° : L... M. Malade prise brusquement le 28 février de céphalée, courbatures, avec ascension thermique à 39°. Dysphagie intense empêchant toute alimentation avec voix nasonnée et trismus.

A l'entrée, le 4 mars, l'examen montre une amygdale gauche énorme bombant dans le pharynx qu'elle obstrue presque complètement repoussant la luette œdématiée, la gorge est rouge d'une façon diffuse. Légère adénopathie sous-angulaire gauche.

Injection de Dmelcos 225 millions de germes ; le lendemain la température est à 37°, le trismus diminue, de même que le volume de l'amygdale et la guérison survient sans suppuration apparente.

Observation 2° : L... C. Début le 1er juin par courbature, torticolis, céphalée. Température à 39°, 39°5. Dysphagie progressive depuis le 6. A l'entrée, le 9, dysphagie très marquée, voix nasonnée, trismus, haleine fétide. Température à 40°, état général très atteint.

A l'examen : pharynx rouge et œdématié. Amygdale gauche énorme, faisant saillie en dedans présentant une ulcération superficielle comblée par un enduit grisâtre, facile à détacher où fourmillaient des fuso spirilles. Adénopathie sous angulo-maxillaire avec grosse périadénite très douloureuse.

Le diagnostic est donc phlegmon de l'amygdale avec angine fuso spirillaire. Injection de Dmelcos le 9.

Le 10, amélioration considérable des signes fonctionnels et de l'adénopathie, formation d'un pertuis amygdalien livrant passage au pus.

Le 11 et le 13, nouvelles injections, le 15, la guérison locale et générale est complète.

Nous avons soigné dix cas de phlegmons d'amygdale par le Dmelcos, qui a toujours eu une influence favorable, amenant plus rapidement la diminution de la dysphagie et du trismus, la disparition plus rapide des signes physiques, le raccourcissement de l'évolution.

Nous avons employé ce traitement également dans quelques cas d'angine banale érythémateuse, pultacée ou cryptique, avec résultat favorable.

Vu l'évolution habituellement bénigne et rapide de ces angines, l'action du Dmelcos est ici évidemment beaucoup moins démonstrative.

Néanmoins il nous a paru intéressant de l'employer soit dans les angines intenses, soit dans les cas d'angines traînantes.

Voici un exemple pour chacun de ces deux cas :

1° Malade âgé de 16 ans, vu le quatrième jour d'une angine érythémateuse très intense avec 40°4 de température. Une seule injection de Dmelcos de 225 millions détermine la guérison en trente-six heures.

2° Malade présentant tous les ans trois ou quatre angines pultacées à évolution traînante durant douze ou quinze jours. L'angine actuelle guérit avec le Dmelcos en trois jours.

Deux fois sur dix cas nous n'avons eu aucune action apparente, l'angine ayant évolué normalement.

En ce qui concerne les autres angines, signalons la disparition rapide de l'angine de Vincent associée au phlegmon de l'amygdale de l'observation citée plus loin, l'absence d'action dans un cas d'angine à fausses membranes de nature syphilitique.

Des angines rapprochons les épiglottites et les sinusites. Signalons un cas d'épiglottite aiguë améliorée dès le lendemain par le Dmelcos, et surtout deux cas de sinusite, où le médicament a très favorablement agi.

Il s'agissait dans un cas de réaction sinusienne aiguë accompagnant un phlegmon amygdalien et qui guérit avec lui.

Dans un autre cas il y avait une sinusite chronique durant depuis de longues années et en poussée aiguë au moment de l'entrée du malade pour chancre mou. La sinusite guérit dès la seconde injection de Dmelcos.

Pour conclure, nous croyons que la pyrétothérapie par le Dmelcos est le traitement de choix dans certaines affections du massif facial ; avant tout l'angine phlegmoneuse, puis les angines érythémato-pultacées intenses et à évolution prolongée.

Malgré l'opinion de la plupart des cliniciens cette thérapeutique nous paraît différente de la thérapeutique de choc.

Le choc, si l'on se rapporte à la vieille description de Travers, est caractérisé par l'effondrement du système nerveux et par l'hypothermie. Les auteurs récents y ont

ajouté l'hypotension, les auteurs modernes la colloïdoclasie.

Or, à la suite du traitement par le Dmelcos on n'observe aucun de ces phénomènes.

C'est pourquoi nous estimons que le mode d'action dans ce cas n'est pas le choc, mais la fièvre. Par conséquent ce n'est pas un traitement par le choc, mais une pyrétothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Charles Richet fils et Facquet. — Pyrétothérapie des épididymites gonococciques. *Progrès Médical*, n° 10, 11 mars 1933.

2. Charles Richet fils, Facquet et Mme Davous. — Pyrétothérapie des arthrites infectieuses aiguës et subaiguës. Société Médicale des Hôpitaux, Paris, 30 juin 1933, n° 23.

3. Harvier. — Le choc en thérapeutique. Baillière, Paris, 1934.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Un fragment de l'histoire de la Faculté de Médecine de Paris de 1815 à 1830

Auguste-Jean THILLAYE et sa famille

Par le Dr André Hahn

Bibliothécaire en chef de l'Université de Bordeaux

Le hasard d'une conversation avec un bibliophile bordelais, M. Arar, m'a permis récemment de prendre connaissance du « Journal » d'Auguste-Jean Thillaye, intitulé : « Mes confessions ou mes folies de 18 ans ». *Ouvrage contenant quelques notices sur ma vie privée, ma campagne d'Espagne et ma captivité dans les Isles Baléares et les Pontons Anglais. Première partie ; Ecrites à Cabrera dans mes momens de gaieté*, année 1808 ». Ces notes furent continuées jusqu'en 1811.

Ce manuscrit est curieux en ce qu'il apporte non seulement les émouvants échos des campagnes napoléoniennes d'Espagne, d'Allemagne et de Russie, des Cent jours et d'une rude captivité dans la péninsule ibérique, aux Baléares, à Cabréra puis en Ecosse, mais encore les impressions vécues d'une partie de cette première moitié du xixe siècle si fertile en batailles, victoires, défaites et sanglantes révolutions et coups d'Etat. Il soulève, en outre, un nouveau voile de l'histoire de la Faculté de médecine de Paris de 1815 à 1830.

Auguste-Jean était le petit fils d'un mécanicien de Rouen Nicolas Thillaye qui avait reçu du roi le privilège de construction de pompes à incendie et contribué à d'importantes modifications de la « Marmite » de Papin. Son père, Jean-Baptiste-Jean Thillaye, fut le seul enfant de Nicolas Thillaye qui s'attacha à « exercer un art capable de lui faire jouer un rôle dans le monde ». Après de solides études de chirurgie à Rouen, sous la direction de Lecat et David, le futur professeur de l'École de médecine de Paris, conservateur des collections, devait gagner Paris, devenir le prévôt d'une salle d'anatomie de l'École de chirurgie et l'un des membres écoutés du Collège et de l'Académie royale de chirurgie.

Frère cadet de L.-J.-S. Thillaye qui, devait à la mort de son père, occuper en 1822, le poste de Conservateur des Collections, Auguste Thillaye, né à la veille de la Révolution, le 5 février 1789, eut une jeunesse difficile que la mort de sa mère et le second mariage du père avec sa cousine germaine devait rendre encore plus pénible. A la suite d'une aventure amoureuse, qu'il n'oublia jamais — n'a-t-il pas dédié ses souvenirs à Mademoiselle Lise F... comme un gage d'estime et d'amitié — il crut ne pouvoir mieux faire que quitter Paris et demander aux bureaux de la guerre, une commission de chirurgien d'armée, que ses études honorables de médecine et de chirurgie lui permirent d'obtenir aisément.

Repoussant les objections et les regrets d'un père qu'il chérit, Auguste Thillaye reçoit sa feuille de route d'officier de santé et le 18 janvier 1808 quitte la capitale pour rejoindre le deuxième corps de l'armée d'Espagne. Il traverse toute la France, passe à Chartres, Châteaudun, Vendôme, Bordeaux où il séjourne quelques jours, Bayonne et Irun. Le 1er avril, il arrive à Madrid, dont il nous conte les coutumes, les mœurs, les costumes, l'architecture, la religion.

L'insurrection éclate bientôt, les troupes françaises s'éloignent. Thillaye est maintenu à Madrid par ordre de service et le 29 juillet 1808 déclaré prisonnier des Espagnols. C'est le début d'une longue captivité dans les geoles ibériques et sur les pontons anglais. Elle ne devait s'achever en Ecosse que cinq années plus tard.

Le 21 août 1808, le général Castagnos fait son entrée dans la capitale espagnole. Jérôme Bonaparte se retire. L'exode va commencer de prison en prison. La famine, la maladie, les privations, les épidémies déciment le camp des prisonniers, installé à Cabréra, dans les îles Baléares où le jeune officier de santé a débarqué en avril avec 5.000 Français. Thillaye s'efforce, cependant, le 15 août, pour la fête de l'empereur, d'organiser de toutes pièces des représentations théâtrales où il se révèle excellent auteur et agréable acteur ainsi que vivant organisateur (le manuscrit renferme une affiche écrite de la main même de l'auteur avec une liqueur extraite de la tête d'un poisson appelé sèche)...

En juillet 1810, un certain nombre de prisonniers sont transférés en Angleterre. Thillaye profite de son séjour forcé en Ecosse pour en décrire la vie ; il n'oublie pas cependant son rôle d'animateur et bientôt il ouvre une nouvelle salle de spectacles. Par mesure de représailles, il est envoyé à Dumfries en Ecosse et c'est dans la cinquième année de captivité qu'il complète, en 1812, les notes dont il avait écrit les débuts à Cabréra, quatre ans auparavant, dans « ses momens de gaieté ».

Les mauvaises nouvelles se succèdent sur le continent. Le 2 septembre 1812, les Anglais sont entrés à Madrid ; le 9 septembre : la Moskowa et, en janvier, nouvelle défaite française. Grâce aux amitiés qu'il a su faire naître en sa faveur, Thillaye reçoit, le 18 janvier 1813, son passeport pour la France. Le 28 mars de la même année, il arrive à Paris.

Dès avril, Auguste Thillaye est nommé dans un nouveau corps et il part pour participer à la campagne d'Allemagne comme *chirurgien-sous-aide* du 1er régiment des gardes d'honneur du roi. Mayence, Francfort, Gotha, Leipzig, Dresde, l'Elbe, Wachau, Deux-Ponts, Sarrelouis : autant de noms, autant de souvenirs de rudes batailles qu'attriste la retraite sur Paris. Le 30 mars 1814, les Russes entrent à Paris : les Bourbons remontent sur le trône et Napoléon, détrôné par la conjuration alliée, est exilé à l'Ile d'Elbe.

Chirurgien des Gardes-du-Corps-du-Roi, Compagnie de Noailles, il subit alors ses derniers examens de doctorat et soutient sa thèse inaugurale le 29 août 1814, son père, le Professeur J.-B.-J. Thillaye étant président, MM. de Jussieu, Richerand, Vauquelin, Desormeaux, Dupuytren, examinateurs. Sa « dissertation topographique sur Cabréra, l'une des Iles Baléares » (N° 122 de 1814) constitue un émouvant récit de cette campagne d'Espagne, une impressionnante description de cette île déserte et inculte de Cabréra et une étude précieuse des maladies qui se développèrent pendant un séjour de quatorze mois à la suite des privations subies à Puerto-Real et sur les pontons, ainsi qu'un exposé précis des moyens employés pour en arrêter les progrès ou parvenir à la guérison. Quelques jours

après, le 8 septembre 1814, Auguste-J. Thillaye donne sa démission « pour se rendre à Paris sur le champ et ne plus être militaire ».

Le 20 mars 1815, Napoléon rentrait à Paris au milieu de l'enthousiasme général. Thillaye nous conte la démarche des élèves de l'Ecole de médecine auprès de l'empereur pour se disculper de leur adresse au roi publiée par les journaux. Napoléon les accueillit avec bonté et leur remit un drapeau surmonté d'un aigle déposé dans l'amphithéâtre à côté du buste de l'empereur. Mais déjà Waterloo sonne le 19 juin l'heure d'un exil définitif pour le grand vaincu.

Louis XVIII fait son entrée le 8 juillet à Paris, Auguste Thillaye n'a, depuis son départ des armées, subi que des vexations. Partisan fervent de l'empereur, il va jusqu'à se brouiller avec sa famille. Il est cependant sans place et reste, trois années durant en pension chez son père, le Professeur Thillaye. On lui fait bien espérer un poste à l'Ecole de médecine, mais il n'obtient, par arrêté du Conseil de l'Ecole, qu'une place provisoire et sans appointements de *sous aide-conservateur* le 1er avril 1817.

Le 1er janvier suivant, il demande à être payé ; sa requête est rejetée. Un an plus tard, le 1er février 1819, Thillaye devient *commis-temporaire* à la Bibliothèque de la Faculté de médecine et si ce poste nouveau lui donne beaucoup de peine et peu de profit, il peut cependant, écrit-il, lui réserver un avenir assez avantageux. Ayant obtenu l'agrément du professeur-bibliothécaire Moreau de la Sarthe et de l'assemblée générale des professeurs, il fut enfin attaché le 18 du même mois comme *employé* ou *second-aide bibliothécaire de la Faculté de médecine*.

Ses premières vacances furent alors employées à un voyage en Ecosse où il revit ses bienfaiteurs de Dumfries. Quelques mois plus tard, le 10 avril 1820, son père, le professeur-conservateur des collections, était dispensé, en raison de son âge et de sa santé, de se présenter aux actes, mais il conservait les avantages afférents à son emploi.

En mai 1820, Moreau de la Sarthe et son aide de bibliothèque concluent un heureux arrangement : Thillaye devient le secrétaire particulier du professeur-bibliothécaire. Son frère aîné L.-J.-S. Thillaye, sous-conservateur des collections, est fait chevalier de la Légion d'honneur le 5 octobre 1821, en raison de ses vingt-sept ans de services rendus à l'instruction publique.

La même année, deux maîtres de la Faculté étaient enlevés à l'affection de leurs élèves. Richard décédait le 7 juin 1821 et Alibert le remplaçait le 9 août dans le chaire de botanique où il resta une année ; Corvisart mourait le 18 septembre d'une hémorragie cérébrale à la campagne où il s'était retiré après la chute de l'empire.

Pour la troisième fois en deux années, Auguste Thillaye avait en octobre 1821, une nouvelle chance de devenir aide-bibliothécaire ; pour la troisième fois le sort ne le favorise pas et il n'est pas nommé, un autre médecin obtenant la place de professeur vacante malgré écrit l'auteur, les droits d'ancienneté de mon collègue M. H... [Husson ?]

L'année 1822 s'annonce triste. Le Professeur J.-B. Thillaye est souffrant et son état devient alarmant. Une leucophlegmatie l'emporte le 5 mars à 9 heures du matin. Le Professeur Roux lui apportait le 7 mars au Père-Lachaise l'hommage de la Faculté au lendemain même de la mort du Professeur Hallé, survenue le 11 février des suites d'une opération de la taille.

La chaire de physique médicale est vacante. Son frère aîné, L.-J.-S. Thillaye est candidat, il a même la majorité des voix du Conseil, mais il n'est pas nommé ! Bertin, protégé du ministre et présenté par le Conseil royal de l'Université succède le 23 avril 1822 au Professeur Hallé.

Le candidat malheureux de la chaire de physique, sous-conservateur des collections, postule alors à la succession de son père, professeur et conservateur des collections de la Faculté. Ses 28 ans de service lui donnent l'espoir, mais il a de puissants ennemis. En effet, le Chef de l'Instruction publique est alors remplacé par l'Abbé Frayssinous, évêque d'Hermopolis, premier aumônier du roi, et l'on cherche à lui enlever cette place. L.-J.-S. Thillaye vit cependant cette fois-ci ses efforts couronnés de succès par sa nomination, six mois après, en septembre 1822, comme conservateur des collections, mais le rang de professeur lui était enlevé.

Son frère cadet, Auguste Thillaye va, lui aussi, réussir. En octobre 1822, il se présente à la succession de son frère aîné et est nommé, par 11 voix sur 17, *sous-conservateur des collections de la Faculté* avec un traitement de 1.500 francs et le logement.

La séance publique du 18 novembre 1822 pour la distribution des prix, présidée par l'abbé Nicolle, vice-recteur, devait être marquée des invectives les plus grossières à l'égard du représentant de l'Instruction publique : ce fut l'occasion d'une nouvelle organisation de la Faculté dont l'ordonnance du 21 novembre consacre la suppression en vue de sa réorganisation. Pendant la période de fermeture seuls furent maintenus, avec le droit de conserver leurs aides, le Conservateur des collections L.-J.-S. Thillaye et son aide, son frère Auguste, le Bibliothécaire Moreau et le Professeur de botanique Alibert. Enfin, par décision du Conseil royal, Pierre Pelletan, fils du chirurgien, qui allait être destitué, Philippe Jean Pelletan, et très en faveur à la Cour des Bourbons, était nommé le 26 novembre 1822, Grand Maître administrateur du matériel de la Faculté.

C'est avec la plus grande impatience que l'on attendait la réouverture de l'Ecole ; une supplique est adressée au roi, des démarches actives sont faites par les professeurs auprès des autorités. Le 2 février 1823, une ordonnance royale réorganise enfin la Faculté, onze professeurs sont mis à la retraite et parmi eux Moreau (de la Sarthe), le professeur bibliothécaire. Un corps d'agrégés est créé ; 24 sur 36 sont nommés sans concours. La nomination des maîtres sera faite dorénavant par le Grand Maître de l'Université sur une liste de trois candidats présentés par la Faculté et le Conseil académique et pris parmi les agrégés. Louis XVIII s'était cependant réservé les nominations des vingt-trois professeurs dont dix nouveaux.

Le titre de professeur ne devait plus depuis cette date être conféré au Bibliothécaire, l'article 9 de l'ordonnance royale précisant seul : « sont fonctionnaires de la Faculté : un bibliothécaire, un conservateur, un chef des travaux anatomiques ».

Quelques semaines plus tard, le 10 mars 1823, eut lieu l'installation de la nouvelle Faculté de médecine par le Grand Maître de l'Université dans une des salles de la Bibliothèque décorée à cet effet. Le mécontentement est général, plusieurs postes étant supprimés.

Le 13 mars, les professeurs se réunissent en assemblée pour désigner les fonctionnaires : L.-J.-S. Thillaye est maintenu dans ses fonctions de conservateur des collections... Moreau est proposé par 15 voix sur 23 pour reprendre ses fonctions de bibliothécaire : sa candidature ne devait pas être agréée par le ministre et Patrice Mac Mahon lui succédait. Deux jours après, le 15 mars, nouvelle séance pour l'étude des candidatures aux fonctions d'*aide-bibliothécaire* et d'*aide-conservateur*. Auguste Thillaye est désigné à l'unanimité pour le poste d'aide-conservateur, auquel il ajoute les fonctions de préparateur du cours de physique, mais, il reçoit l'ordre d'évacuer sur le champ son logement pour le céder à l'agent comptable ; on lui fait cependant espérer un autre logis, et il s'installe, en attendant mieux, dans les greniers de la Faculté.

La destitution de Moreau a rejailli sur le secrétaire particulier. Le recteur refuse de signer sa nomination, la place d'aide-conservateur n'ayant pas été mentionnée par l'ordonnance royale. Réclamation du nouveau doyen Landre-Beauvais ; réponse peu favorable du Conseil royal académique, nouvelles réclamations, vu l'urgence, qui reçoivent enfin satisfaction par l'agrément, dans la séance du Conseil royal du 26 avril 1823, et la nomination d'Auguste Thillaye. Notification lui en est faite le 7 mai 1823 par le doyen de la Faculté, avec l'autorisation du recteur, en même temps que l'on crée un nouveau poste de sous-bibliothécaire, dont Ant.-Laurent Bayle devait être le premier titulaire.

Ce n'est que le 10 juillet de la même année que l'on accorde à l'aide-conservateur une partie de logement de l'ancien trésorier : deux chambres, un cabinet et une cuisine au cinquième étage. Auguste Thillaye, l'aménage et l'occupe le 11 août. Il a

pour voisin l'aide-bibliothécaire qui bientôt tombe malade et meurt le 11 janvier 1824.

Auguste Thillaye a entrepris depuis un mois la traduction du Dictionnaire de Chirurgie de Cooper, c'est un genre assez pénible pour le bien faire mais très mal payé. Un an après, en 1825, il commence avec un libraire la traduction du dernier ouvrage de Thomson sur la chimie, ouvrage qui doit paraître en même temps que l'ouvrage anglais. Il reçoit de Londres, les feuilles dès leur impression et échange une importante correspondance avec ce chimiste ; mais, la traduction de cet ouvrage n'est pas sans présenter des difficultés, et il se brouille avec son libraire : aussi va-t-il abandonner à un autre la traduction du deuxième volume. Vers la fin de l'année, nouvelle entreprise littéraire relative à l'Odontologie.

Le 15 avril 1826, A. Thillaye se marie avec sa cousine germaine. Quelques mois plus tard, le Professeur Moreau dont il était le secrétaire depuis six ans s'éteint dans ses bras le 13 juin à 6 heures du soir, mais le testament du maître ne répond pas aux espérances du secrétaire qui le taxe bientôt d'ingrat. Il le remplace cependant comme rédacteur principal de la partie médicale de l'encyclopédie, ce qui procure un changement momentané dans sa situation « ses travaux littéraires pouvant remplacer deux ans d'honoraires de M. Moreau ». Il termine son Odontologie et voit en 1827 ses appointements portés à 2.000 francs comme préparateur du cours de physique dont il occupe maintenant le poste depuis trois années, honoré seulement d'une gratification de 500 francs.

Son mariage, qu'aucun trouble domestique ne vient ternir, ne lui laisse cependant « au bout de dix mois aucun espoir de paternité ». Pour les mêmes honoraires que lui consentait M. Moreau, il entreprend avec le professeur de physique Pierre Pelletan, l'ancien administrateur de la Faculté, des travaux littéraires mais bientôt il se plaint du peu d'exactitude dans les payements et de l'irrégularité des travaux. En mai 1827, pendant trois jours, l'École est à nouveau troublée par de tumultueuses manifestations et le cours du maître que l'on n'a pas voulu écouter est suspendu jusqu'à l'année suivante.

En 1829, L.-J.-S. Thillaye publie le Catalogue des Collections de la Faculté de médecine de Paris (premier catalogue) : *matière médicale*, auquel son frère Auguste a apporté une importance collaboration.

1830 ! L'Algérie ! Un des neveux de Thillaye part comme chirurgien pour l'expédition d'Alger. La résidence du Dey Hussein est conquise le 9 juillet. Mais bientôt, c'est la révolution et les journées sanglantes de fin juillet 1830. Le monde médical et la jeunesse estudiantine y prennent une large part et payent un lourd tribut à leur enthousiasme politique. Le 7 août le Duc d'Orléans occupe le trône de France. Le 9 août, les élèves de l'École, dont deux ont été tués, se réunissent pour nommer une députation chargée de remercier le roi de quatre décorations accordées aux élèves qui s'étaient le plus distingués aux journées de juillet. Le 10 août, précédé du Doyen Dubois, 8 à 900 jeunes gens se rendent au Palais-Royal pour apporter à Louis-Philippe l'hommage de leur reconnaissance et demandent au nouveau souverain pour toute récompense que l'on choisisse parmi eux les chirurgiens des nouveaux régiments.

Bientôt devaient s'élever les plus vives protestations contre l'ordonnance du 21 novembre 1822 et la dissolution illégale en 1823 d'une Faculté dont la première création avait été adoptée par une loi. Un grand nombre d'élèves et de jeunes médecins se réunissent pour signer une pétition demandant la réorganisation de la Faculté de médecine où sur les vingt-quatre professeurs titulaires, huit sur les dix nommés en 1823 enseignent encore. Les évévements passés ne sont pas oubliés et le 23 août 1830, le Duc de Broglie, le nouveau ministre de l'Instruction publique, signe un arrêté chargeant une Commission de l'examen préparatoire de toutes les questions relatives à l'organisation de la Faculté. Il nomme le Baron Cuvier, président du Conseil de l'Instruction publique, le Baron Dubois, doyen de la Faculté, les Professeurs Dumerit, Landre-Beauvais, Andres, les Docteurs J. Cloquet, agrégés, Husson, Jules Guérin, membres de ladite Commission en vue du dépôt d'un rapport au 15 septembre suivant.

Le rapport de cette Commission, dû à Jules Guérin, et que l'ordonnance royale du 5 octobre 1830 devait approuver, conclue en sept articles au rappel des ordonnances de 1822 et 1823, à la réintégration des professeurs destitués et au rétablissement du concours pour le professorat. Auguste Thillaye était par cet acte atteint dans ses fonctions.

Le 3 novembre 1830, la Faculté de médecine rouvrait ses portes et les cours étaient repris.

Le 6 septembre 1830 naît une fille d'Auguste Thillaye. Elle devait succomber quelques jours après, le 29 septembre d'une variole confluente que lui avait communiqué sa nourrice. C'est aussi le même mois qu'il fut incorporé au 3e bataillon des grenadiers de la XIe légion, puis nommé chirurgien en mai 1831. C'est une période de troubles continuels.

Le nouveau chirurgien militaire nous conte alors les divers incidents auxquels il prit part et dont il fut le témoin comme médecin ou membre de la Garde Nationale : les épidémies latentes de choléra et les troubles de l'enterrement du général de Lamarque en 1832, la mort du général La Fayette deux ans après, la machine infernale du 28 juillet 1835, l'attentat de juin 1836 et la journée d'émeute estudiantine du 9 juillet de la même année à la proclamation du nom de Breschet à la suite d'un concours le plus orageux que l'on n'ait jamais vu à Paris pour la succession de Cruveilhier à la chaire d'anatomie descriptive.

En février 1841, Auguste Thillaye « prend sa retraite de la Garde Nationale, ayant atteint l'âge exigé par la loi pour être apte à se retirer du service actif ». Le 10 mai de la même année, il reçoit sa lettre d'admission comme membre de l'Association des médecins de Paris. Son fils Albert, né le 1er octobre 1831, après avoir été boursier des collèges royaux à Moulin, rentre le 1er octobre 1840 au Lycée Louis-Le-Grand.

C'est à cette époque que se termine la rédaction de cette page inédite de l'histoire d'un homme qui a beaucoup voyagé, beaucoup vu et beaucoup étudié. C'est aussi un peu de l'histoire de la Faculté de médecine de Paris qui, de 1815 à 1830 vécut des années d'enthousiasme et de joie, mais aussi de craintes et de bouleversement. Ces notes complètent l'œuvre de Corlieu ; elles nous apportent aussi d'importantes notes biographiques sur l'un des membres d'une famille de culture littéraire et scientifique élevée et dont le père et deux des fils participèrent longuement à la vie intime de la Faculté de médecine de Paris.

Comme conclusion à cette note, il nous a paru intéressant de faire quelques recherches biographiques relatives à cette famille de scientifiques et de médecins qui honorent le nom de Thillaye. Diverses notices ont été déjà données antérieurement avec des interprétations diverses ; aujourd'hui nous apporteront un ensemble généalogique qui intéresse le 18e et le 19e siècle, de 1709 à 1870.

NOTICES BIOGRAPHIQUES

THILLAYE (Nicolas), né près de Lisieux en 1709, mort à Rouen en 1784. Mécanicien, fabricant de pompes à incendie, il reçut du roi, sur le rapport de l'Académie des Sciences, un privilège pour la construction des pompes à incendie et devint directeur des Pompes de Rouen. Il s'acquit, ainsi que son fils aîné Nicolas-Noël-Vincent, associé à ses travaux, une célébrité européenne. Nicolas Thillaye a eu cinq enfants dont trois fils : Nicolas-Noël-Vincent, Jacques-François-René et Jean-Baptiste-Jacques.

Publications : 1° Manuel nécessaire à ceux qui achètent la machine pneumatique du sieur Thillaye (Rouen, Machuel, 1766, in-12) ;

2° Analyse en général des pompes à incendie, en particulier, celle de Rouen (1778) ;

3° Mémoire sur la marmite économique de Papin (modification à la machine pneumatique et à la marmite de Papin).

CHRONIQUE

Villégiature pyrénéenne

Besoin de repos, — besoin de fuir le bruit et les machines, — besoin de fuir la vie moderne et le troupeau, — joie de respirer, joie de s'isoler, joie de boire à la fontaine. Où ? Notre confrère, le Docteur Porcheron (1), nous convie à nous enfoncer dans les vallées d'Andorre et nous séduit par ses descriptions idylliques. En franchissant les cols qui mènent dans ce pays perdu, nous respirerons une atmosphère nouvelle pour nous et très ancienne ; car les paysans de là-bas jusqu'en 1933 n'avaient pas de route qui les mena à la France très voisine.

La multiplicité des transports a facilité, depuis quelques mois, l'exode vers cette région nouvellement offerte à la curiosité, vers ce pays où persistent les coutumes antiques, partout ailleurs abolies. Dès qu'on franchit les frontières franco-andorranes, on pénètre dans le climat du Moyen-Age.

Mais il faut se hâter, note L. Porcheron, car tout ce conte de fées et tout ce conte réel tend à disparaître. Cependant vous pourrez encore sentir la mentalité sérieuse et grave de cette population de montagnards et de paysans que la civilisation moderne n'a pas encore infectés de ses multiples virus. Les mœurs, les coutumes anciennes auront sans doute disparu avant qu'il soit longtemps, maintenant que la houille blanche y a amené la civilisation mécanicienne et capitaliste.

***

C'est par un curieux hasard qu'Andorre est resté indivis entre la France et l'Espagne et, pour tout dire, l'histoire ignore complètement la légitimité des droits de l'un et de l'autre. L. Porcheron expose la constitution politique du pays qui est une survivance de l'état féodal, l'état des personnes qui est régi par le droit canon, la vie sociale qui gravite autour de la famille, le caractère éminemment religieux des habitants. « Il faut voir, même aujourd'hui, l'empressement avec lequel les hommes et les femmes et les enfants assistent aux offices religieux, le recueillement, la tenue, la ferveur de la foule à genoux dans les églises et dans les chapelles de l'Andorre. Tous ces dévots, dans le beau sens du mot, écoutent et mettent en pratique les leçons de l'Evangile, que leur enseigne les prêtres du haut de la chaire... Les cérémonies se déroulent dans un recueillement impressionnant. »

(1) Louis Porcheron. — L'Andorre. Aux Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille.

***

Le peuple andorran se compose surtout de cultivateurs, d'éleveurs de bestiaux et de bergers, au nombre de cinq mille environ.

L. Porcheron décrit tour à tour les paroisses, les cols, les deux routes carrossables, les beautés de l'Andorre qui sont rudes et impressionnantes, la vision de solitude qui est angoissante en certains lieux écartés, les pics, les cirques glaciaires, les lacs, les cascades, les torrents, les cours d'eau et rivières, les vallées, les vieux oratoires, les chapelles, les églises, les ponts.

***

Notre confrère Porcheron n'oublie pas qu'il est médecin et il insiste, pour finir, sur les ressources que comporte le pays d'Andorre au point de vue du climatisme et du thermalisme. Les sources ferrugineuses jaillissent un peu partout à tous les coins de l'Andorre. Mais, surtout, les sources sulfureuses sodiques et radioactives des Escaldas sont vraiment importantes par leur nombre et par leurs propriétés. Privées jusqu'ici d'établissement thermal public, elles offrent aux curistes, au moyen des hôtels, la possibilité de se traiter à domicile, sans quitter leur chambre, car l'eau thermale coule dans toutes les chambres, au lavabo et dans les baignoires. Le rhumatisme, la goutte, les névralgies, les névrites, certains troubles nerveux, l'eczéma, l'impetigo, l'acné, les prurits et prurigo, l'urticaire chronique, les affections gynécologiques, les maladies chroniques des voies respiratoires, peuvent être améliorées, comme aux autres eaux pyrénéennes voisines.

***

Livre charmant. Mais notre confrère est-il certain de n'avoir pas eu tort en révélant un secret ? Je ne vous dirai pas mes retraites, Porcheron ; vous êtes si tentateur que vous y amèneriez la foule.

Henri Vignes.

THILLAYE (Nicolas-Noël-Vincent), fils aîné du précédent. Né à Rouen en 1749, mort au Val-de-la-Haye en 1802 à 52 ans. Il étudia d'abord les mathématiques, puis s'associa aux travaux de son père. En 1769, il présentait à l'Académie des Sciences de Rouen un miroir elliptique. En 1772, il reçut une médaille d'or de l'Académie de Copenhague pour un mémoire relatif aux pompes et machines hydrauliques rédigé avec son père et imprimé en 1778 dans « Analyse en général des pompes à incendie » (pages 3 à 13). Plus tard, il s'établit à Paris et obtint aussi de Louis XV un privilège royal et des encouragements de l'Académie des Sciences dont il devint membre en 1779. Il revint à Rouen au moment de la Révolution.

THILLAYE (Jacques-François-René), deuxième fils de Nicolas Thillaye et frère de Nicolas-Noël-Vincent et de Jean-Baptiste-Jacques. Né à Rouen en 1750, mort à Rouen en 1791 à 41 ans. Il étudia d'abord la médecine puis devint épicier et droguiste tout en s'occupant de sciences naturelles et principalement de minéralogie et de botanique. En 1791, reçu membre de l'Académie des Sciences, Belles lettres et Arts de Rouen, il lui communiqua un manuscrit sur la botanique et lut en séance publique une traduction de la « Description allégorique de la botanique ». Le 6 mai 1791, il fut élu membre correspondant de la Société d'Histoire naturelle de Paris à qui il adressa un mémoire sur la reproduction des algues et des lichens. Il constitua, enfin, à son domicile un cabinet d'histoire naturelle méthodiquement classé. Il eut deux fils : Antoine et J.-S. Thillaye et une fille.

Publications. — Diverses publications d'histoire naturelle dans les *Recueils* de l'Académie de Rouen ou dans ses *Archives.*

— Flora normanica (1782).

— Essai analogique des végétaux et des animaux ou Traité de la génération des plantes (1783).

— Fundamenta botanica, Rothomagi, 1782-83, auctore Jacobo Thillaye, mercatori. (Ms. 3 vol., rel. poch., 518, 281, 152, pp., fig., n°s 970-972 de la Bibliothèque de Rouen)...

— Mémoire à l'Académie sur un morceau de spath (1789).

— Histoire naturelle des trois règnes de la Côte Sainte-Catherine, près Rouen (1789).

— Traduction de « Description allégorique de la botanique » (3 vol., in-4°, fig. (1791).

— Mémoire à la Société d'histoire naturelle de Paris sur la reproduction des algues et lichens (1791).

THILLAYE (Antoine), fils de Jacques-François-René, frère de Jacques-Sylvestre Thillaye, né à Rouen le 2 octobre 1782 et mort à Paris le 24 mars 1806 à 24 ans. Antoine Thillaye étudia d'abord la pharmacie sous la direction de Robert à l'Hôtel-Dieu de Rouen et y remporta en 1709 et en 1800 deux prix de chimie pharmaceutique. Il s'occupa alors beaucoup de chimie industrielle et s'intéressa au nankin, au rouge des Indes, à l'épuration des huiles végétales et à la fabrication de l'alun. Venu poursuivre ses études à Paris, il fut en 1805, pharmacien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Publications. — Mémoire sur l'oxydation et les préparations du mercure, au moyen de son appareil propre à convertir les gaz nitreux en nitrique.

— Mémoire (posthume) sur la carbonisation de la tourbe ou procédé à l'aide duquel on peut tirer tous les avantages possibles des produits négligés à ce jour dans cette opération, exécuté en l'an 11 de la République, in *Annales de Chimie*, 31 mai 1806.

THILLAYE (Jacques-Sylvestre), fils de Jacques-François-René et frère-jumeau du précédent. Né à Rouen, le 2 octobre 1782, il fit ses études de médecine et prit à Paris sa première inscription au trimestre de Vendémiaire an XII à l'âge de 23 ans. Il soutint sa thèse de doctorat en médecine le 27 juillet 1809 sous la présidence de son oncle le Professeur J.-B.-J. Thillaye sur les altérations de la vision. Il mourut à Dresde en 1813.

Publication. — Tableau synoptique des altérations de la vision, Paris, Didot, 1809, in-4°, 41 p. (Thèse médecine, Paris, in-4, n° 59) (président J.-B.-J. Thillaye, examinateurs : Deyeux, Hallé, Lallement, Leroy, Pelletan).

THILLAYE (Jean-Baptiste-Jacques), troisième fils de Nicolas Thillaye, frère cadet de Nicolas-Noël-Vincent et de Jacques-François-René. Né le 2 août 1752 à Rouen, mort à Paris, le 5 mars 1822. J.-B.-J. commence ses études chirurgicales à Rouen sous la direction de Lecat et de David et remplit, après concours, la place de premier élève de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Prétextant le désir d'entrer dans un ordre religieux en raison des charges de famille de son père, il vint à Paris terminer ses études. Élève de Moreau, chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu, il obtint d'abord l'un des premiers prix de l'ancienne Ecole pratique et peu de temps après celle de prévôt d'une salle d'anatomie. Moins heureux au concours de *gagnant-maîtrise* de l'hôpital de la Charité en raison de ses origines provinciales, il collabore avec Tenon dans ses travaux anatomiques.

En 1781, Jean-Baptiste-Jacques Thillaye est reçu aux Ecoles de chirurgie avec une dissertation inaugurale, écrite en latin, sur l' « anévrysme de l'artère poplitée » et présidée par Botentuit. Maître du Collège de chirurgie, il était à la fois anatomiste et bon chirurgien et possédait des connaissances étendues de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Prisonnier politique en 1793, il en profite pour écrire son traité des bandages devenu classique.

Nommé *Conservateur des Cabinets* de l'Ecole de santé lors de sa fondation (décret du 14 frimaire, an III), il était alors membre de la Commission temporaire des arts pour l'anatomie avec Fragonard, Vicq d'Azyr et Portal. On le chargea en outre de la démonstration des drogues usuelles et des instruments de chirurgie et il fut alors promu au rang de professeur.

Ses connaissances variées lui permettaient de remplacer dans leur service les professeurs absents ou malades. Il suppléa Dubois à l'hospice de perfectionnement et fut enfin nommé chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Antoine succédant à Brasdor le fils. La Société libre d'histoire naturelle de Paris l'avait admis en 1798 ainsi que, plus tard, la Société de médecine de Paris.

En 1820, la Faculté devait dispenser le maître de l'assistance aux examens en raison de son âge et de ses infirmités, mais il lui conserva les avantages afférents au professorat. Deux ans après, il succombait aux attaques d'une leucophlegmatie. Son collègue, le professeur Roux lui apporta le 7 mars 1822 au Père Lachaise l'hommage de la Faculté.

Veuf en 1790 d'une mère inconsolable de la perte prématurée d'un enfant de deux ans, il se remaria une dizaine d'années plus tard avec sa nièce. De ses deux unions, il resta cinq garçons : L.-J.-S., le successeur du professeur comme conservateur des collections, Auguste-J., l'aide-conservateur, Antoine-A. T., docteur en médecine à Paris, Isidore qui débuta en 1819 dans la carrière militaire et Léon Thillaye, le plus jeune des Thillaye, qui se maria en 1826.

Publications. — 1° Dissertatio anatomico-chirurgica de poplitis aneurysmate, quam,... præside M. Petro-Mathurino Botentuit Langlois..., tueri conabitur Joannes-Jacobus Thillaye, Rothomagensis... auctor. — Die sabbati 11 a mensis septembris anno R. S. N. 1784... — Typ. Mich. Lambert, 1784, in-4°, 12 pp. (Thèse Coll. roy. chir. Paris, n° 198 de la coll. de la F. M. P., Ms 2340).

2° Notes observations et rapports dans les *Bulletins* de l'ancienne Faculté de médecine.

3° Description d'une singularité de ciguë. (*Journ. d'hist. nat.*, t. I (1792).

4° Traité des bandages et appareils, Paris, Viller, an VI (1798), in-8°, X-263 pp.

5° Traité à l'usage des chirurgiens des armées, 2° édition, Paris, Crochard, 1809, in-8°, XIV-379 pp.

6° Traité à l'usage des chirurgiens des armées, 3° édition Paris, Crachard, 1815, in-8°, XVI-123 pp, 11 pl.

7° Traité à l'usage des chirurgiens des armées : traduction en

allemand avec observation de J. G. G. (Rueber). Leipzig, 1798, in-8°.

8° Éléments d'électricité et de galvanisme de Georges Singer, trad. de l'anglais et augm. de notes par., Paris, Bachelier, 1816, in-8°, pl.

Thillaye (L.-J.-S.), fils aîné du Professeur Jean-Baptiste-Jacques Thillaye et frère de Auguste-Jean, André-Antoine-Théodore, d'Isidore et de Léon. Né en 1776, mort le 2 janvier 1860. L.-J.-S. Thillaye fit ses études médicales à Paris et soutint sous la présidence de son père sa thèse de doctorat en 1803 (15 floréal, an XI), sur l'emploi médical de l'électricité et du galvanisme alors que, élève de l'École, il occupait déjà les fonctions d'aide-conservateur des collections. Il succède à son père en 1822 comme conservateur des collections jusqu'en 1847. Docteur ès sciences (il n'a pas été possible de retrouver, la thèse de doctorat ès sciences), professeur de chimie à la Faculté, examinateur pour le baccalauréat à la Faculté des Sciences, professeur de sciences physiques au Collège royal de Louis-Le-Grand, il fut élu le 16 avril 1823, membre honoraire de l'Académie royale de médecine et devint membre de la section de physique et de chimie médicale le 28 octobre 1829. En 1821, il fut nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Il eut un fils Jean-Edouard-Georges Thillaye.

Publications. — Essai sur l'emploi médical de l'électricité et du galvanisme, Paris, Impr. Demonville, an XI (1803), in-8°. (Th. méd. Paris, in-8°, an XI, n° 256). (Analyse par le Docteur Bouvenot, in : *Journ. méd. chir. pharm.*, t. VII (an XII), pp. 381-383.

— (En collaboration).— Hallé (Jean-Noël) et .... — Rapport sur un procédé mécanique au moyen duquel M. Delacroix a suppléé à l'action des tendons extenseurs des deux mains paralysés chez un musicien pianiste, Paris, 1813, in-12°. (Ce procédé a fait le sujet d'un mémoire présenté et lu à la Société de la Faculté de médecine dans sa séance du 19 août 1813, par J.-F. Delacroix, d'Orléans, Paris, Impr. de Migneret, 1813, 10 pp., 1 pl.).

— (En collaboration). — Catalogue des collections de la Faculté de médecine de Paris (premier catalogue). Matière médicale, Paris, Béchet, jeune, 1829, in-8°, XVI-561 pp. (en collaboration avec son frère Auguste-J. Thillaye).

— Manuel du fabricant de produits chimiques ou formules et procédés usuels relatifs aux matières que la chimie fournit aux arts industriels et à la médecine, renfermant la description des principaux ustensiles en usage dans les laboratoires, Paris, Roret, 1829, 2 vol. in-18, 6 pl.

— (d°). — Traduction en allemand, par F.-J. Hartmann, Quedlinburg, 1839-40, 3 vol., in-18°.

— Manuel du fabricant d'indienne, renfermant les impressions des laines des châles et des soies, précédé de la description botanique et chimique des matières colorantes, Paris, Roret, 1833, in-18°, 2 pl.

(En collaboration). Blanchard (Émile), Perrot (A.-M.) et ...... — Manuel de coloriste, ou instruction complète et élémentaire pour l'enluminage, le lavis et la retouche des gravures, images, etc., 3e édition, Paris, Roret, 1840, in-18, 3 pl. (la première édition est de Perrot, la deuxième a été revue par Blanchard (1831).

— Nouveau manuel complet du fabricant de produits chimiques, Paris, Roret, 1843, in-16°.

— (En collaboration). — Gacon-Dufour (Mme), Julia de Fontenelle, Thillaye et Malepeyre : Nouveau manuel théorique et pratique du savonnier ou l'art de faire toutes sortes de savons nouveaux. (3e édition, Paris, Roret, 1852, in-18, 1 pl., la première édition est de 1826, la deuxième de 1839.)

— Nouveau manuel complet du fabricant d'indiennes. Ouvrage destiné à faire suite au Manuel du fabricant d'étoffes imprimées et de papiers peints. Nouvelle édition, augmentée par M. Vergnaud, Paris, Roret, 1857, in-18°, 1 pl.

— (En collaboration). — Riffault (J.-R.-D.), Vergnaud, Julia de Fontenelle et..... — Nouveau manuel complet de teinturier contenant l'art de teindre en laine, soie, coton, fil, en drap et en pièce. Nouvelle édition, par F. Malepeyre, Paris, Roret, 1859, in-18°, 5 pl. (La première édition en 1847 avec les mêmes noms).

— (En collaboration). — Biographie médicale par ordre chronologique d'après Daniel Leclerc, Eloy, etc..., par Bayle et Thillaye (Auguste), Paris, Delahaye, 1855, 2 vol.

— (En collaboration) — « Dictionnaire des sciences médicales (art. d'hygiène et de physique avec le Professeur Hallé).

— (En collaboration) — « Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales » (depuis 1819).

— (En collaboration) — « Dictionnaire des études médicales pratiques » (depuis 1837).

— (En collaboration) — « Des articles dans encyclopédies et journaux médicaux.

— (En collaboration) — « Rapports à l'Académie de médecine ».

Thillaye (Jean-Edouard-Georges), fils du précédent, né le 5 avril 1801, à Paris. Bachelier ès lettres, ancien élève de l'École pratique de la Faculté de Médecine de Paris et des hôpitaux civils et militaires, il soutint sa thèse de doctorat le 20 février 1830 sous la présidence du professeur de clinique chirurgicale Boyer. Il participa à la conquête de l'Algérie comme chirurgien des armées.

Publications.— « Considérations générales sur la méningocéphalite aiguë », Paris, Didot, 1830, 20 pp. in-4° (Thèse méd., Paris, 1830, n° 31).

Thillaye (Auguste-Jean), deuxième fils du Professeur Jean-Baptiste-Jacques Thillaye et frère de L.-J.-S., d'André-Antoine-Théodore, d'Isidore et de Léon Thillaye. Né à Paris le 5 février 1789, il n'avait pas terminé ses études médicales lorsque, à la suite de chagrins intimes, il s'engagea et partit en 1808, comme officier de santé au deuxième Corps de l'armée d'Espagne. Prisonnier des Espagnols, il séjourna dans leurs geôles et à Cabréra, îles des Baléares d'où il fut envoyé en Angleterre et en Écosse. Ce n'est qu'en 1813 qu'il put revenir en France et repartir bientôt comme chirurgien sous-aide du 1er régiment des gardes d'honneur du roi. Il participe à la campagne d'Allemagne et à la retraite sur Paris. En 1814, chirurgien des Gardes-du-Corps du Roi (Compagnie de Noailles), il subit à Paris ses derniers examens et soutient le 29 août, sous la présidence de son père, sa thèse de doctorat où il évoque les souvenirs de sa captivité à Cabréra et les heures tristes des épidémies qui décimaient les camps de prisonniers.

Démissionnaire la même année, il occupa successivement divers postes à la Faculté : sous-aide conservateur (1817), commis-temporaire (1819), puis second aide-bibliothécaire à la Bibliothèque. Il succéda enfin à son frère L.-J.-S. en 1822 comme sous-conservateur des Collections, poste qu'il occupa jusqu'en 1846.

Il fut de 1820 à 1826, époque de la mort de Moreau de la Sarthe, le secrétaire particulier du professeur bibliothécaire, puis collabora avec Pierre Pelletan, le professeur de physique, ancien administrateur de la Faculté, à des travaux littéraires. Il entreprit aussi à cette époque diverses traductions et collabora avec son frère aîné à la rédaction du catalogue des collections de la Faculté.

Incorporé en 1830 à la XIe légion des grenadiers, il prit une part active comme médecine à la lutte contre les épidémies qui ravageaient alors la capitale et assiste comme membre de la Garde nationale, d'où il se retira en 1844, aux émeutes de ces années troubles.

Il fut préparateur du cours de physique à la Faculté (1823) et professeur au Lycée Louis-le-Grand. Comme co-directeur, il publia, avec Bayle, la *Biographie Médicale*. Enfin, il remplaça Moreau comme rédacteur principal de la partie médicale de l'*Encyclopédie* (1826).

Son mariage en 1826 avec une cousine germaine lui donna en 1830 une fille qui ne survécut pas et un an plus tard un fils Albert Thillaye.

Publications. — Dissertation topographique sur Cabréra, l'une des Iles Baléares, Paris, Didot, 1814, in-4°, 24 pp. (Th. méd. in-4°, Paris, 1814, n° 122).


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

— (En collaboration) — THILLAYE (L.-J.-S.) et ..... — Catalogue des Collections de la Faculté de médecine de Paris (premier catalogue). Matières médicales, Paris, Béchet jeune, 1829, XVI-564 pp.

— (Corédaction) — BAYLE et ..... — Biographie médicale par ordre chronologique d'après Daniel Leclerc, Eloy, etc., mise dans un nouvel ordre, revue et complétée, Paris, Ad. Delehays, 1855, 2 vol. in-8°.

Traductions : — COOPER (Sam.). — Dictionnaire de chirurgie pratique, contenant l'exposé des progrès de la chirurgie, et une indication très étendue des ouvrages de chirurgie anciens et modernes, qui forme une bibliographie chirurgicale ; traduit de l'anglais, sur la V[e] édition (par Aug. Thillaye), Paris, Crevot, 1825-26, 2 vol. in-8°).

— THOMSON (Thomas). — Principe de la chimie établie par les expériences, ou essai sur les proportions définies dans la composition des corps ; trad. de l'anglais avec l'assentiment de l'auteur, Paris, Crévot, 1825, 2 vol. in-8° (le premier volume a seul été traduit par Aug. Thillaye).

THILLAYE (André-Antoine-Théodore), troisième fils du Professeur J.-B.-J. Thillaye, frère de L.-J.-S., Auguste, Isidore et Léon. Né à Paris, le 15 décembre 1796, mort à Paris à son domicile du 40 de la rue de Bretagne en 1870. Sans fortune, Antoine Thillaye fut obligé de travailler au ministère des Finances en même temps qu'il etudiait la médecine. Il soutint sa thèse de doctorat le 26 août 1828 sous la présidence de Cruveilhier, professeur d'anatomie. Ancien élève des hôpitaux militaires et du troisième dispensaire de la Société philantropique, il fut dans la suite un praticien répandu et aimé dans le « Marais » parisien.

Publication. — « Propositions de médecine, de chirurgie et de thérapeutique ». Paris, 1828, in-4°, 14 pp. (Thèse méd., in-4°, Paris, n° 219.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Médecine générale

L'hypertension est en voie de devenir une maladie normale chez le quinquagénaire ; aussi est-il nécessaire d'en bien connaître les aspects cliniques.

Il y a d'abord les hypertendus transitoires, qui ont des accès ou des periodes d'hypertension.

Il y a les hypertensions secondaires, liées à une hyperthyroïdie, à une néphrite, etc...

Il y a les hypertensions sans phénomènes rénaux, toutes les epreuves rénales restant négatives.

Il y a enfin les insuffisants rénaux, à pression minima élevée, les « hypertendus pâles », ceux évidemment dont la situation est la plus grave.

La cause veritable de l'hypertension, c'est le fait que l'humanité s'écarte trop de la vie naturelle ; il faut une alimentation frugale et une culture corporelle harmonique pour éviter un danger réel dû à notre état d'hypercivilisation.

(R. Wybauw. Les aspects cliniques de l'hypertension. *Scalpel*, 12 janvier 1935).

La tuberculose est spontanement curable comme le prouvent de nombreuses autopsies de victimes d'accidents ou d'attentats.

L'auteur a eu l'occasion d'observer des guérisons de tuberculose pulmonaire sans aucun traitement dans certains cas et avec un traitement purement symptomatique dans d'autres cas.

Il faut donc avoir plus de confiance dans les forces de la nature que dans l'efficacité d'une thérapeutique plus ou moins spécifique.

(Fernando R. Torres. Curabilidad espontanea de la tuberculosis. *Semana medica*, 28 fevrier 1935.)

Chirurgie

L'incision precoce ne doit pas être chargée de méfaits dont elle n'est pas responsable. Elle est décongestionnante par l'hémorragie qu'elle provoque et realise une saignée locale efficace. Elle donne issue aux exsudats qui tuméfient le foyer, apaise les phénomènes aigus et amène une detente immédiate. Elle permet de prévenir des septicémies et des dégâts irréversibles.

Il est par contre indispensable de signaler les méfaits de l'anesthésie locale par infiltration, faite à la périphérie ou au contact du foyer inflammatoire : elle décolle les tissus, entrave et arrête la circulation, paralyse la défense.

Les indications de l'incision précoce varient avec les divers types d'inflammation.

Pour le furoncle simple, quel qu'il soit, l'incision est inutile au début, mais elle peut s'imposer par la suite.

Pour l'anthrax, il vaut mieux inciser ; plus le débridement sera précoce, mieux cela vaudra.

Pour le cas spécial du furoncle de la face, il n'est pas absolument certain que les cas de mort, dont il a été l'origine, aient été provoqués par l'incision ; la mort relève plus de la malignité même de l'affection et de son allure septicémique que de l'intervention elle-même ; mais dans la plupart des cas, qui sont heureusement bénins, on s'abstiendra d'inciser.

Les panaris (sauf les superficiels) seront incisés de bonne heure et aussi largement que possible.

Le phlegmon ligneux du cou est justiciable de l'incision précoce, seul moyen d'enrayer rapidement le processus.

Il faut intervenir sans délai dans les ostéo-cellulites dentaires ; le foyer sera ouvert par avulsion de la dent malade ; l'anesthésie locale donne un coup de fouet aux accidents infectieux ; on pratique donc l'extraction sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

(Jean Veyrassat. L'incision précoce des foyers inflammatoires. Ses indications et ses contre indications. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 février 1935.)

Les causes de mauvais resultats dans le traitement des fractures sont de deux ordres : chirurgicales et post-operatoires.

Dans l'ordre chirurgical ou orthopédique, les causes les plus fréquentes sont les défauts de réduction.

Une chose s'impose, c'est la nécessité du maintien de la rectitude des leviers qui constituent les segments de membres ; la déviation, produite par une fracture consolidée en mauvaise position, reste bien rarement sans répercussion fonctionnelle ; le blessé souffre plus des désordres articulaires secondaires que de la déformation osseuse elle-même. Dans bien des cas l'immobilisation est insuffisante ; il faut établir l'appareil de telle sorte que la contention des fragments soit complètement assurée ; il faut prolonger cette contention assez longtemps pour que la solidité du cal soit suffisante.

Dans l'ordre post-opératoire se pose la question de la mobilisation ; d'une façon générale l'auteur ne se range pas parmi les enthousiastes ; dans les fractures sans déplacement, il l'accepte ou plutôt il ne croit pas qu'elle présente de grands inconvénients ; ces cas mis à part, on est dans le vrai en attendant une restitution suffisante de la solidité de l'os. Il faut se débarrasser du préjugé des ankyloses produites par l'immobilisation ; si le cartilage intra-articulaire n'a pas été lésé, on peut affirmer que l'ankylose n'est pas à craindre ; toutefois il est inutile de prolonger une immobilisation qui retarde toujours d'autant la guérison.

(Ch. Dam. Quelques vues sur le traitement des fractures. *Scalpel*, 2 février 1935.)

Les fractures du femur sont d'autant plus graves que les blessés sont plus âgés.

Voici quelques resultats avec l'âge moyen :

Excellents....	67	40 %	17 ans
Bons........	37	23 %	26 ans
Indifférents ..	31	19 %	38 ans
Mauvais	29	18 %	45 ans

Les fractures du fémur prennent une place importante dans les accidents de la circulation.

(L.-B. Wevill et H.-L. Wallace. Fracture of the femur. *Edinburgh medical Journal*, decembre 1934.)

En matière de tuberculose ostéo-articulaire, le facteur personnel se manifeste surtout lorsqu'il s'agit de poser le diagnostic et de déterminer le moment de la guérison.

Lorsqu'il est consulté tout au début le médecin n'a rien à sa disposition pour affirmer la spécificité de l'affection : on arrive à un diagnostic de probabilité ; le signe clinique si important de l'évolution nécessite une observation de plusieurs mois. La radiographie n'apporte pas un argument décisif ; le mal est déjà bien avancé quand l'ombre est appréciable et le film ne permet pas d'affirmer la nature de la lésion dans les cas douteux.

Les cas de guérison complète sont rares et sujets à caution ; la très grosse majorité des cas aboutit à une ankylose soit partielle, soit totale ; en tout cas, il n'existe aucun moyen d'affirmer que le processus tuberculeux est éteint.

Les diagnostics prématurés et les guérisons à récidive éloignée sont des éléments propres à fausser les statistiques.

Ces réserves faites sur l'appréciation des résultats, que faut-il penser des différents traitements ? Là encore nous trouvons le facteur personnel.

Les conservateurs s'arment de patience et attendent avec calme la fin d'une évolution, qui dure un minimum de deux ou trois ans. Les interventionnistes sont moins rassurés sur l'issue finale et par suite, plus pressés.

Les interventions actuelles (greffe osseuse, etc.) n'ont rien de comparable avec celles de jadis ; on se contente d'enlever ce qui est détruit : on ne fait plus de drainage prolongé, on ferme ; on a abandonné le plombage mal toléré, le médicament plus mortifiant que modificateur.

Bien entendu il n'est question d'opérer ni les cas aigus à forme explosive, dans lesquels le foyer initial passe au second plan, ni les cas à lésions multiples, ni les cas fistulisés, ni les bons cas, ni les cas douteux.

De toute manière il ne faut pas oublier que les ostéo-arthrites tuberculeuses sont des infections générales.

(Maffei. Quelques réflexions sur le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. *Scalpel*, 29 décembre 1934.)

Ophtalmologie

Les manifestations oculaires de l'insuffisance hépatique sont à peine indiquées dans les manuels classiques.

L'héméralopie s'observe assez fréquemment dans la cirrhose hépatique ; l'ictère s'accompagne parfois de xanthopsie.

Les sujets, atteints de rétinite pigmentaire, présentent des troubles hépatiques d'origine éthylique ou lithiasique.

On a décrit de nombreux accidents visuels chez les hépatiques : œdème de la papille, congestion du fond de l'œil, névrite rétrobulbaire, œdème palpébral, kératite.

(Esteban Adrogué et Jose A. Sena. Manifestaciones oculares de la insuficiencia hepatica. *Semana medica*, 10 janvier 1935.)

Certains vices de réfraction, surtout ceux d'un faible degré, entraînent, par suite des difficultés de l'accomodation ou de la vision binoculaire, des troubles dont la connaissance est fort importante.

La plupart de ces troubles n'apparaissent qu'à l'occasion d'un effort plus ou moins prolongé de fixation rapprochée ou éloignée.

Les symptômes douloureux sont parfois oculaires, mais le plus souvent céphaliques.

Les douleurs oculaires consistent soit dans une gêne, soit dans une sensation de tension ; elles sont sourdes ou lancinantes.

Les céphalées sont le plus souvent du type frontal, plus rarement du type occipital ou bitemporal, parfois même du type nucal. La forme la plus caractéristique est la barre frontale ou sus-orbitaire. La céphalée va de la simple pesanteur aux douleurs sourdes ou lancinantes.

Les efforts d'accomodation donnent lieu à un trouble de la vue, à une tension orbitaire et à des céphalées, qui entravent tout travail de près prolongé.

La fatigue oculaire, consécutive à une hypermétropie, entraîne une irritation de l'œil et de ses annexes, qui se manifeste sous forme de blépharite, de conjonctivite chronique, de larmoiement ou de photophobie.

L'hypermétropie et l'astigmatisme peuvent être la cause de certains symptômes moteurs, tels que la contraction fibrillaire de l'orbiculaire, la nictitation, le blépharospasme, le tic convulsif de la face.

Enfin les amétropies peuvent donner des symptômes généraux, tels que l'insomnie, des vertiges, des nausées et même des vomissements, qui n'ont apparemment aucune relation avec une affection oculaire quelconque.

Tous ces troubles sont traités sans aucun succès par différentes médications locales ou générales, alors que seule la correction exacte du vice de réfraction en amènera la disparition.

(J. François. Les céphalées et les symptômes associés aux amétropies. *Scalpel*, 16 février 1935.)

Thérapeutique

La thérapeutique stimulante (*terapeutica del stimulo*) est la plus active dans les affections rhumatismales. Elle comprend les protéines spécifiques (bactériothérapie) ou non (sang, lait), les métaux et les métalloïdes colloïdaux (or, platine, fer, soufre, iode, manganèse) les produits chimiques (acide salicylique, bleu de méthylène, etc.), les solutions salines et les agents physiques (soleil, rayons X, haute fréquence, diathermie, bains, etc...)

Le point le plus important et le plus difficile consiste dans le dosage individuel exact.

(Esteban Anaya. La lucha contra el reumatismo. *Siglo Medico*, 9 mars 1935.)

« **Il n'est pas, en phtisiothérapie**, de thérapeutique plus vivement discutée que le traitement par les sels d'or ». La nouvelle étude des deux spécialistes de la chrysothérapie, J. Stephani et H. Mollard nous engage à donner une adhésion réfléchie à la chrysothérapie.

Les sels d'or sont efficaces pour trois raisons :

1° La première est empruntée à des statistiques comparées : il est parfaitement exact que, pendant un traitement aurique, un certain nombre de malades présentent une amélioration fonctionnelle et générale importante ;

2° Si l'argument précédent n'est pas exempt de critique, le second paraît comporter nne valeur rigoureusement objective. Si nous comparons un tuberculeux, chez qui les autres méthodes ont échoué, au même sujet traité enfin par l'or, on observe assez souvent une amélioration aussi nette qu'inespérée ;

3° Le troisième argument, également précieux, est emprunté à la chrysothérapie comparée. Quand on examine l'action des sels d'or contre la tuberculose, la syphilis, le rhumatisme, on est frappé par deux faits : les succès sont d'autant plus fréquents et plus rapides que les lésions sont plus inflammatoires et la technique plus précise.

La chrysothérapie est efficace si elle se plie aux deux lois suivantes :

1° L'activité d'un sel d'or est proportionnelle à la teneur en métal et à la solidité de la soudure entre le métal et le radical ;

2° L'activité d'un traitement est proportionnelle aux doses injectées.

D'une part il faut s'adresser à des sels contenant beaucoup d'or et possédant un radical organique. D'autre part il faut faire des doses relativement élevées ; la crainte des accidents serait négligeable puisque le seul toxique correspond environ à un centigramme et demi par kilogramme de poids du corps ; la dose toxique hebdomadaire correspond environ à deux centigrammes par kilogramme.

Il y a, pour conclure, de bonnes et de mauvaises chrysothérapies, comme il y a de bonnes et de mauvaises thérapeutiques.

L'emploi des solutions huileuses augmente la tolérance de l'organisme et permet d'employer sans inconvénients des doses plus élevées.

Cette excellente étude, écrite par deux spécialistes rompus à la pratique de la chrysothérapie, ne peut qu'augmenter le nombre des adeptes de cette méthode.

(J. Stéphani et H. Mollard. Propos sur les chrysothérapies de la tuberculose. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mars 1935.)

Le *bismuth* est efficace dans les angines aiguës non diphtériques (méthode d'Aristides Monteiro) ; il a été utilisé avec le plus grand succès dans 130 cas d'angines aiguës chez l'enfant.

Les doses minimes (1 ou 2 milligrammes) sont suffisantes, ce qui évite tout danger d'intoxication.

(Vaz de Mello. 130 casos de angina aguda na infancia curadas pelo bismuto. *O Hospital*, janvier 1935.)

J. LAFONT.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La fosse à perpétuité pour tous. — *Dans la* REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE (août 1935) *un article de M. le Docteur Icard intitulé* : LES CIMETIÈRES ACTUELS ET LA NÉCROPOLE FUTURE. PLUS DE FOSSE TEMPORAIRE. LA FOSSE A PERPÉTUITÉ POUR TOUS. LE MÊME CIMETIÈRE POUR TOUJOURS. *En voici un extrait* :

Voltaire, dans une de ses lettres, après avoir signalé les foyers de contagion et de mort qu'étaient les hôpitaux, ajoutait : « Personne ne songe à y remédier ». Nous pouvons en dire autant du mode de sépulture réservé aux indigents : « Personne ne songe à y remédier ». On semble ignorer le mal. Il est vrai que les morts ne protestent pas, et ils sont, d'autre part, bien vite oubliés lorsque leur souvenir ne profite à aucun vivant. C'est pourquoi nous protestons pour eux et nous signalons le peu de soin dont est entourée la dépouille du pauvre. Peut-être ferons-nous mieux comprendre ce que nous demandons en disant ce que furent autrefois les cimetières des indigents et ce qu'ils sont aujourd'hui. Nous sommes convaincu que ceux qui ont quelque souci des misères d'autrui, nous liront avec intérêt et ne resteront pas indifférents aux raisons que nous allons donner.

1° LE DROIT DES INDIGENTS A LA SÉPULTURE : LA FOSSE COMMUNE REMPLACÉE PAR LA FOSSE TEMPORAIRE. — Il y a des riches et des pauvres durant la vie, et il y a aussi des riches et des pauvres après la mort. Et pourtant le terme fatal où nous devons tous aboutir est bien fait pour nous rappeler que la nature nous traite tous de la même façon : l'égalité à ce moment cesse d'être un vain mot. Le riche, en dépit de ses fastueuses funérailles et de la magnificence de son tombeau, est alors aussi pauvre que le malheureux dans la fosse commune : *l'un et l'autre n'ont pour tout avoir que leur cadavre, et ils ont droit chacun à une sépulture décente.* Pourquoi cette inégalité de traitement laisse-t-elle indifférents les philanthropes du siècle. Pourquoi faut-il leur rappeler que, de tout temps et chez tous les peuples, donner aux morts la sépulture était le devoir le plus sacré.

Chez les Romains, comme chez les Grecs, être privé de sépulture était la pire des destinées. La perspective d'un tel malheur effrayait plus que la mort elle-même. Rester sans sépulture était un châtiment plus redoutable que la peine capitale. Les criminels seuls devaient ne pas jouir du repos de la tombe ; les corps des traitres, des ennemis de la Patrie, des grands coupables étaient ignominieusement abandonnés et parfois même, nous dit Edmond Le Blant, l'humanité des Romains recule devant l'application d'une telle rigueur ». On cite des chefs militaires qui laissèrent volontairement échapper les fruits d'une victoire pour recueillir et ensevelir leurs morts. L'inviolabilité du tombeau était garantie par la loi des Douze-Tables (*Fori bustive æterna autoritas esto*). Tout endroit où l'on inhumait un corps devenait un lieu religieux et hors du commerce, un bien sacré comme le temple des dieux et participant au droit d'asile.

Les chrétiens ensevelissaient les martyrs avec le plus grand soin, et le respect des morts était tel que les persécuteurs eux-mêmes ne refusaient pas de leur abandonner le corps de ceux qu'ils faisaient mourir. Ils enterraient sans distinction les étrangers comme leurs coreligionnaires, les frais d'inhumation étaient gratuits ou à la charge de l'Eglise, laquelle, en la circonstance, n'hésitait pas à louer ou à vendre les objets du culte (1). Le respect religieux dont les premiers chrétiens entouraient les tombeaux est nettement indiqué par le mot qu'ils inventèrent (cœmeterium, dortoir), pour désigner le champ de repos. Les fossoyeurs (fossores), dont les fonctions, aujourd'hui, sont réputées si abjectes, étaient particulièrement honorés ; ils étaient les

(1) Voir : *Histoire de l'inhumation chez les peuples anciens et modernes* par le Docteur FAVROT. Paris, 1868.

premiers parmi les clercs. On cite un pape qui, à ses débuts, avait été fossoyeur.

Le pape saint Grégoire, au VIe siècle, écrivait à Janvier, évêque de Sardaigne : « une dame illustre se plaint que vous n'avez pas honte d'exiger cent sols d'or pour l'enterrement de son fils ; en sorte que vous ajoutez aux gémissements de sa douleur une nouvelle contribution en lui extorquant une partie de son patrimoine. Convient-il à un prêtre de se faire payer le prix de la terre destinée à recevoir des chairs pourries, de tirer profit du deuil d'un fidèle ». Il lui rappelle à ce sujet qu'Abraham voulant acheter un terrain pour y ensevelir sa femme, le propriétaire refusa d'en accepter le prix ; puis il continue : « Si un païen a rougi de considérer la sépulture comme un objet de lucre, que dire d'un chrétien, d'un évêque qui exige un salaire pour inhumer un de ses frères en Jésus-Christ ? » (*Gregorii magni, Epistolæ VII*).

Le Concile d'Epernay, en 845, a interdit d'une manière absolue d'exiger quoi que ce soit pour la sépulture, et les 22 évêques présents au Concile de Tibur, en 885, déclarent solennellement « qu'il est défendu à tout chrétien de vendre la terre aux morts et de leur refuser la sépulture, à laquelle tous ont droit ». (*Decretum Gratiani, pars II, causa XII, quæst* 11, *C. XIV*).

Mais ces préceptes, tous empreints de l'esprit évangélique, furent vite oubliés, et on s'accoutuma à ne voir dans les funérailles qu'une source de bénéfices. Pourtant sous la Révolution, on se mit à reparler des droits du pauvre. La *Déclaration des Droits*, que Condorcet plaça en tête du projet de Constitution des Girondins, contient un article ainsi conçu : « Les secours publics sont une dette sacrée de la Société, c'est à la loi à en déterminer l'étendue et l'application ». La Constitution de 1793 s'exprime d'une manière plus explicite. La *Déclaration des droits* rédigée par Robespierre et adoptée par la Société des Jacobins contient les mêmes principes, exprimés en termes à peu près semblables : « Les secours nécessaires à l'indigence sont une dette sacrée du riche envers le pauvre ; il appartient à la loi de déterminer de quelle manière elle doit être acquittée ».

Si nous en jugeons par la manière dont étaient traités, sous la Révolution, les cadavres des indigents, il semblerait que la dette sacrée due par le riche au pauvre ne devait pas s'étendre au delà de la mort : elle s'éteignait avec la vie de celui à qui on reconnaissait le droit de la revendiquer. La fosse commune ne fut pas supprimée, et le cadavre du pauvre fut considéré comme chose indifférente dont la Société n'avait à s'occuper que pour s'en débarrasser. Le champ du repos n'était qu'une voirie, un cloaque, un dépotoir, une décharge publique. On peut s'en rendre compte par la description de certains enterrements que nous ont laissée des contemporains (1).

Dans la séance du 14 frimaire, an VII, le député Lafargue, apportait à la tribune du Conseil des Cinq-Cents, les tristes révélations suivantes : « Un spectacle hideux et immoral frappe depuis trop longtemps les regards du peuple, la plus naturelle des institutions semble proscrite par nous. L'anarchie est telle qu'il y a des lieux de sépulture où les cadavres effleurent le sol et deviennent la proie ou le jouet des animaux. J'ai vu une mère disputant le cadavre de son enfant à un pourceau. Il est temps que les Français cessent d'être jetés à la voirie ».

Et la fosse commune, avec toutes ses horreurs, n'existait pas seulement à Paris. Nous en avons eu la preuve dans le texte suivant que nous empruntons au *Rapport de M. de Ségur au Conseil d'Etat, en date du 9 prairial, an XII, sur le projet du décret relatif aux sépultures* : « Beaucoup de communes renferment dans leur enceinte des lieux de sépulture malsains et dangereux. Dans plusieurs cantons, on voit encore des morts abandonnés par leur famille, et jetés pêle-mêle dans d'impurs cloaques avec autant d'indécence que de barbarie ».

La législation moderne s'inspire mieux du respect dû à la mort et lui est plus favorable.

La mise en terre dans la fosse commune des dépouilles mortuaires a été formellement prohibée par le décret du 23 prairial, an XII, article 4 : « Chaque inhumation aura lieu dans une fosse séparée, chaque fosse qui sera ouverte aura un mètre cinq décimètres à deux mètres de profondeur, sur huit décimètres de largeur et sera ensuite remplie de terre bien foulée ».

Jusque-là, on inhumait par superposition dans ce qu'on appelait alors, à juste titre, la fosse commune, les indigents et, en

(1) Voir : DELAMALLE, *L'enterrement de ma Mère*, Paris, an III, et H. GAUBERT, *Manuel pratique de législation pour l'organisation et l'exécution du service des Pompes funèbres*, Paris, 1890. Ouvrage remarquable et d'une très grande utilité, à l'usage des communes et des paroisses.

général, toutes les personnes ayant droit à la sépulture gratuite. On estime que les trois quarts de la population de Paris se trouvait dans ce cas. Sept cercueils étaient superposés dans chaque tranchée de la partie du cimetière affectée aux inhumations gratuites à côté de sept autres antérieurement superposés dans la tranchée précédente et ainsi de suite.

Malheureusement, à cause du manque de terrain, on fut obligé, à Paris d'abord, puis dans toutes les grandes villes, de violer le texte du décret du 23 prairial, an XII, prescrivant l'inhumation séparée, et le décret du 24 avril 1889, portant *règlement d'administration publique déterminant les conditions applicables aux divers modes de sépulture*, autorisa un procédé mixte, la fosse en tranchée (art. 12 et 15) laquelle tient à la fois de la fosse commune et de la fosse séparée. Tandis que dans la fosse commune, les cercueils étaient entassés les uns sur les autres, dans une grande fosse, ils sont placés les uns à la suite des autres, dans la fosse en tranchée, séparés par une distance d'au moins 0 m. 20.

Mais ce même décret, qui autorisait la fosse en tranchée s'intéressait, néanmoins, au sort des indigents. Les articles 10 et 11 faisaient une obligation aux communes de pourvoir aux sépultures de tous les décédés.

ART. 10. — *La sépulture dans le cimetière d'une commune est due : 1° aux personnes décédées sur son territoire, quel que soit leur domicile ; 2° aux personnes domiciliées sur son territoire, alors même qu'elles seraient mortes dans une autre commune.*

ART. 11. — *A défaut de la famille, la commune est tenue de pourvoir à la sépulture des personnes décédées sur son territoire.*

Ces deux articles, sous une forme différente, ne sont que la répétition de l'article 93 de la loi des 5-6 avril 1884, sur l'organisation municipale. Cet article déclare la sépulture *obligatoirement* due, mais il faut que cette sépulture soit *décente*, ainsi que l'indique très nettement le texte : « Le maire ou, à son défaut, le sous-préfet, pourvoit d'urgence à ce que toute personne décédée soit *ensevelie et inhumée décemment*, sans distinction de culte ou de croyance ».

Or, l'indigent trouve-t-il dans les cimetières actuels la sépulture *décente* à laquelle il a droit ? Nous répondons sans hésitation : non ! L'article de la loi qui permet la reprise du terrain après cinq ans d'inhumation, est appliqué dans des conditions telles que la fosse en tranchée retourne presque à ce qu'était autrefois l'ignoble fosse en commun, laquelle était assez semblables à ces espèces de voiries dans lesquelles, à Rome, on jetait pêle-mêle les cadavres des esclaves. Et les vers d'Horace désignant le charnier de ces pauvres déshérités pourront s'appliquer de nos jours à cette partie du cimetière réservée aux malheureux :

Hoc miseræ plebi stabat commune sepulcrum

C'est ce que nous allons démontrer, et nous signalerons aussi d'autres graves inconvénients que présente la fosse temporaire

2° LA FOSSE TEMPORAIRE : ELLE NE DONNE PAS CE QU'EXIGE LA LOI ; LES INCONVÉNIENTS QU'ELLE PRÉSENTE. — La loi exige que toute personne décédée *« soit ensevelie et inhumée décemment »* ; mais peut-on vraiment estimer décente une sépulture qui n'est que momentanée et ne tient aucun compte du droit que nous avons de dormir tranquillement notre dernier sommeil ? Or, ce droit appartient aussi bien au pauvre qu'au riche. Il faut que le malheureux qui repose dans la fosse des indigents puisse attendre dans la paix du tombeau son retour à la terre, retour qui est comme une seconde mort. La première mort caractérisée par l'arrêt des fonctions physiologiques ne sera vraiment complète que lorsque la seconde mort caractérisée par la destruction des organes aura été réalisée, c'est-à-dire le jour où, intégralement et spontanément, suivant les lois de la nature, se sera accompli le *in pulverem reverteris*, destinée qui est la rançon de la vie.

Les misères du pauvre ne doivent pas se continuer au delà du tombeau. On doit lui laisser son propre corps, on doit lui laisser cette fosse que l'on qualifie de *gratuite* et qui est également sa propriété : ces quelques pans de terre lui appartiennent comme lui appartenaient autrefois l'air qu'il respirait et le rayon de soleil qui le réchauffait. Nous ne devons pas le sortir de cette dernière demeure comme un locataire qui n'aurait pas payé son terme. Il est temps que l'on fasse disparaître cette autre honte qu'est la fosse temporaire. N'est-ce pas étrange que cette iniquité laisse indifférents les philantropes du siècle ?

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 SEPTEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V°

CH. P. [illegible] - R. C. SEINE 230 790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef

Maurice LOEPER

Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Association française de chirurgie. — Le XLIV° Congrès français de chirurgie se réunira à Paris, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le lundi 7 octobre 1935, à 14 heures, sous la présidence de M. Gaston Michel (de Nancy). Le vice-président est M. Victor Pauchet (de Paris).

Après le discours inaugural de M. G. Michel et le compte rendu du secrétaire général, M. Grégoire, on abordera les questions à l'ordre du jour :

1° *Infarctus du mésentère.* — Rapporteurs : MM. A. Ameline (Paris) et C. Lefebvre (Toulouse).

2° *Les fractures du calcanéum.* — Rapporteurs : MM. F. Paitre et M. Boppe (Paris).

3° *Technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée).* — Rapporteurs : MM. R. Costantini (Alger) et G. Menegaux (Paris).

Guerre. — Sont promus :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Stitelet, en remplacement de M. le médecin général Duchêne-Marullaz, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Potet, en remplacement de M. le médecin général Spire, placé, à compter du 24 septembre 1935, dans le service de réserve.

M. le médecin colonel Botreau-Roussel, des troupes coloniales, en remplacement de M. le médecin général Sorel, promu.

Affectations :

M. le médecin général Stitelet, directeur du Service de santé de la 16° région, à Montpellier.

M. le médecin général Potet, directeur du Service de santé des troupes du Maroc.

M. le médecin général des troupes coloniales Botreau-Roussel, en Afrique occidentale française.

M. le médecin colonel Schickelé, chef de la section technique du Service de santé, est nommé, à compter du 24 septembre 1935, directeur par intérim du Service de santé de la 29° région, à Nancy, en remplacement de M. le médecin général Spire, placé à la même date, dans la section de réserve.

M. le médecin général Jude, disponible, a été placé, par anticipation, sur sa demande, à compter du 1er octobre 1933, dans la 2° section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

M. le médecin colonel Varatges, des troupes du Maroc, est affecté comme directeur du Service de santé de la division de Constantine.

Journées dentaires. — Elles se dérouleront du 21 au 24 novembre 1935, dans les locaux de l'École Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (VI°).

— Le Comité d'organisation fait un appel chaleureux auprès de tous les praticiens, afin qu'ils puissent venir nombreux et prendre parti à cette manifestation.

Une réduction de 40 % (net de tout impôt) est accordée sur les réseaux des chemins de fer français à tous les confrères et leur famille qui désireraient se rendre aux XII° Journées dentaires de Paris. A cet effet, ils sont priés de faire leur demande à M. René Sudaka, secrétaire général des XII° Journées dentaires de Paris, 113, avenue Emile Zola, Paris. Téléphone : Ségur 10 99.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Clerc (P.), médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Stefansfeld (Bas-Rhin), est nommé médecin chef de service à l'Asile de Saint-Robert (Isère), en remplacement de M. le Docteur Bouyer, décédé.

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Stefansfeld (Bas-Rhin), par suite du départ de M. le Docteur Clerc, appelé à un autre poste.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Jacquerod (de Leysin).

Conférences de psychiatrie. — Le Docteur Henri Ey, médecin des Asiles, ancien chef de clinique des maladies mentales, reprendra ses conférences tous les mercredis, à partir du 15 octobre. Les examens de malades auront lieu, à 16 heures, à l'amphithéâtre de la clinique de M. le Professeur Claude à l'Asile Sainte-Anne. Le soir, à 21 heures, à la bibliothèque médicale de l'Asile, se poursuivront les études de psychopathologie classique et de questions psychiatriques d'actualité. Pour les inscriptions s'adresser à M. Nodet, interne, clinique du Professeur Claude, 1, rue Cabanis, Paris (XIV°).

Concours pour la nomination de médecins des dispensaires antituberculeux. — Un concours sur épreuves et sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Isère aura lieu à Grenoble, à l'hôpital civil, le mardi 29 octobre 1935 à 8 heures.

Le concours est réservé aux médecins (hommes) pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'État).

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés français depuis dix ans au moins, conformément à la loi du 19 juillet 1934.

Ils devront avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 2[illegible] ans au moins et de 35 ans au plus à la date du 1er novembre 1935.

Les candidats auront à prendre l'engagement de se consacrer exclusivement à leurs fonctions, de renoncer à faire de la clientèle, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Ils devront prendre également l'engagement de rester en fonction dans le département pendant une durée de trois années et, en cas de démission après ce délai, de continuer à assurer leur service pendant une durée de trois mois au minimum

et ne pas s'installer dans le département comme médecin praticien pendant une durée de cinq ans, à dater de la cessation de leurs fonctions.

Pour être admis à prendre part au concours les candidats devront adresser leur demande (sur papier timbré) avant le 20 octobre 1935, dernier délai, à M. le Président du Comité départemental de lutte contre la tuberculose (Préfecture de l'Isère).

Le candidat ne pourra être définitivement agréé qu'après un stage d'un an si son service a donné satisfaction, dans le cas contraire, il sera licencié sans formalité ni indemnité.

Le traitement, les indemnités familiales et de résidence accordés au médecin, sont ceux alloués aux médecins inspecteurs d'hygiène adjoints du département de l'Isère : 3e classe, 37.000 francs ; 2e classe, 40.000 francs, 1re classe, 43.000 francs. Le médecin recevra une indemnité forfaitaire de 18.000 francs pour ses frais de déplacements.

Le lieu de résidence du médecin sera fixé ultérieurement par le Comité départemental de lutte contre la tuberculose.

Le détail des épreuves sera adressé à tout candidat qui en fera la demande.

Un autre concours est ouvert à Châteauroux pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux (dispensaires d'Issoudun, La Châtre, Argenton, Le Blanc et ultérieurement Châteauroux).

Les candidats doivent être âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'État français et être dégagés des obligations militaires.

Ils devront justifier d'une préparation suffisante de la phtisiologie par des stages antérieurs.

Le candidat est astreint à un stage préliminaire de six mois, à l'expiration duquel il est titularisé dans ses fonctions.

Pendant la durée du stage et lors de sa titularisation dans les conditions précitées, les traitements du médecin spécialisé sont fixés au minimum à 38.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs, tous les deux ans jusqu'à concurrence de 46.000 francs.

A titre transitoire, il sera tenu compte pour les médecins en fonctions de leur ancienneté de services.

Les frais de déplacement sont réglés avec avances provisionnelles, soit, de préférence, par un contrat forfaitaire, soit sur état mensuel détaillé selon un accord préalable.

Il est accordé en outre, des indemnités pour charges de famille, égales à celles des fonctionnaires départementaux.

Ces traitements et indemnités sont toujours révisables et modifiables selon le coût de la vie.

Les dossiers devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 25 octobre.

Clinique de la tuberculose de Lyon. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sous la direction du Professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé à Lyon du mercredi 13 novembre au mercredi 11 décembre 1935 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la clinique de la tuberculose, par le Prof. P. Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté de médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoire.

Une note ultérieure indiquera l'horaire et le programme détaillé.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (avenue Rockefeller, n° 5). Les droits à verser sont de 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses, au Prof. P. Courmont.

Société internationale des médecins des Universités françaises. — Le Comité provisoire de la Société internationale des médecins des Universités françaises a décidé de tenir dans les premiers jours d'octobre 1935 une assemblée générale de tous les adhérents et sympathisants au mouvement créé par la Société en formation.

Comme un grand nombre d'anciens élèves des Facultés de médecine de France et d'amis de la France viennent assister aux divers Congrès qui se tiennent à Paris au début d'octobre, l'assemblée générale sera nombreuse et la fondation définitive de la Société pourra être assurée.

XVIIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie (Bruxelles 4 et 5 octobre). — Exceptionnellement, cette année, les séances de la Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie auront lieu à Bruxelles les vendredi 4 octobre et (s'il y a lieu) samedi 5 octobre, avant la semaine du Congrès français de chirurgie.

Programme. — Vendredi 4 octobre, 9 h. 30 du matin, Réunion à la Faculté de médecine de Bruxelles, 97, rue aux Laines : *Ouverture de la réunion.* Allocution de M. Dam, président de la Société belge d'orthopédie. Allocution de M. Le Fort, président de la Société française d'orthopédie. Présentation et discussion du rapport de M. Raphaël Massart (Paris) : La maladie de Volkmann, rétraction des fléchisseurs des doigts : étude pathologique et thérapeutique. Communications particulières.

11 h. 30 : Réunion administrative. Présentation et discussion du rapport de M. Meyer (Strasbourg) : Les mycoses osseuses. Suite des communications particulières.

Samedi 5 octobre, matin : Visites dans les hôpitaux et les cliniques. Présentation de malades et séances opératoires.

Après-midi : Visite de l'exposition universelle et promenade guidée à l'Exposition d'art ancien.

Des facilités de transport ont été accordées par les Compagnies de chemins de fer du Nord et de l'État belge aux membres de la Société française d'orthopédie. S'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Le banquet par souscription aura lieu le vendredi 4 octobre à 20 heures à l'hôtel Métropole (100 francs belges). Prière de s'inscrire le plus tôt possible auprès du Docteur Rœderer, 10, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe).

Nécrologie. — Nous apprenons avec tristesse la mort du Docteur Edmond Barthe de Sandfort, décédé dans sa 8[illegible]e année.

Rentré à l'École de santé de la Marine à Toulon en 1872, il en sortait en 1874, avec le grade d'aide-major et prenait part en 1876 à la campagne de Chine. Puis, malade, il fut réformé en 1885.

Mais, dès les premiers jours de la guerre, en 1914, Barthe de Sandfort contracta un engagement volontaire et prit du service dans divers hôpitaux, où son dévouement et sa science lui valaient bientôt en 1916, des mains du Président Poincaré, la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur. Il avait, en effet, innové un traitement des brûlures et des gelées par l'ambrine. En 1917, il fut chargé d'une mission en Italie. Promu médecin-major de 1re classe en cette même année, le Docteur Barthe de

Sandfort fut chargé par le ministre de la Marine, de présenter sa méthode dans les ports militaires.

En 1925, il créait un Institut de paraffinothérapie au Petit Juas à Cannes et jusqu'à ces derniers temps fit preuve d'une grande et louable activité.

Son œuvre continue sous la direction de Madame Espanel qu'il s'était adjoint depuis le début de la guerre.

Docteur Edmond BORNOT, de Paris, médecin adjoint de la prison de la Santé et pharmacien. — Docteur Edmond LARDY, ancien chirurgien de l'hôpital français de Stamboul, décédé à Bévaix. — Docteur Jean LECLERC, du Havre. — R. P. Joseph LOISELET, docteur en médecine. — Docteur Charles PARIS, de Poligny (Jura). — Professeur BARON (Léon-Frédéric, professeur émérite de physiologie à l'Université) de Liége, doyen de l'Académie royale de médecine de Belgique, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris. — Professeur GOLDSCHEIDER, de Berlin. — Professeur ROSENBLATH, de Kassel, décédé à l'âge de 77 ans.

Echos et Glanures

Les accoucheurs. — *Du Docteur Briau dans* LE MOUVEMENT SANITAIRE (août 1935) :

Malgré les différences individuelles, les accoucheurs forment un type médical tout à fait à part. Tous les médecins ont fait un stage ou une période d'internat d'accouchement ; beaucoup, au hasard de leur carrière, ont pratiqué des accouchements, même avec succès, mais tout cela n'est pas suffisant pour avoir l'estampille d'accoucheur ; il faut, pour la mériter, se consacrer entièrement à la pratique obstétricale.

L'accoucheur, digne de ce nom, est le plus prudent (déjà dit), le plus propre, le plus patient, le moins émotif et le plus sportif des médecins. Dans l'hygiène, il a été un précurseur et il a su se garer de la fièvre puerpérale avant que le chirurgien ait commencé à lutter contre la pourriture d'hôpital : encore maintenant, c'est lui qui doit approcher le plus de l'asepsie absolue. N'insistons pas sur la patience qui va de soi ; mais quelle solidité de nerfs pour résister au bruit sans cesse renouvelé des cris déchirants et à la vue des déchirures du tendre corps féminin ! A moins de couper une carotide ou une fémorale, le chirurgien ne se voit jamais en présence de ces épouvantables hémorragies que doit combattre journellement l'accoucheur. Enfin, on concédera bien que le médecin exerce sans effort physique : son plus grand exercice, c'est de se baisser pour ausculter. Le chirurgien travaille avec ses bras mais, actuellement ce travail, tout de finesse, ne demande guère plus de dépense musculaire que l'acte d'écrire, de dessiner ou de modeler.

Il s'assoie même souvent pour opérer. Tandis que l'accoucheur appliquant un forceps, pratiquant une version, fait du sport complet. Pour garder sa ligne, il n'a pas besoin de jouer au tennis. Il faut enfin ajouter qu'il est le plus irrégulier des hommes. Il mange quand il peut et n'est jamais sûr, s'il se couche, de dormir toute sa nuit. Aussi a-t-il très bon appétit, il est même toujours gourmet, et dort n'importe quand, n'importe où, comme un bienheureux.

Pas d'accoucheur sans toutes ces qualités et particularités. Mais en contre-partie, il y a une récompense, c'est une remarquable longévité. Les accoucheurs atteignent tous un âge avancé et je suis sûr que nous pourrons fêter gaiement les 100 ans de Vignes.

Ne créons pas de petits spécialistes, dirigés, dès leurs premiers pas, dans un des petits sentiers de la clinique et ne connaissant pas la grande route. Ne créons pas de petits diplômes de phtisiologues, de chirurgiens, d'hygiénistes, de neurologues. Créons de bons médecins et de bons chirurgiens et donnons-leur les moyens de travailler ensemble, en mettant à leur disposition de bons outils et en leur apprenant à cultiver les bienfaits de l'expérience acquise en commun et « maintes et maintes fois répétée », selon la sage parole de notre Laënnec. »

(Professeur SERGENT. — La collaboration médico-chirurgicale. *J. de Méd. et de Ch. pratiques*, 10 août 1935.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La thérapeutique de la constipation habituelle

Par le Professeur Docteur Charles GLAESSNER
Médecin-chef de l'Hôpital Rainer, Vienne

Il est avéré que la constipation habituelle est due principalement à une anomalie du mécanisme moteur du gros intestin. Le siège de ce trouble se trouve, soit :

1° Dans le côlon ascendant, constituant la constipation type ascendant caractérisée par un ralentissement de l'influx nerveux musculaire de cette section importante de l'intestin : la régularité du péristaltisme est gênée par l'atonie et la faiblesse des contractions musculaires ;

2° Dans le côlon transverse, constituant le type transversal : l'avancement du bol fécal est gêné par rétention spasmodique des matières ;

3° Enfin, dans le rectum : type rectal, dans lequel, alors que les matières sont arrivées correctement et en temps voulu dans l'ampoule, l'évacuation se trouve entravée par le manque plus ou moins complet ou la suppression de l'excitation nerveuse nécessaire à l'expulsion.

De cet exposé, il découle que l'on peut désigner le type ascendant comme la forme atonique de la constipation ; de même, le type transversal représente la forme spasmodique, tandis que le type rectal n'a plus rien à voir directement avec la mobilité générale de l'intestin, mais représente un trouble pur et simple de l'acte d'expulsion proprement dit.

Le mécanisme de cet acte d'expulsion est fort compliqué. C'est par voie réflexe qu'il a lieu. L'excitation de ce réflexe part de l'ampoule rectale et de l'anse sigmoïde, et a sa raison d'être dans la composition même du bol fécal. Cette excitation est transmise par le système nerveux au cerveau — région du quatrième ventricule — et de là la moelle épinière transmet l'impulsion nécessaire à la défécation.

Le processus évacuateur se produit alors de telle manière que d'une part, le sphincter anal s'ouvre, tandis qu'en même temps l'élévateur de l'anus se contracte, ainsi que les muscles du périnée : la partie terminale du rectum s'élève en quelque sorte et se rétracte au-dessus de la colonne fécale, processus qui peut se comparer avec la façon de retirer un doigtier, celui-ci représentant le rectum et le doigt la colonne fécale. Outre les deux mouvements antagonistes du sphincter et de l'élévateur, les couches musculaires annulaires et longitudinales du rectum produisent aussi des contractions qui contribuent à activer la progression des matières fécales, les fibres longitudinales en se raccourcissant, les annulaires en rétrécissant la lumière par leurs contractions. Ces deux ordres de travail sont secondés par le jeu de la musculature abdominale, dont la contraction en augmentant la pression intra-abdominale contribue à la progression du bol fécal. Pour la mise en œuvre de cet acte si compliqué de la défécation, il faut de toute évidence que le réflexe si complexe de l'évacuation se produise de façon parfaite dans toutes ses parties : excitation à l'évacuation, innervation, jeux de la musculature intestinale, périnéale, jeux des muscles sphinctériens et des muscles abdominaux. Que l'une de ces manœuvres vienne à manquer ou soit simplement insuffisante, l'évacuation normale se trouvera grandement compromise.

L'une des causes les plus importantes, la plus essentielle peut-être, de la constipation est précisément l'absence ou l'insuffisance de l'excitation du réflexe évacuateur. Il est possible de stimuler cette excitation de diverses façons : du fait que d'après Graaff et Nolen (1), 85 % des aliments sont déjà résorbés dans l'intestin grêle, il ne reste plus que 15 % pour la résorption dans le gros intestin, en sorte que d'après Linge et Macht (2), la rapidité du passage du bol alimentaire dans l'intestin grêle est d'une importance capitale.

Des recherches faites dans mon propre laboratoire ont prouvé que ce ne sont pas les éléments liquides ou solides des matières qui jouent un rôle décisif dans la provocation du réflexe évacuateur, mais que ce rôle est essentiellement dévolu aux gaz intestinaux.

D'après Fries (3), la quantité de gaz qui est produite et arrive à être expulsée par l'anus, s'élève à environ 800 à 1.000 c. c. par jour chez l'homme adulte et bien nourri. 60 % de ces gaz sont représentés par l'air dégluti et qui échappe à l'absorption dans l'intestin grêle ; 30 % par du méthane provenant de la décomposition de la cellulose, 0,7 % par de l'oxygène et enivron 10 % par de l'acide carbonique qui prend naissance dans le gros intestin. Dans le grêle, la production de cet acide carbonique est bien plus importante du fait que la totalité de l'acide chlorhydrique stomacal est neutralisé par les sucs alcalins de l'intestin grêle avec dégagement de CO^2 (bile, suc pancréatique, sécrétion des glandes intestinales). La quantité de gaz carbonique produite peut être évaluée à 6.000 c. c. Ni l'air, ni le méthane ne sont propres à éveiller le réflexe exonérateur. Le seul gaz capable de produire, cette excitation sur la musculature intestinale est précisément l'acide carbonique, Teschendorf (4). Toutefois, comme le gaz carbonique dégagé dans le grêle se trouve entièrement résorbé dans celui-ci même, on est donc réduit à la quantité minime qui se produit dans le gros intestin. Cette quantité est d'environ 2 à 300 c. c., et encore seulement chez les sujets qui ont des producteurs suffisants dans leur gros intestin. La production de ce gaz est essentiellement due à la fermentation des carbo-hydrates et de la cellulose. De sa présence dans le gros intestin dépend en grande partie l'évacuation normale.

Comment est-il possible, après cet exposé, de concevoir l'augmentation artificielle de la quantité de ce gaz carbonique capable d'exciter la paroi du gros intestin ? D'augmenter l'approvisionnement *per os* de corps capables de produire de l'acide carbonique ne conduit pas au but, parce que :

1° Si l'on administre du gaz à l'état pur, infailliblement il se se trouve rapidement absorbé dans l'intestin grêle ;

2° L'ingestion de cellulose et de carbo-hydrates provoque le dégagement d'acide carbonique dès la partie supérieure du gros intestin ; et, par la suite ne le produit pas au point voulu pour l'excitation du réflexe évacuateur.

C'est pour ces motifs que je me suis engagé (5) dans la voie d'augmenter ou de provoquer ce réflexe en introduisant de l'acide carbonique dans le rectum lui-même. Normalement, la selle est habituellement précédée par l'expulsion d'une bulle d'acide carbonique, ainsi qu'on peut le constater à l'analyse des gaz émis. Cette bulle de gaz manque chez le sujet constipé, et c'est elle qui chez le sujet sain provoque le réflexe évacuateur.

Vraisemblablement le réflexe éveillé par cette bulle n'est autre qu'un réflexe dilatateur du rectum, grâce auquel la mise en mouvement de la colonne fécale se produit consécutivement. Par des examens rectoscopiques, on arrive facilement à la conviction que la contraction des parties plus hautes de l'intestin — anse sigmoïde et côlon descendant — peut être provoquée par l'introduction d'acide carbonique à l'état gazeux dans le rectum, et que l'expulsion du bol fécal se trouve déterminé par ce moyen. L'introduction de CO^2 dans le rectum provoque immédiatement le réflexe dont on peut contrôler l'effet. Cependant, cette introduction est compliquée et peu pratique, sans compter qu'elle peut avoir de graves inconvénients : la distension subite par un procédé mécanique ne va pas sans des douleurs intolérables et des coliques ; d'autre part, la possi-

(1) *Nederland. Maandskrift v. Geneesk.*, 2, 113, 1921.
(2) [illegible]
(3) *Am. J. of physiol.*, 10, 468, 1906.
(4) [illegible]
(5) *Arch. f. Verdauungskrankh.*, 53, p. 43, 1932.

bilité de l'absorption dans le sang d'acide carbonique peut avoir des suites funestes.

C'est pourquoi j'ai été amené, après de multiples essais, à découvrir un moyen plus pratique permettant le dégagement du gaz à l'intérieur même du rectum et cela à l'état naissant. Cela m'a conduit à réaliser un suppositoire qui, au contact de l'eau produit le CO^2 recherché. Après de nombreuses expériences, j'ai fini par employer un mélange d'un acide organique avec un carbonate qui par dissolution dans l'eau dégage immédiatement du CO^2. Mais ce dégagement brusque, pouvant être douloureux et même nocif, j'ai ajouté un véhicule spécial, qui, tout en protégeant la muqueuse rectale particulièrement sensible aux irritations locales, retarde et ne laisse produire que peu à peu, d'une façon lente et sous une forme finement colloïdale, le dégagement de l'acide, qui se trouve au moment de son émission enveloppé comme dans une mousse fine et légère. Après des recherches répétées, j'ai arrêté mon choix sur un colloïde du groupe des lipoïdes et après être arrivé au dosage le meilleur, je l'ai incorporé sous la forme d'un suppositoire courant.

J'ai depuis employé les suppositoires basés sur ce principe dans les formes les plus variées de constipation. Une prompte évacuation a pu être obtenue presque toujours, aussi bien dans les cas de constipation rectale que de constipation du transverse. L'effet se développe de la manière suivante : sitôt après l'introduction du suppositoire, on ressent un dégagement indolore de gaz dans l'ampoule rectale ; après environ dix minutes l'évacuation a lieu rapide et complète. Ceci se produit sans exception dans tous les cas de constipation rectale. S'il s'agit d'une constipation localisée plus haut, l'évacuation peut s'effectuer en une ou plusieurs étapes, par le fait que les matières situées plus haut ne peuvent progresser qu'autant que l'ampoule se vide. De plusieurs centaines d'expériences avec ce procédé nous avons recueilli d'importantes observations dont je ne veux mentionner que les plus frappantes :

1° La selle obtenue est toujours une selle normale, ne contenant jamais d'éléments pathologiques, tel que mucus, sang, etc. ;

2° Après un traitement prolongé, il se produit dans bien des cas une véritable rééducation du réflexe, si bien que des selles surviennent ensuite parfois spontanément sans usage de suppositoire ;

3° Les enfants du premier et du second âge réagissent particulièrement de façon prompte et régulière ; de même, que les adultes et les alités ;

Nous devons mentionner en particulier, les femmes atteintes d'affections gynécologiques, de même que les cas de constipations opiniâtres chez les aliénés, tabétiques et tous autres malades du système nervux ;

4° Les formes spasmodiques sont également un terrain indiqué pour la médication ; on peut après ingestion d'un sel opaque (baryum) observer sous l'écran radioscopique — après la mise en place d'un suppositoire — de larges mouvements, les grandes vagues de l'Holtzknecht.

5° Il ne se présente jamais, en dehors d'un léger picotement non régulier, aucun effet secondaire fâcheux.

Mon assistant Kœlbl (1) a traité des cas de constipation légère — constipation revenant tous les trois jours — d'autres avec une selle tous les deux jours, ainsi que des cas graves chez des sujets n'allant jamais à la selle spontanément. Dans ces trois cas, des selles spontanées se sont montrées après un traitement prolongé.

Ziervogl (2) a employé ma méthode chez 85 enfants ; dans 66 cas, l'évacuation se produisit sans effort dans un espace maximum d'une heure.

Hensel (3) a utilisé les suppositoires pour les suites opératoires. Appliqués quarante-huit heures après l'intervention, il y eut dans tous les cas expulsion de gaz, et dans 75 % des cas évacuation des matières.

Crohn (4) a appliqué la méthode à trois cents cas différents, avec des résultats probants. Les suppositoires n'ont été administrés qu'après échec de la médication interne habituelle : l'auteur décrit leur effet comme renversant. Toujours l'évacuation a eu lieu après un intervalle de cinq à trente minutes, dans quelques cas seulement elle fut plus tardive.

(1) *Wiener Med. Wochenschr.*, 1934, n° 6.
(2) *Wiener Med. Wochenschr.*, 1934, n° 38.
(3) *Fortschritte der Medizin*, 13, 1932.
(4) *Medizin. Klinik.*, 1932, 29.

Kapuste (1) emploie les suppositoires dans des cas de dyschésie opiniâtre, ayant résisté à tous autres traitements, dans des cas d'ordre neurologique comportant des troubles organiques de l'évacuation intestinale, dans toutes les affections au cours desquelles, la défécation exige le plus grand ménagement possible du patient. Ce mode d'excitation du réflexe évacuateur est d'un emploi plus simple, plus propre, et son résultat plus abondant le rend supérieur aux lavages intestinaux.

Ahrens (2) préfère la méthode des suppositoires à toute autre méthode rectale. Dans 80 cas, il a eu un résultat satisfaisant ; jamais il n'a eu de plainte, ni au sujet d'irritation intestinale ou de la moindre lésion.

Detering (3) n'a jamais eu que de bons résultats et aucune plainte à enregistrer : il signale être parvenu dans des cas très réfractaires à obtenir des selles spontanées.

Hitschmann (4) signale de très bons effets chez les constipés d'ordre psychiques. D'après lui, cette méthode est un adjuvant précieux dans la thérapeutique des névropathes.

Langeluddeke (5) a pu apprécier le résultat dans 38 cas psychiques et dans environ 804 cas de névropathes. L'effet rapide est surtout mentionné dans les cas de traitement opiacé.

Il nous est donc permis d'affirmer :

1° On obtient un effet favorable sur la constipation habituelle par la production locale de gaz carbonique ;

2° Cet effet favorable est basé sur le fait expérimental que le CO^2 est la cause physico-chimique de l'excitation du réflexe évacuateur.

3° L'introduction du gaz carbonique remplit son office de la façon la plus complète par le réveil et la provocation du réflexe exonérateur partant du rectum.

4° Non seulement la constipation rectale, mais celle transversale et même l'ascendante sont tout aussi favorablement améliorées par cette médication.

5° L'effet est certain, exempt de toute douleur et de manifestations secondaires.

6° On réussit à obtenir par l'emploi prolongé des suppositoires, des selles spontanées par une sorte de rééducation du réflexe exonérateur.

Un cas de méningo-encéphalite ourlienne mortelle

Considérations sur la mortalité au cours des oreillons

Par

G. ANDRIEU et J. PASSA
Professeur agrégé — Assistant
du Val-de-Grâce

C'est une notion courante fondée sur l'observation habituelle des faits, que l'extrême bénignité de l'infection ourlienne. Elle comporte cependant un nombre assez notable d'exceptions, et ce n'est qu'en se référant à des documents ou à des statistiques étendues que l'on peut se faire une idée de la mortalité au cours de cette infection.

(1) *Medizin. Klinik.*, 1934, 11.
(2) *Medizinische Welt*, 1933, 5.
(3) *Der prakt. Arzt.*, 3, 1933, 1
(4) *Biolog. Heilkunst*, 31, 1931.
(5) *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 1934, 52, 1999.

En quatorze ans, Kelsch n'avait pu relever en milieu militaire que dix décès ; plus tard, Catrin (1) dans la période de 1887 à 1895 ne relève que trois décès sur 33.117 cas, un seul étant consécutif à des accidents nerveux. Reprenant la statistique médicale de l'armée de 1921 à 1930, nous n'avons pu constater que l'extrême fréquence de cette infection puisque les cas qui se sont produits dans les troupes françaises s'élèvent au chiffre de 90.051. Il n'est pas inutile de souligner que dans cette même période, on n'eût à déplorer que six décès dont un par broncho-pneumonie. La léthalité est donc extrêmement faible et n'atteint chez l'adulte jeune que le pourcentage approximatif de 1 pour 15.000 en milieu militaire.

Malgré cette bénignité, les périodiques médicaux mentionnent de temps à autre des cas mortels d'infection ourlienne. Les faits cités sont disparates, mais si l'on s'en réfère à ceux dont l'analyse peut être plus longuement poussée, on voit que la mort au cours des oreillons reconnaît un nombre de causes relativement restreintes.

Remarquons d'abord que les infections surajoutées *pleuro-pulmonaires* déterminent quelquefois des accidents mortels. Il en était ainsi d'un des malades de Catrin, comme de l'un de ceux dont nous avons noté le décès dans une statistique portant sur la période 1921-1930. Ces affections pleuro-pulmonaires mortelles ne doivent être considérées que comme des accidents fortuits liés à une infection surajoutée et non comme la conséquence directe de la maladie ourlienne.

Une cause invoquée dans d'autres cas est l'*œdème de la glotte* consécutif à la fluxion parotidienne et sous-maxillaire. Parmi les faits relatés, nous avons retenu ceux publiés par Courtelle (1828), Jacob (2), Gillet de Bauzer (3), Reverchon, Worms et Delater (4), etc...

Plus rares seraient encore les cas de *néphrite* mortelle connus, que M. P. Teissier et Esmein évaluent à une dizaine. Un des cas les plus démonstratifs a été rapporté par Cathala (5). Tout récemment Bosio (6), en a étudié la forme azotémique grave. Enfin, nous signalerons que certaines atteintes du *pancréas* se sont terminées par la mort comme dans les relations de Lemoine et Lapasset, de Sabrazès, Broustet et Beaudiment (7).

Il nous apparaît cependant que ce sont surtout les accidents nerveux des oreillons qui sont responsables du plus grand nombre des cas de décès au cours de cette affection. C'est à ce titre que nous rapporterons d'abord l'observation d'un de nos malades atteint d'une méningo-encéphalite ourlienne primitive ayant abouti à la mort.

Observation. — T... T., 23 ans environ, est un Indochinois dont le passé pathologique nous est totalement inconnu ; il est en France depuis deux ans et se portait bien ; il entre au Val-de-Grâce dans notre service le 15 novembre, mis en observation pour « céphalée, rachialgie, raideur de la nuque et vomissements ». Il appartient à une unité où sévit une petite épidémie d'oreillons.

A demi-comateux, il ne peut donner aucun renseignement sur le début de son affection. Il se présente d'emblée comme un malade très grave, sa température est à 40°. Il vomit sans arrêt, avec effort, un liquide bilieux. Il se plaint d'une violente céphalée et présente une très légère raideur de la nuque.

L'examen est par ailleurs négatif, il n'existe en particulier ni éruption, ni splénomégalie — on note, cependant un pouls lent, dissocié à 90 et un léger disque d'albumine dans les urines.

La ponction lombaire ramène un liquide très légèrement louche, s'écoulant en gouttes pressées et renfermant :

420 éléments au millimètre cube (lymphocytose presque absolue, éléments non altérés, quelques hématies).
Absence de germe à l'examen direct et à la culture.
0,30 centigrammes d'albumine.
Wassermann négatif.
Benjoin colloïdal : 00000 00000 000C0.
Le lendemain, l'état est stationnaire.

Le 17, la température est toujours élevée le matin 40°5 ; le soir 40°2, le pouls toujours ralenti à 88. Mais les vomissements ont cessé. On constate à l'angle rétromaxillaire droit une légère tuméfaction.

Le 18, une tuméfaction bilatérale, douloureuse s'est développée au niveau des deux loges parotidiennes ; particulièrement intense à droite soulevant le pavillon de l'oreille, moins marquée à gauche, mais comblant très nettement le sillon rétro-maxillaire.

Le malade par ailleurs semble aller mieux, sa température est tombée à 39°3, il s'éveille, il parle.

Le 19, l'état reste cependant sensiblement stationnaire. Une hémoculture, pratiquée à l'entrée, est restée négative, ainsi qu'un séro-diagnostic pour les bacilles typho-paratyphoïdiques. Le 20, l'amélioration de l'état général notée le 18, ne s'est pas maintenue, la température est remontée à 39°8, le pouls à 90. Le malade est prostré. Il présente une rétention d'urine qui nécessite un sondage, les tuméfactions parotidiennes tendent à régresser.

Le 21 novembre, l'aggravation continue, le malade entre dans le coma ; incontinence complète des matières et des urines.

La régression des tuméfactions parotidiennes se poursuit, elle est presque complète à gauche, moindre à droite.

On pratique une nouvelle ponction lombaire :

Liquide contenant 360 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte.
Lymphocytes = 98 %.
Polynucléaires = 2 % éléments.
Albumine = 0 gr. 56.

Les cultures sont restées stériles ; pas de bacille de Koch après centrifugation prolongée.

Le 22 novembre, l'état s'aggrave, coma, stertor, respiration 36 à la minute, incontinence des urines et des matières.

Le liquide recueilli par ponction lombaire est hématique.

Tension couché, 27 au manomètre de Claude.
Albumine : 0,71 centigr.
Sucre : 0,60 centigr.
Chlorures : 6 gr. 45.

Le culot de centrifugation est net, mais peu abondant ; il est constitué exclusivement de lymphocytes et d'assez nombreuses hématies.

Absence de germe à l'examen direct et après culture.

Le 23 novembre, apparition d'une escharre phlycténoïde au niveau de la fesse gauche.

La tuméfaction parotidienne gauche a complètement disparu, la droite est très réduite.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Le séro-diagnostic de la spirochétose de Martin et Pettit est négatif.

Un examen d'urines montre d'assez nombreuses petites cellules, épithéliales, quelques hématies, pas de polynucléaires, pas de spirochètes. L'examen des selles n'a décelé ni amibe, ni kyste, ni parasite. Dosage d'urée dans le sang : 1 gr. 34.

Le 24 novembre, coma vigil : Kernig marqué, réflexes vifs.

Globules rouges : 4.640.000.
Globules blancs : 10.000

Formule :

Lymphocytes et moyens mono : 4 % ;
Monocytes : 5 % ;
Polynucléaires neutro : 90 % ;
Polynucléaires éosinoph. : 0,5 % ;
Polynucléaires basoph. : 0,5 %.
Temps de saignement : 2 minutes.
Temps de coagulation, 11 minutes.
Pas d'hématozoaires.

Le 25 novembre, le malade est dans le coma absolu, il a des sueurs froides, une respiration à 50, une température à 40°8 le matin, 41°4 le soir, le pouls atteint 140. Les tuméfactions parotidiennes ont complètement disparu. Décès à 18 heures.

Vérification : 27 novembre. Ouverture du crâne : dure-mère normale. En la réclinant, on trouve immédiatement en arrière du lobule paracentral une zone d'adhérences facilement décollables, sans entamer la corticalité.

La congestion pie-mérienne est généralisée et intense ; on constate sur la convexité deux ou trois plaques gélatiniformes, transparentes, sans autre lésion macroscopiquement décelable.

Les examens bactériologiques pratiqués ont tous donné des résultats entièrement négatifs.

Les parotides sont d'aspect normal, la droite qui est prélevée pèse 28 grammes.

Les autres organes, en particulier le pancréas, sont sensiblement normaux. Un accident de laboratoire ne nous a pas permis de faire les examens anatomo-pathologiques des pièces prélevées

Recherches complémentaires.

Nous avons inoculé le 22 novembre.

1° A un cobaye le culot de centrifugation de 10 c. c. de liquide céphalo-rachidien, et cela directement sous la peau : aucun acci-

dent pathologique, pas de lésion quand l'animal est sacrifié au bout de trois mois :

2° Lapin A : 1 c. c. 5 de liquide céphalo-rachidien dans le cerveau : aucun trouble ;

3° Lapin B : 1 c. c. 5 de liquide céphalo-rachidien dans le testicule droit : aucun accident pathologique.

Les arguments qui affirment chez notre malade, l'origine ourlienne de sa méningo-encéphalite sont extrêmement démonstratifs : argument d'ordre épidémiologique d'abord, basé sur l'existence d'une épidémie sévissant dans la même unité ; ensuite, apparition au quatrième jour de la maladie d'une fluxion parotidienne bilatérale signant l'infection ourlienne. Il nous faut noter aussi la rémission assez nette des signes encéphalo-méningés au moment où est apparue la parotidite bilatérale.

L'atteinte méningée contrôlée par la ponction lombaire a, en outre, bien précisé surtout au premier examen une lymphocytose considérable (420 éléments) avec une albuminose assez faible (0,30) ; or, cette dissociation cyto-albuminique est très fréquente dans les réactions méningées des oreillons. Enfin, en faveur de l'origine ourlienne de notre méningo-encéphalite, nous nous appuierons sur d'autres arguments, ceux-là, d'ordre négatif ; l'absence de bacille de Koch, après centrifugation prolongée de liquide céphalo-rachidien ; les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye et diverses autres recherches biologiques pratiques (Bordet-Wassermann, séro-diagnostic de la spirochétose, inoculations). Si même d'aucuns pouvaient considérer la formule hémo-leucocytaire de notre malade comme peu orthodoxe au cours des ourles, il suffit de rappeler que Sacquépée et que Krestnikoff ont signalé dans certaines localisations telles que les orchites ourliennes de la leucocytose avec polynucléose.

S'ajoutant aux cas publiés antérieurement notre observation rentre dans le cadre des méningo-encéphalites ourliennes primitives dont l'étude a été faite dans le très important mémoire de Weissembach, G. Basch et M. Basch (8).

Un autre point particulier à notre observation réside dans l'évolution fatale des accidents méningo-encéphalitiques. Ce n'est point là d'ailleurs un fait isolé ou même très rare et il nous est apparu que la littérature médicale est assez riche en observations similaires.

Parfois la mort qui survient au cours des accidents nerveux n'est nullement due au virus ourlien lui-même. C'est ainsi qu'Antony et Catrin, Morquio (9) ont signalé la possibilité d'association avec une méningite tuberculeuse. Le malade de Perrin (10) est mort d'une méningite à pyogènes, celui de Solier et Chartier (11) d'une méningite pneumococcique, celui de M. Ewan et Jackson (12), enfin, d'une méningite à anaérobies.

Par contre, le virus ourlien est susceptible de provoquer au niveau des méninges et du névraxe des lésions rapidement mortelles dont nous avons relevé plusieurs relations.

En 1898, Gallavardin (13) dans son mémoire rapportait déjà une douzaine d'observations anciennes, (les cas d'Astley Cooper, Frenel, Glénereau, Haldemann, Liégeois, Maximovitch, Michalsky, Malabouche, Niemeyer, Russel, Hamilton, Gillet, etc.), depuis lors dans un récent travail MM. A. Lemierre, Layani et Meillaud (14) ont fait remarquer que la notion de bénignité de la méningo-encéphalite ourlienne n'est pas absolue et ils ont recueilli un certain nombre de cas mortels (Bien, Bircher, Larkin, Schuttmuller, etc.), Lemierre, dans une de ses cliniques a présenté l'observation d'une malade qui fit au cours d'une fluxion parotidienne « une ophtalmoplégie complète et un syndrome psychique fait de confusion mentale avec désorientation et hallucinations visuelles ». La malade mourut sans avoir présenté de modification de son liquide céphalo-rachidien. C'est évidemment là, un cas mortel de névraxite ourlienne pure.

Nous avons pu encore rassembler quelques observations éparses de méningo-encéphalites ourliennes mortelles.

Si la malade de Stanley Barnes (15) semble être morte de polynévrite post-ourlienne, elle présentait en même temps de l'ictère et des accidents urémiques. Voisin (16) a observé un malade mort au cours d'accidents méningo-encéphalitiques ourliens et ayant fait une méningite à liquide trouble amicrobienne. Elsaesser (17) a eu à déplorer trois décès chez des enfants de 9 à 11 ans. Deux sont morts dans une crise convulsive au quatrième et au sixième jour, le troisième au quatorzième jour dans le coma. Deydier (18) a présenté une observation d'un sujet qui, au sixième jour de l'infection ourlienne fait une orchite bilatérale, le dixième jour hallucination et délire violent ; décès le onzième jour après une courte phase de coma. Dopter (19) a rapporté un cas de méningite ourlienne rapidement mortelle et a pu en préciser l'anatomie pathologique macroscopique. L'atteinte méningo-encéphalitique même discrète peut déterminer la mort d'une manière subite et rapide. Le malade de Dopter et Repaci (20) est mort brusquement de syncope, il n'est pas impossible d'envisager une lésion bulbaire minime provocatrice d'un tel accident. D'ailleurs, on a pu constater des lésions du système nerveux central comme dans l'observation de Chavigny et Schneider (21) où l'autopsie montra une hémorragie pédonculaire. Enfin, les cas de mort signalés par Barbato (22), par Sluss (23), par Turner (24) peuvent être interprétés dans le sens d'une méningo-encéphalite mortelle associée à une septicémie ourlienne grave.

Nous sommes loin en étudiant les cas de méningo-encéphalite ourlienne mortels de l'interprétation d'Eichhorst qui invoquait l'hyperémie cérébrale due à la compression de la jugulaire interne par la tuméfaction parotidienne.

La localisation du virus ourlien sur le système nerveux déterminant des méningites pures, des névraxites, des méningo-encéphalites, est susceptible du même coup de provoquer des accidents graves quelquefois mortels ; l'observation que nous avons longuement étudiée en est un exemple.

S'ajoutant déjà aux nombreux cas signalés, elle montre que la mort au cours des oreillons bien qu'exceptionnelle est le plus souvent la conséquence d'une atteinte méningo-encéphalitique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) CATRIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1895, pp. 741-773.

(2) JACOB. — *Archives de méd. et de pharm. militaires*, 1875.

(3) GILLET DE BAUZER. — Mort subite dans les oreillons. *Gazette des hôpitaux*, 1873.

(4) REVERCHON, WORMS et DELATER. — *Paris Médical*, 1922, p. 471.

(5) CATHALA. — *Province Médicale*, 26 mars 1907.

(6) BOSIO. — *Thèse de Paris*, 1933.

(7) SABRAZES, BROUSTET et BEAUDIMENT. — *C. R.* de la Société de Biologie de Bordeaux, 20 juillet 1927.

(8) WEISSENBACH, G. BASCH et M. BASCH. — *Annales de Médecine*, t. XXVII, 1930, p. 1.

(9) MORQUIO. — *Revue Sud-Améric. méd. et chir.*, mars 1931.

(10) PERRIN. — Thèse de Toulouse, 1909.

(11) SOLIER et CHARTIER. — *Bulletin Médical*, 1908, p. 765.

(12) M. EWAN et JACKSON. — *The Lancet*, n° 5.777, 19 mai 1934, p. 1058.

(13) GALLAVARDIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 17 décembre 1898.

(14) A. LEMIERRE, LAYANI et MEILLAUD. — *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 mars 1935, p. 169.

(15) STANLEY BARNES. — Brain, t. XXVI, 1902, p. 479.

(16) VOISIN. — *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 18 février 1916, p. 223.

(17) ESLAESSER. — *Med. Wochen.*, Berlin, 1901, p. 309.

(18) DEYDIER. — *Bull. Soc. méd. chir. de la Drôme*, mai 1904.

(19) DOPTER. — *Paris Médical*, 10 décembre 1911, p. 35.

(20) DOPTER et REPACI. — *Archiv. Méd. Exp.*, septembre 1909, p. 533.

(21) CHAVIGNY et SCHNEIDER. — *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1909, p. 68.

(22) BARBATO. — *Riform. Med. Napoli*, 1925, XII, p. 1109.

(23) SLUSS. — *Indiana Med. Journal*, 1902, 3, XXI, p. 105.

(24) TURNER. — *Memphis M. M.*, 1912, XXXII, p. 463.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le Docteur Carrel à Saint-Martin-le-Haut. — *Le Nouvelliste de Lyon.*

...Depuis Lyon la route monte sans cesse jusqu'à Saint-Martin, mais là-haut on embrasse l'ensemble des Monts du Lyonnais, on découvre quatorze départements et dans le lointain la chaîne des Alpes et le Mont-Blanc.

Dans le bourg, je m'informe où demeure le docteur. Personne ne peut me répondre, personne ne le connait. Et il n'y a pas deux mille habitants à Saint-Martin. Un gosse évadé d'une colonie de vacances me renseigne enfin :

Ah ! oui, l'Américain qui « reste » au château de la Bâthie et qui est toujours en sabots. Vous avez dû l'apercevoir en montant. Deux vieilles tours enfouies dans les sapins, en contrebas de la route ».

J'avais, en effet remarqué ce vieux manoir de la fin du XIV[e] siècle, aux tours rasées, percées de rares fenêtres, tournant résolument le dos au village, bien gardé sur trois côtés par des pentes boisées, la façade principales regardant vers les Alpes.

Un petit chemin sablonneux conduit jusqu'à la grille qui ferme dans la même cour large et opulente le château et les communs.

J'attends là un long moment. On vient enfin non pas m'ouvrir, mais me prier de remettre à travers les barreaux du portail ma carte en y inscrivant l'objet de ma visite. On me fait entendre que le docteur ne reçoit jamais personne et qu'il ne fera vraisemblablement pas exception pour moi.

Je comprends alors pourquoi à Saint-Martin personne ne connaît le fameux docteur. Je me l'imagine maintenant, retiré dans l'une de ces vieilles tours de pisé, transformée par lui en laboratoire ; environné de tubes, de cornues, d'éprouvettes, de pipettes, de cloches de verre ; chloroformant, saignant à blanc des poulets ou des lapins, en extrayant un cœur, des reins, des glandes thyroïdes ou surrénales, les accrochant tout frémissant encore à quelques mystérieux mécanisme ; injectant des liquides, lançant des fluides... mais mon image est arrêtée brusquement par le pas alerte de la servante.

Cette fois-ci elle consent à m'ouvrir ; elle me fait entrer dans une vaste salle dallée. Des fauteuils rustiques datant du grand siècle sont alignés comme autour d'un parloir, des gravures anciennes couvrent les quatre murs.

Je suis là depuis deux minutes, lorsque j'entends des sabots marteler allègrement et régulièremnt le carrelage de la pièce voisine. Une porte s'ouvre. Un petit homme apparaît : « l'Américain en sabots », minutieusement rasé, barbe et cheveux, la physionomie infiniment spirituelle. Il est vêtu d'un pantalon de toile et d'une chemise de laine à carreaux bleus, largement ouverte sur la poitrine. Il s'avance vers moi, la main tendue :

— « J'ai reconnu sur votre carte le nom d'un de mes vieux camarades, votre père, peut-être. Cela remonte aux environs de 1890. J'étais étudiant en médecine, lui faisait son Droit. Nous nous rencontrions chaque semaine à la « Conférence Joseph de Maistre », quelque chose comme la « Conférence Molé » de Paris. Là, nous nous exercions à la parole, nous discutions des problèmes politiques, sociaux ou philosophiques. C'était passionnant.

Je n'ai jamais reçu jusqu'à ce jour aucun journaliste ni Français, ni Américain. Tous les membres du « Rockefeller Institute » sont, sur ce point, soumis à une règle absolue. Il ne leur est jamais permis d'accorder une interview, de parler à qui que ce soit de leurs travaux en cours. De loin en loin, lorsqu'une découverte intéressante a été faite à l'Institut, une note succincte est rédigée, pour être transmise aux journaux.

« C'est ainsi qu'au mois de juillet dernier, la presse a été mise au courant de mes travaux, en même temps que de ceux de mon collaborateur Lindbergh.

« Voyez-vous, si nous nous mettions à écrire dans les journaux, à recevoir les journalistes, nous serions bientôt envahis et débordés. La publicité est une grande chose. On le sait en Amérique plus que partout ailleurs. Mais il est des domaines d'où elle doit être résolument écartée : l'art et surtout la science.

« C'est une surprise pour les Français qui circulent sur les routes d'Amérique de constater que nulle part les paysages ne sont enlaidis par des panneaux publicitaires, tels qu'on en rencontre sur les routes de France tous les 100 mètres. Dans le domaine scientifique c'est la même chose.

« Il faut distinguer deux phases dans le travail scientifique : la découverte et les applications pratiques. Les applications, il faut les diffuser, les faire connaître au grand public. Dire à nos contemporains comment ils doivent vivre, se nourrir, se vêtir, dormir, etc., cela est du domaine de la publicité.

« La découverte scientifique, au contraire, a besoin de silence, de solitude, de méditation, de concentration d'esprit.

« Pasteur, notre grand maître à tous, allait dans des congrès, faisait des communications à l'Académie de médecine. Tout ce

qu'il faisait était aussitôt connu du public. Mais il a perdu ainsi un temps précieux.

Je comprends, que vous soyiez très bien ici pour méditer, mais comment faites-vous en Amérique. Vous habitez au cœur même de New-York, la cité bruyante et trépidante des gratte-ciel...

Le bruit de New-York ne me gêne pas. Le laboratoire où nous travaillons, Lindbergh et moi, est au sommet d'un gratte-ciel, sur une terrasse en retrait. Des fenêtres doubles, avec ventilation artificielle, ne laissent percevoir qu'une rumeur lointaine et confuse, assez semblable au bruit des vagues. J'y suis aussi tranquille pour travailler qu'en Bretagne au milieu de la petite île de Saint-Gilda que j'occupe seul.

Vous avez prononcé le nom de Lindbergh.

Je ne puis rien vous dire sur Lindbergh. Il m'est formellement interdit de parler de lui.

En France, il reste le héros qui a traversé pour la première fois l'Atlantique...

Il est bien plus que cela. Lindbergh est un grand savant. D'ailleurs, les hommes qui font de grandes choses sont capables de les réaliser dans tous les domaines. Je ne crois pas aux génies manqués.

A ce point de notre entretien, une porte s'ouvre à nouveau. Mme Carrel, dont l'aide est précieuse aux travaux de son mari, veille sans doute aussi à la tranquillité de sa retraite. Sa venue doit être pour moi un avertissement.

Vous êtes tombé au milieu de vrais sauvages, me dit-elle en riant ».

Ce sont de tels sauvages qui apprennent à vivre au monde civilisé. Et tandis que je quitte ces murs où chaque jour un peu plus de lumière tombe sur notre pauvre humanité, je songe qu'il y a quelque trente ans une grande clinique lyonnaise refusa la candidature de Carrel, alors jeune interne des hôpitaux.

Mais, sous un autre climat, le génie de Carrel se fût-il affirmé, [illegible] il disposé des moyens que, largement, l'Amérique met à la [illegible]position de ses savants, et surtout eût-il trouvé la confiance, [illegible] en lui et en sa réussite, sans lesquelles aucun homme n'a [illegible]mais entrepris et n'a jamais rien créé ?

La grande pitié des maisons de santé privées. — *Extrait d'un article du Docteur Massart,* CONCOURS MÉDICAL (22 sept. 1935).

La situation actuelle d'un grand nombre de maisons de santé privées, chirurgicales en particulier, celles qui appartiennent à des médecins, s'avère comme extrêmement précaire et il faut craindre, si rien n'est fait pour améliorer leur sort, et surtout dans les grandes villes, où les charges les accablent, de les voir disparaître, les unes après les autres.

A une époque qui correspond au moment où la grande chirurgie se décentralisait, la nécessité d'une Maison de santé bien organisée, s'est imposée à tout chirurgien soucieux d'offrir à ses opérés, la sécurité d'installations rigoureusement aseptiques et devant la carence de bien des administrations hospitalières, ignorant le progrès, c'est de ses propres deniers, que le chirurgien consciencieux a dû organiser la maison modeste qui était *son outil indispensable.*

De ce fait, des capitaux ont été investis, immobilisés, et ceci non dans un but commercial, car la plupart d'entre nous ne se souciaient guère de tenir hôtel, mais, dans un but strictement professionnel et pour que leurs opérations réussissent, pour que leurs malades guérissent mieux, c'est-à-dire que le sacrifice consenti, l'a été uniquement *dans l'intérêt du malade.*

Il ne me paraît pas mauvais de faire ces réflexions, en montrant *tout ce que l'on doit à l'effort individuel, que l'on va tuer,* aujourd'hui que les maisons de santé privées connaissent de mauvais jours et qu'une tendance se manifeste et s'étend, pour leur susciter une importante concurrence du fait des hôpitaux d'une part et des organisations sociales, mutuelles, confessionnelles, politiques et corporatives de l'autre.

Sans aucun doute, et surtout en province, ce sont les organisations hospitalières qui ont compris, les premières, tout l'intérêt qu'il pouvait y avoir, pour elles, à installer dans l'hôpital même, des maisons de santé payantes, et elles ont été soutenues dans cette idée, conseillées, guidées, parfois même subventionnées par les chirurgiens et les spécialistes locaux, eux-mêmes, qui ont trouvé commode, au lieu d'avoir le souci de gérer une maison de santé privée, de confier ce soin aux Commissions administratives des hôpitaux et d'amener à l'hôpital en échange, toute une clientèle payante souvent même riche et plus agréable de rapports que les indigents et les nécessiteux. Ainsi l'hôpital a trouvé une nouvelle et importante source de revenus. Il a édifié pour cette clientèle des pavillons spéciaux, dotés d'un matériel coûteux, moderne et perfectionné, qui peut se renouveler, car il est vite amorti.

On est stupéfait, quand au cours d'une enquête, on apprend que, dans tel ou tel grand centre où exercent des médecins réputés, il n'existe pas de maison de santé privée, que c'est à l'hôpital, d'ailleurs luxueusement aménagé, que vont tous les malades.

De tels faits, exceptionnels avant la guerre, sont fréquents aujourd'hui, où la plupart des hôpitaux communaux ont été rebâtis, ou modernisés. Ils sont si nombreux qu'on se rend compte qu'il faudrait être insensé, pour aller créer dans ces villes, une clinique privée, lourdement frappée par le fisc et toujours en état d'infériorité sur une formation administrative qui peut faire aisément les frais des appareillages les plus coûteux et grouper dans des services voisins les spécialités les plus diverses.

C'est de l'*instruction populaire* qu'on peut attendre la fin du rôle insensé que joue le mastroquet dans notre politique électorale. Ici comme en bien d'autres questions, la vue des choses est déformée par les lunettes de la politique et les partis n'osent pas toucher aux intérêts des débitants. L'alcool a-t-il donc une couleur politique ? Y a-t-il donc une santé de droite et de gauche ? Tous les partis ne devraient-ils pas s'accorder sur la défense du plus précieux des biens et rivaliser de zèle pour améliorer la santé publique ?

« Rappellerai-je la parole impie qui fut prononcée sous la Terreur quand on guillotina Lavoisier : « La République, a-t-on dit, n'a pas besoin de savants ! » Faudrait-il aujourd'hui laisser dire que la République ne peut se passer de marchands de vins ?

(Ch. ACHARD. — Les remèdes au péril alcoolique. Conférence faite à la ligue rouennaise contre l'alcoolisme et publiée par La *Normandie Médicale,* mai 1935.)

PSYCHIATRIE

Historique de la notion de l'Hérédité mentale avant le XX[e] siècle et à notre époque

Par MM. les Docteurs

A. RODIET et QUERON
Médecin chef — Médecin assistant
des Asiles de la Seine

De tout temps, les écrivains et les médecins ont relaté l'influence du caractère, du tempérament, et des actes des ascendants sur l'évolution de leur descendance.

Aussi vieille que le monde, cette notion de l'hérédité est formulée, en termes précis, dans la Bible, et les livres religieux de l'Inde. Les hommes sont dominés, toujours, par cette puissance invisible que les Grecs dénommaient : « *ananké* » et les Latins : « *Fatum* ». Sous ces noms, semble-t-il, les uns et les autres désignaient la mystérieuse puissance de l'hérédité, contre laquelle nul ne peut lutter.

Dans l'Inde, dès le treizième siècle, avant notre ère, Manou édicte des lois inspirées par le principe de l'hérédité, et il écrit (1). « Une femme met toujours au monde un fils doué des mêmes qualités que celui qui l'a engendré ; c'est pourquoi, afin d'assurer la pureté de sa lignée, un mari doit garder sa femme avec attention ». C'est sur cette théorie qu'est fondée l'institution des castes. Les législateurs de l'Inde n'ont pas oublié de mentionner l'hérédité de la tuberculose pulmonaire connue, à cette époque, sous le nom de « phtisie » et celle de l'épilepsie, dénommée : « mal sacré.

Chez les auteurs grecs, ne voit-on pas les tares mentales héréditaires apparaître dans la famille des Atrides (parricide, fratricide, inceste et aliénation mentale) ? Ce sont les mêmes tares héréditaires qui sont évoquées, à la fin du XIX[e] siècle, par Zola, dans ses romans sur la famille des Rougon-Macquart.

Toutes les religions, à toutes les époques, Paganisme aussi bien que Judaïsme et Christianisme, admettent la loi de l'hérédité. Il n'est pas un peuple qui ne désigne cette loi biologique par une expression spéciale : « morbi hérédatiriri » des Latins ; « hérédatiry diseases » des Anglais, ou « malattie ereditarie » des Italiens, ce sont les « maladies héréditaires » des Français.

Mais Genil-Perrin qui a publié, en 1913, une étude complète de la question, sous le titre : « Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale », critique ces conceptions qui sont trop vagues et trop simplistes. Elles ne peuvent pas être comparées aux théories de Morel sur la dégénérescence mentale « puisqu'il s'agit de la dégénérescence de l'humanité tout entière ».

La notion de prédisposition héréditaire, en cas de maladie mentale, n'apparaît vraiment en toute évidence, qu'à dater de 1809. A cette époque, Pinel (2) place, en premier lieu, l'hérédité parmi les causes des psychopathies. Plus tard, Esquirol, en 1816, reconnaît qu'il existe des signes de prédisposition, avérés dès le jeune âge des sujets, et qui permettent de préjuger de leur avenir mental. Il rappelle la phrase de Plutarque s'adressant à un enfant ivrogne et débauché : « Jeune fils, mon ami, ton père t'a engendré, étant ivre ».

(1) Manava-Dharma-Sastra. Traduction Loiseleur-Deslongchamps. Garnier, éditeur, Paris.

(2) Pinel. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Brosson, éditeur, Paris, 1809.

En 1844, Baillarger (1), après examen de 600 observations, peut conclure :

1° La folie de la mère est plus souvent héréditaire que celle du père.

2° Dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet à un plus grand nombre d'enfants que celle du père.

3° La folie des filles provient deux fois plus souvent de la mère que du père.

Alors que cette question de l'hérédité était de mode en psychiatrie, Lucas publie une étude dont le titre est tout un programme : « Traité philosophique et physiologique de « l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladies « du système nerveux, avec l'application méthodique des « lois de la procréation au traitement général des affections, dont-elle est le principe ». Dans cet ouvrage, la question est considérée « dans ses rapports avec les lois primordiales, les théories de la génération, les causes déterminantes de la sexualité, les modifications acquises de la nature originelle des êtres, et les diverses formes de névropathie et d'aliénation mentale ». Cette œuvre fut âprement discutée par Heinroth, un métaphysicien, qui écrit : « La folie n'est pas et ne peut pas être héréditaire, par ce que le moi pensant, l'âme, n'est pas « héréditaire ».

Mais, en 1850, Moreau (de Tours) et Morel reprennent la question, d'après la thèse de Lucas. Dans deux mémoires ayant pour titres : « Prédisposition héréditaire des affections cérébrales », et « Psychologie morbide », ces auteurs posent les postulats : 1° Existe-t-il des symptômes qui permettent de dépister l'hérédité mentale ? Lorsqu'il existe plusieurs enfants, lequel est plus particulièrement prédisposé ?

Des observations qu'il a recueillies, Moreau (de Tours) en 1871, conclut à l'unité étiologique de la famille névropathique : Identité des causes prédisposantes pour toutes les affections « du système nerveux, écrit-il. Aliénés, idiots, scrofuleux, « rachitiques, en vertu de leur commune origine, de certains « caractères physiques et moraux, doivent être considérés « comme les enfants d'une même famille, les rameaux divers « d'un même tronc ».

C'est aussi l'opinion soutenue par Morel dans son : « Traité des dégénérescences », qu'il définit : « les dégénérescences sont « des déviations maladives du type normal de l'humanité, « déviations héréditairement transmissibles, et évoluant « progressivement vers la déchéance ».

Il complète cette définition en précisant :

1° Les dégénérescences sont maladives.

2° Elles sont transmissibles héréditairement et progressivement.

La thèse de Morel fut pendant longtemps discutée. En 1886, à la Société médico-psychologique, un débat fut institué sur le problème de l'hérédité, et « de la classification des folies ». A la même date, en Allemagne, Krœpelin, dans son « Traité de psychiatrie », étudiait aussi la notion de l'hérédité ou médecine mentale.

Falret, Magnan surtout, posent ainsi le problème à la Société médico-psychologique :

1° Quelle est l'empreinte de l'hérédité dans les maladies mentales ?

2° Y a-t-il des formes mentales héréditaires caractérisées ?

La réponse de Magnan fut que l'hérédité domine l'étiologie de toute l'aliénation mentale mais qu'il faut admettre aussi des syndromes qui sont des affections mentales transitoires pour lesquelles l'hérédité est contestable. La discussion est confuse au sujet de la nosographie à adopter : le terme de « folie héréditaire » étant impropre, d'après l'avis de la plupart des aliénistes. D'autant plus que l'hérédité directe ne suffisant pas à confirmer la loi, il a fallu parler de l'hérédité indirecte, collatérale, et même d'hérédité transformée. Dès lors, existe-t-il une seule famille ou on ne puisse pas citer un membre qui ait été nerveux, original ou bizarre ? Dans leur étude sur

(1) Baillarger. — Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie. Académie de médecine, 2 avril 1844.

les dégénérés, publiée en 1892. Magnan et Legrain enseignent que, parmi les maladies mentales, il faut distinguer deux grandes classes :

1° Celles qui surviennent chez les héréditaires, c'est-à-dire chez les prédisposés.

2° Celles qui ne constituent qu'un accident au cours de la vie d'un individu par ailleurs normal.

Cette conception fut le début de la nosographie adoptée par Régis, élève de Magnan, et par Rogues de Fursac, élève de Ballet et de Joffroy.

Même dans la sixième édition de son « Précis de psychiatrie publiée en 1914, Régis professe que : « l'hérédité est, sans aucun « doute, la plus importante des causes de l'aliénation men- « tale ; *la cause des causes* ». Par hérédité, il faut entendre, professe-t-il, une prédisposition originelle aux psychopathies, transmise aux enfants par les parents.

Cette prédisposition peut être, d'après Régis, non seulement le résultat de l'aliénation mentale des parents, mais encore provenir d'autres facteurs : l'excentricité, les névroses, l'alcoolisme, l'âge avancé des parents, l'ivresse au moment de la conception, ainsi que des schoks physiques ou moraux pendant la grossesse. En bref, Régis pense que c'est parce qu'on a restreint l'hérédité mentale aux cas de transmission de l'aliénation elle-même, qu'il n'y a pas eu accord complet sur la fréquence de cette cause. Il admet que, dans les neuf dixièmes des cas, on trouve des antécédents de prédisposition.

Il définit aussi les caractères, les formes, les variétés de l'hérédité. Elle provient le plus souvent des parents eux-mêmes, c'est-à-dire qu'elle est *immédiate*. Lorsque le père et la mère sont des aliénés, l'hérédité est dite *double* ou à *facteurs convergents*. Elle est *simple*, *paternelle* ou *maternelle*, selon qu'elle résulte, isolément, du père ou de la mère. L'hérédité maternelle serait trois fois plus fréquente que l'hérédité paternelle.

Il arrive aussi que l'hérédité provient, non plus des parents, mais des grands-parents, sans avoir passé par les ascendants immédiats. Dans ce cas, on dit qu'elle est *médiate* ou *atavique* ou *accumulée*, si plusieurs générations antérieurs ont été atteintes.

Indirecte ou *collatérale*, l'hérédité dépend des branches collatérales de la famille. Elle ne frappe pas indistinctement tous les membres d'une même famille, mais il arrive aussi qu'on observe son influence sur deux frères ou sœurs, atteints simultanément de ce qu'on a appelé : *la folie à deux* ou *folie gemellaire*.

Quant aux types observés et classés, les principaux sont : 1° *l'hérédité vésanique*, celle des psychoses ; 2° *l'hérédité congestive*, qui est l'hérédité des affections cérébro-spinales, dont le type est la paralysie générale ; 3° *l'hérédité infectieuse*, représentée par l'hérédo-syphilis 4° *l'hérédité névrosique*, celle de l'epilepsie, par exemple ; 5° *l'hérédité toxique*, représentée surtout par l'hérédo-alcoolisme.

Telles étaient les théories acceptées presque universellement en 1914, lorsque survint la guerre 1914-1918. Celle-ci a démontré qu'elles étaient fondées sur la réalité des faits. Nous avons collationné au Val-de-Grâce (1), centre neuro-psychiatrique des malades mentaux mobilisés pendant la dernière guerre, de nombreuses observations. Elles démontrent, d'abord ces observations, combien on a exagéré, de tout temps, l'influence des commotions politiques, guerres ou révolutions, comme cause d'aliénation mentale. La vérité est que ces catastrophes, ces bouleversements sociaux font surgir et mettent en évidence des psychopathies chez les prédisposés. En temps de paix, ces psychopathies n'auraient pas été aussi bruyantes et manifestes. Elles n'auraient pas nécessité un examen mental suivi, le plus souvent, de l'internement.

Mais, surtout, les commotions sociales communiquent aux idées délirantes du sujet une couleur spéciale. C'est ce que le Professeur Dumas a bien exprimé, en 1917, à propos de la paralysie générale : « Les fatigues, les émotions et les surme- « nages divers de la guerre, écrit-il (2), n'ont pas influencé « l'éclosion de la paralysie générale, mais, en revanche, lorsque « le paralytique général délire, surtout avec excitation, il « emprunte volontiers aux événements extérieurs les éléments « de son délire, qui se trouve ainsi alimenté, sinon déterminé « par la guerre. »

En réalité, la guerre, et nos observations du Val-de-Grâce le prouvent, n'a pas fait apparaître de psychopathies d'un nouveau genre à symptomatologie ou à évolution jusqu'alors inconnues. Mais, si nous n'avons pas trouvé de psychopathies jusqu'alors inédites, tous les genres de troubles mentaux, antérieurement décrits, ont été observés chez les combattants. L'influence de la constitution émotive, résultat de l'hérédité, était particulièrement évidente chez tous ces malades de guerre. Le même choc émotif qui avait bouleversé l'équilibre mental d'un prédisposé, avait laissé intact l'esprit d'un sujet calme et pondéré.

Cinq ans après la guerre, dans la sixième édition de son « Manuel de Psychiatrie », en 1923, R. de Fursac écrit que : « les maladies mentales demandent, pour se développer, un « terrain spécial, modifié de longue date ». Il professe qu'un cerveau ne succombe à l'action d'un choc, d'une émotion, d'une intoxication, que si sa résistance est inférieure à la normale : « Une prédisposition latente ou évidente, le plus sou- « vent congénitale, est indispensable, affirme-t-il pour qu'une « maladie mentale puisse germer et se développer ». Il n'excepte que les cas de traumatisme cérébral. Il confirme ainsi ce que nous avons constaté chez les commotionnés de guerre, ceux qui étaient atteints de cette forme de confusion mentale qu'on a dénommée : « l'obusite ». Pour conclure, R. de Fursac admet que la prédisposition congénitale existe chez plus de la moitié, environ les deux tiers des aliénés, et il reprend la classification de Régis, des hérédités.

Dans la « Pratique psychiatrique », publiée en 1929, Laignel-Lavastine proteste d'abord contre le vocabulaire psychiatrique « rebutant », selon son expression, par l'abondance des néologismes des mots tirés du grec et la variabilité des termes employés selon les auteurs et les époques. Il écrit que : « si au lieu d'essayer de comprendre la psychiatrie dans les livres « (ce qui est impossible) — on se sert du manuel simplement « pour apprendre à distinguer les types cliniques parmi les « malades vus tous les jours, on s'aperçoit, qu'en pratique, « tous les auteurs s'entendent à peu près sur les grandes affec- « tions mentales le plus souvent rencontrées ».

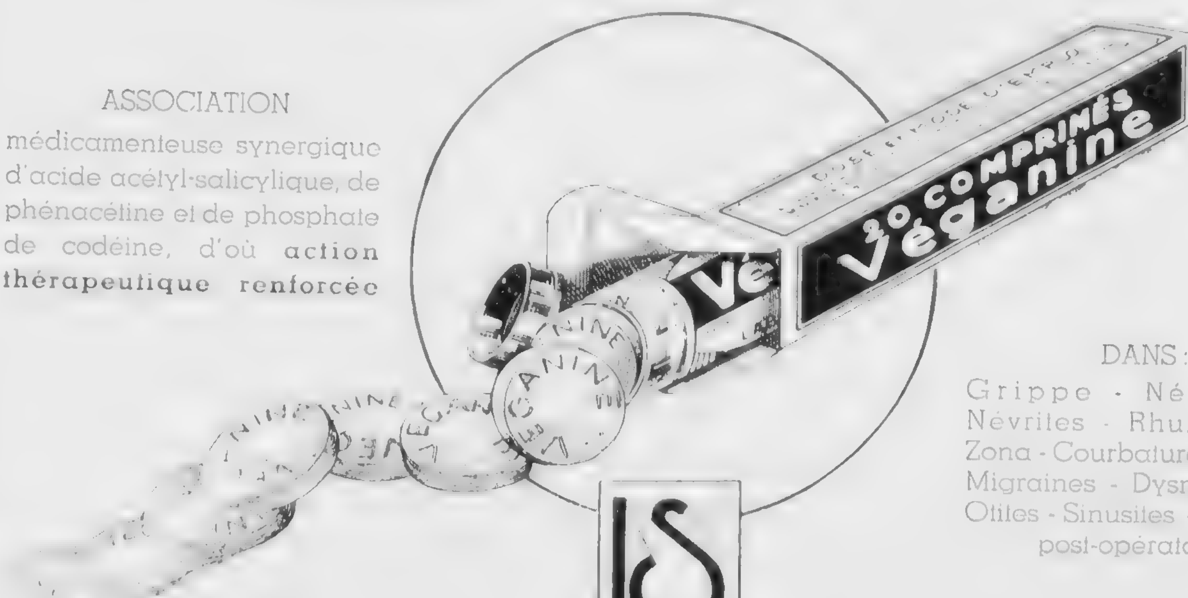
En ce qui concerne l'hérédité, Laignel-Lavastine insiste sur l'obligation pour le médecin rédacteur de l'observation et du certificat d'internement, de rechercher les antécédents du sujet. Il doit, le médecin, étudier le passé de la famille du malade, de ses grands-parents paternels et maternels, de son père, de sa mère, de ses oncles et tantes, frères et sœurs. Il faut mentionner surtout les maladies mentales et nerveuses, l'épilepsie, la criminalité, les intoxications, les suicides, les anomalies sexuelles, l'alcoolisme, la tuberculose, et même le diabète. Mais surtout, il faut penser à l'hérédo-syphilis, sans oublier l'état de la mère pendant la grossesse.

Par suite, même si on n'accepte pas sans discussion la nomenclature des maladies mentales telle qu'elle a été proposée par Desruelles, au Congrès de Lyon, en 1934, et par Simon en 1935, à la Société médico-psychologique, on doit étudier les psychopathies d'après la division suivante : 1° psychopathies constitutionnelles ; 2° psychopathies toxi-infectieuses ; 3° psychopathies organiques.

Admise par tous les auteurs, cette nosographie est la seule qui soit logique. Elle s'appuie sur des faits et des observations. Au sujet de l'hérédité, dans leur « psychiatrie du médecin-praticien » publiée en 1929, Dide et Guiraud écrivent que : « les doctrines se succèdent, impliquant non seulement des « terminologies différentes, mais des reclassements de faits ». Admettant que les causes des troubles psychiques résultent de la vitalité défectueuse du tissu nerveux, ces auteurs pensent que l'organisme tout entier, y compris le cerveau, peut subir un développement insuffisant, si, à l'origine, il existe ce qu'ils appellent un germe de mauvaise qualité (enfants d'alcooliques, par exemple). « L'expérience démontre, affir-

(1) Rodiet et Fribourg Blanc. — La folie et la guerre 1914-1918. Alcan, éditeur, Paris.

(2) Professeur G. Dumas. — Les troubles nerveux de la guerre. (*Revue de Paris*, 1917.)


30 COMPRIMÉS
Véganine


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVI°
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

ment-ils, la transmission héréditaire d'anomalies ou de véritables maladies mentales : psychoses intermittentes, émotivité, obsessions. Quoique l'histologie pathologique n'apporte pas encore de renseignements à ce sujet, il est naturel « d'admettre que ces affections héréditaires sont le résultat du fonctionnement anormal de certaines régions du névraxe héréditairement taré ». En concluant, ils acceptent que la base d'une classification contemporaine doit être la clinique. Elle tient compte de l'évolution de toute la maladie, d'après la méthode de Morel, de Magnan et de Krapelin. Quant à la conception de Freud d'un « instinct férocement égoïste et sexuel », selon l'expression des auteurs, Dide et Guiraud estiment que : « c'est une inutile évocation mystique opposant le bien et le mal et la croyance naïve en une modification du « simple par le complexe de la cause par l'effet ». Si le sujet est éducable, c'est que l'aptitude à l'éducation était contenue dans son inconscient instinctif. Ils ajoutent, à ce propos, que la psychanalyse applique à l'étude de l'inconscient des méthodes qui, parfois sujettes à critiques, « réalisent un gain évident puisqu'elles dépassent la simple spéculation ».

Ainsi donc, en 1929, même pour des auteurs qui ont innové en psychiatrie, une terminologie et une sémiologie différentes de celles du XIXe siècle, l'hérédité ou constitution « psychopathique », ainsi la dénomment-ils, est de toutes les causes des maladies mentales, la plus importante.

Même opinion exprimée en juin 1929, à la Société médicale de Philadelphie, par Alfred Gordon, dans une conférence sur « l'aspect social des anomalies mentales et le problème de « l'eugénisme ». Le conférencier déclare que : « les études expérimentales et statistiques, les observations cliniques démontrent « cet axiome irréfutable que tout individu possède « invariablement les tendances acquises par le plasma germinatif de ses parents. Le caractère de la prédisposition est « déterminé par la présence dans les cellules spermatiques ou « ovariennes des éléments concrets qui déterminent la transmission héréditaire ». De cette affirmation, il conclut aux méthodes prophylactiques à employer.

En 1932, à l'hérédité morbide, le Docteur Mac-Auliffe, dans son livre (1), attribue une influence primordiale à la prédisposition, en écrivant que : « Toutes les acquisitions de la « biologie moderne, de l'anthropologie, de la biométrie, mettent en valeur, chaque jour, l'importance des facteurs « héréditaires », et il insiste sur le fait que « les facultés « intellectuelles des enfants dépendent très souvent de l'âge « des parents, au moment de la conception ». Il rappelle qu'un auteur italien, Morro, a étudié ce problème dans son livre : « I caratteri dei deliquante ». Cet auteur a constaté que les escrocs sont issus, en grande majorité de parents vieux, tandis que de nombreux individus condamnés pour violences, meurtres et tentatives de meurtre sont les enfants de parents très jeunes. Pour conclure, Mac Auliffe mentionne que : « l'hérédité détermine une prédisposition qui est la base de la plupart des cas de maladie mentale, et c'est la raison pour « laquelle les eugénistes s'intéressent aux affections psychiques ».

A la Société médico-psychologique, en février 1931, Xavier et Paul Abély, à propos de l'internement des « arriérés sociaux », distinguent ces arriérés en récidivistes normaux et récidivistes anormaux. Ils pensent que le délinquant normal est un pervers secondaire, un dévoyé, contrairement à l'anormal qui est un pervers-né. Celui-ci est un produit de l'hérédité ; l'autre est un produit social, ou du moins éducatif. Par suite, Xavier et Paul Abély estiment que, chez tout récidiviste, il faut faire le dosage de ce qui revient à l'hérédité et de ce qui revient à l'éducation.

D'autres auteurs, en 1931, ont étudié la question, notamment Trillot, dans sa thèse sur « l'hérédité cyclothymique ». Après Boven (2) et Poyer (3), Trillot mentionne que : « l'idée « d'hérédité a été compromise et entraînée dans le discrédit « général au sujet de la dégénérescence. C'est ce qui fait « qu'aujourd'hui, en France, de nombreux aliénistes ne la « regardent plus que d'un œil défiant ».

Il existe une tendance, actuellement, à éliminer l'hérédité de l'étude des maladies mentales. Toutefois, depuis 1926, de nombreuses études ont été publiées sur les psychoses familiales et les psychoses héréditaires. De même, en Angleterre et en Amérique, sous l'impulsion de Galton, toute une école, dite : « eugénique et génétique » recrute, chaque jour, de nouveaux adeptes.

En 1935, la théorie de la constitution psychopathique s'efforce de rechercher, parmi les faits isolés, les liens et les rapports existant entre ces faits. Telle est la conception d'auteurs étrangers tels que Blumke, dans le « Horbuch der Geisten Krankheinten » (Munich, 1929) et Hunderson et Gillespie, dans le : « Tetboock of Psychiatrie » (Third, éditeur, Londres, 1933). En France, aussi bien qu'en Angleterre et en Allemagne, on examine maintenant l'individu, non plus isolé, mais dans ses relations avec sa famille et la collectivité. On ne se borne plus à une classification purement subjective, mais on rattache les manifestations psychiques à des facteurs psychobiologiques d'ordre constitutionnel. Suivant l'expression de Minkowski, dans son étude sur la schizophrénie : « l'avenir de la psychiatrie repose, en majeure partie, sur les recherches « généalogiques concernant l'hérédité des maladies mentales ».

(1) Mac Auliffe. — Personnalité et hérédité, Legrand, éditeur, Paris 1932.
(2) *Archives suisses de Neurologie*, 1921, Boven.
(3) [illegible]yer. — Les problèmes généraux de l'hérédité psychologique.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Neurologie

Seul le pithiatisme a fait ses preuves d'hystérie et la conception de Babinski demeure cliniquement inattaquable.

Si divers troubles moteurs post-encephaliques et striés ont été qualifiés d'hysteroïdes, c'est en raison des prétendues bizarreries de leur comportement.

A y regarder de près on s'aperçoit que les divers syndromes striés ont une physionomie pathognomonique, qui les rend à peu près tous inimitables, ce qui les oppose nettement aux accidents pithiatiques.

L'accident pithiatique se développe parfois sur un fond physio-pathologique ou mental qui en facilite ou peut même en susciter l'apparition, mais il peut aussi ne s'apparenter qu'à l'accident simulé ; il paraît bien ne pas être toujours subi, mais parfois encore demi-simulé.

(J. Froment. L'hystérie après Babinski. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1935.)

Tuberculose

Le rôle de l'ultra-virus en pathologie tuberculeuse comporte encore bien des inconnues.

On doit d'abord se demander quel effet sur l'organisme du nouveau-né a la transmission transplacentaire des formes filtrables du bacille tuberculeux.

On est conduit à admettre que, outre la transmission du virus tuberculeux sous la forme du bacille adulte, il existe une autre hérédité consistant celle-ci dans la transmission de l'ultra-virus tuberculeux.

Cette nouvelle forme de l'hérédité tuberculeuse est loin de comporter une signification grave. Si l'on veut bien considérer que le fait pour une femme tuberculeuse de devenir enceinte équivaut presque mathématiquement à l'infection de son futur enfant par l'ultra-virus et que d'autre part la mortinatalité et la mortalité durant les deux premiers mois des nouveau-nés n'excèdent pas 20 %, on est bien obligé de conclure que la majorité des enfants résiste victorieusement à cette infection.

D'autre part on ne saurait évidemment, sans un abus flagrant, mettre sur le compte de l'ultra-virus la totalité des décès qui se produisent à cette époque. Cependant les morts par dénutrition progressive sont assez spéciales aux enfants nouveau-nés de mères tuberculeuses et l'on peut les placer sous la dépendance de l'infection par l'ultra-virus.

Une fois les premiers mois de la vie passés, les enfants nés de femmes tuberculeuses tendent à reprendre un développement pondéral normal. L'équilibre se rétablit vers la fin de la première année et plus rien ne sépare apparemment les enfants nés de mères tuberculeuses et les enfants nés de mères saines.

Si l'on aborde la question du rôle de l'ultra-virus dans la pathologie de l'enfant et de l'adulte, on ne peut plus parler d'un parasitisme ou d'une action pathogène strictement isolés de l'ultra-virus ; on est obligé d'admettre que, au cours de la vie, la constatation de l'ultra-virus dans le sang, dans un viscère, dans un exsudat comporte derrière elle la présence d'un générateur qui n'est autre qu'un bacille virulent.

Il n'y aurait pas de contamination exogène relevant de l'ultra-virus seul ; l'infection tuberculeuse au cours de la vie a lieu par l'intermédiaire du bacille adulte, qui se multiplie dès la première lésion ; or, déjà chez l'enfant, on peut isoler l'ultra-virus à côté du virus adulte.

La même association persistera plus tard et pendant toute la durée du cycle de l'infection tuberculeuse.

On conçoit dès lors combien il est difficile d'affirmer que, chez un tuberculeux, telle ou telle lésion est uniquement sous la dépendance des formes filtrantes.

L'ultra-virus participe à l'évolution de diverses manifestations tuberculeuses.

Dans la typho-bacillose pure ou accompagnée d'érythème noueux, on rencontre assez souvent dans le sang soit des bacilles de Koch, soit de l'ultra-virus ; il est toutefois impossible de préciser quel est l'agent véritablement responsable.

Dans les foyers pneumoniques curables il existe à la fois du bacille virulent et des formes filtrables.

Les recherches effectuées avec le sang, en utilisant les méthodes de Lœwenstein ont conduit à ranger dans le cadre de la tuberculose un certain nombre d'affections : lymphogranulomatose maligne, démence précoce, rhumatismes, etc.

La connaissance de l'ultra-virus apporte des éléments nouveaux et des clartés riches de promesses, mais il faut savoir se garder de généraliser et comprendre que la bactériologie ne peut sans erreur s'opposer trop rudement à la clinique.

(F. Arloing et A. Dupont. Sur le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juillet 1935.)

Pathologie coloniale

La sprue, appelée encore diarrhée de Cochinchine, doit être soigneusement distinguée de la dysenterie chronique.

La symptomatologie est bien spéciale : absence de dysenterie (dans les antécédents), aphtes buccaux, selle réveille-matin, asthénie, amaigrissement très marqué, extraordinaire sensibilité de l'intestin aux variations atmosphériques, chronicité, etc.

La prophylaxie tient essentiellement dans l'amélioration des habitudes générales de vie d'hygiène alimentaire aux colonies.

(H. Boucher. Sprue et colibacillose. *Journal de médecine de Lyon*, 5 août 1935.)

Chirurgie

Une observation de cancer de la verge permet de préciser quelques points étiologiques intéressants :

D'abord le rôle favorisant du phimosis ; puis le rôle favorisant de la syphilis (B. W. +).

Il semble logique d'envisager un traitement chirurgical comprenant, comme dans le cancer du sein, l'ablation de la tumeur et celle des ganglions, en un ou deux temps ; les partisans de l'opération en deux temps s'appuient sur les arguments suivants : le cancer de la verge est souvent infecté ; les adénopathies ganglionnaires sont surtout inflammatoires au début ; l'exérèse des ganglions, survenant cinq à six semaines après l'amputation de la verge, permettrait une régression des adénopathies inflammatoires, une diminution de la septicité des ganglions et une réduction du choc opératoire.

Enfin, il faut pratiquer l'exérèse non seulement des ganglions inguinaux et cruraux, mais encore des ganglions iliaques, en les enlevant par la voie la plus économique, c'est-à-dire en passant sous l'arcade crurale.

Le danger du cancer de la verge est avant tout un danger ganglionnaire : aussi est-il logique de soigner l'exérèse large des ganglions, ce qui est pour le malade la meilleure garantie de succès définitif.

(Hamant, Rothan et Richon. Cancer de la verge. Ablation et curage ganglionnaire en un seul temps. *Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1935.)

En présence d'un ancien gastro-entérostomisé qui souffre, la radiologie peut aider à trancher le diagnostic ; elle permet, dans la majorité des cas, une authentification de la lésion.

L'ulcère peptique du jéjunum est une complication redoutable et difficilement curable ; elle est heureusement assez rare, un cas sur 150 gastro-entérostomies.

Cliniquement, c'est la douleur qui constitue le symptôme le plus important et c'est dans ses caractères que l'on trouve le meilleur élément de diagnostic clinique ; elle est en effet exceptionnellement violente.

Le second caractère de ces douleurs est qu'elles sont rythmées ; tardives, elles apparaissent vers la quatrième heure après les repas.

Il est bien établi maintenant que seule la gastrectomie large, qui enlève le pouvoir sécrétant de l'estomac, est indiquée pour réaliser la cure de l'ulcère jéjunal post-opératoire.

(Grimault. Un cas d'ulcère peptique post-opératoire. *Revue médicale de l'Est*, 1er juillet 1935.)

Oto-rhino-laryngologie

Deux cas mortels montrent le pronostic très sombre de certains phlegmons amygdaliens, qui peuvent entraîner cette terminaison par diverses complications évolutives.

Dans le premier cas, le malade a succombé brutalement dans un accès de suffocation ; il semble bien s'être agi d'un œdème glottique à évolution rapide par propagation des lésions pharyngées ; les troubles respiratoires ont dominé la scène.

Dans la deuxième observation on a noté des signes infectieux très accusés : hyperpyrexie à grandes oscillations, délire d'apparition précoce, agitation.

La thérapeutique médicale n'a été d'aucun secours dans ces deux cas : le sérum de Vincent n'a pas paru avoir d'action sur l'évolution locale des lésions, pas plus d'ailleurs que sur l'état infectieux.

(H. Guyon. Deux cas mortels de phlegmon de l'amygdale. *Revue médicale de la Franche-Comté*, juin-juillet 1935.)

L'abcès du cervelet compliquant l'otite aiguë et surtout chronique, coexiste fréquemment avec une thrombose du sinus latéral. La coexistence de symptômes de méningite est également fréquente ; la ponction lombaire peut montrer de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et de la polynucléose, mais il ne s'agit pas toujours de méningite, au sens anatomo-clinique ; ces signes méningés sans méningite constituent une éventualité capable d'égarer le diagnostic.

L'élévation thermique existe dans plus de la moitié des cas ; le pouls est généralement accéléré, beaucoup plus rarement ralenti ; la céphalée ne manque presque jamais ; elle est intense et siège le plus souvent du côté de la lésion.

L'examen ophtalmoscopique peut montrer de la congestion veineuse du fond de l'œil.

Il ne faut pas compter sur une symptomatologie cérébelleuse au complet ; elle est au contraire très fruste ; il faut savoir se contenter d'un minimum de signes.

L'autopsie peut montrer la coexistence de deux abcès cérébelleux, d'un abcès du lobe temporal d'une thrombose du sinus latéral, d'une méningite.

(F.-J. Collet. Quelques cas d'abcès du cervelet. *Journal de médecine de Lyon*, 20 juillet 1935.)

Les paralysies oculaires, au cours des otites et mastoïdites présentent les syndromes suivants :

1° Le syndrome de Gradenigo.

Il est caractérisé par la triade suivante : otite moyenne aiguë ou otite chronique réchauffée, paralysie du moteur oculaire externe, douleurs dans le domaine du trijumeau.

2° Les paralysies isolées du moteur oculaire externe.

Elles sont, dans la plupart des cas, bénignes et passagères et cèdent à l'antrotomie, parfois même à la paracentèse.

3° Les paralysies isolées du moteur oculaire commun.

Elles sont rarement totales, beaucoup plus souvent limitées au releveur de la paupière ou à la musculature interne.

4° Les paralysies isolées du pathétique.

Elles sont tout à fait exceptionnelles.

5° Les paralysies complexes des nerfs oculo-moteurs.

Elles sont graves, car elles relèvent d'une complication intra-cranienne

Le traitement pourra varier suivant la nature des lésions de l'oreille, mais, d'une façon générale, sera essentiellement chirurgical ; une paracentèse large s'impose si elle n'a déjà été pratiquée, mais elle sera souvent suivie d'une mastoïdectomie ou, d'un évidement rétro-mastoïdien.

Dans les cas rebelles, si l'amélioration ne se produit pas, ou si l'on voit apparaître des signes de complications endo-crâniennes, on sera amené à drainer le foyer apexien ; pour cela on pourra utiliser soit la voie pré-auriculaire ou pré-pétreuse, soit la voie sus-auriculaire ou super-pétreuse ; cette dernière a les préférences des otologistes, car elle est la continuation et la suite logique de l'évidement pétro mastoïdien qui est généralement pratiqué auparavant.

(J. Rebattu et A. Colrat. Les paralysies oculaires au cours des otites et mastoïdites. *Journal de médecine de Lyon*, 20 juillet et 5 août 1935.)

Hygiène sociale

La lutte antituberculeuse officielle est âprement critiquée par E. Maigre et P. Reynier, qui en considèrent les résultats comme décevants.

Ils reprennent à leur compte les arguments de Noir et Lumière.

« Pour être socialement efficace, un moyen de lutte contre la tuberculose doit pouvoir être utilisé par chaque médecin dès que le diagnostic est établi. »

Cette proposition sous-entend :

1° Que la tuberculose est très peu contagieuse, au moins pour l'adulte ;

2° Que l'on possède un moyen de traitement inoffensif, peu coûteux, partout applicable et très tôt.

Les auteurs voient une solution du problème dans la chimiothérapie, qui permet le traitement ambulatoire précoce.

(E. Maigre et P. Reynier. Sur la lutte antituberculeuse. *Bulletin du syndical médical de Seine et-Oise*, juillet 1935.)

Radiologie

Les progrès de la technique radiologique ont multiplié depuis quelques années les observations de diverticules du duodénum, si bien que tout en restant une affection rare, elle mérite cependant d'être bien connue.

Dans certains cas le diverticule est très facile à voir au simple examen radioscopique, surtout si cet examen est pratiqué correctement sous les diverses incidences. D'autres fois, au contraire, le diverticule n'est que difficilement décelable et peut échapper à des radiographies bien faites.

Il est extrêmement difficile d'affirmer qu'il y a une symptomatologie propre au diverticule du duodénum. Beaucoup de ces diverticules sont latents et découverts à l'occasion d'une affection abdominale quelconque.

Le plus souvent les malades se présentent avec un syndrome douloureux, mais un examen complet montre, à côté du diverticule, un ulcère, une cholécystite ou un cancer gastrique.

Cependant on constate, en dehors du syndrome douloureux explicable par l'ulcus ou la cholécystite, l'existence de crises paroxystiques à caractère spécial : ce sont des crises brusques, sans horaire, d'intensité très violente, de durée variable et accompagnées ou non de nausées ou de vomissements.

(C. Garin et P. Bernay. Les diverticules du duodénum. Signes radiologiques et cliniques. *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1935.)

Thérapeutique

La médication aurique expose à des accidents sérieux.

1° Une observation d'érythrodermie desquamative.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui est adressé pour examen du tube digestif.

Il est très amaigri (son poids est descendu de 62 kgr. à 47 kgr. en sept mois), présente de l'amyotrophie des membres, marche avec difficulté en chancelant.

Sa voix est éteinte, réduite à un chuchotement peu intelligible...

L'auscultation des poumons est négative. La radioscopie des poumons indique une transparence normale...

Le malade est très préoccupé de son état. Dès qu'on l'approche il montre sa gorge et son sternum et sa figure exprime son anxiété...

Le malade est examiné par le Docteur Hyvert, qui émet l'hypothèse de début de démence précoce possible et conseille un traitement par les sels d'or.

On lui injecte 5, puis 10 et 15 centigrammes de crisalbine tous les cinq jours sans dépasser cette dernière dose. A la neuvième piqûre le malade se plaint d'un prurit intense au niveau des membres, puis généralisé à tout le corps. En même temps apparaissent sur les jambes et les avant-bras des taches rougeâtres qui envahissent tout le corps, deviennent confluentes, prenant un aspect de rash scarlatiniforme. Puis des bulles rapidement pustuleuses se forment. De l'œdème des paupières apparaît ; la figure est bouffie. Une exsudation se produit sur tout le corps.

La fièvre monte cinq jours après le début de l'érythème à 38°, puis 39°6, 40° et se maintient à ce niveau pendant dix jours. A ce moment l'exsudation diminue, l'épiderme se détache par lambeaux.

En résumé, il s'est produit un érythème assez polymorphe suivi d'exfoliation. L'état fébrile a duré dix-huit jours, l'érythème presque deux mois.

Le traitement a consisté en diète liquide pendant la période fébrile, des cachets de théobromine et de l'hyposulfite de soude.

(Hautefeuille et Robillard. Intoxication par les sels d'or avec érythrodermie desquamative. *Gazette médicale de Picardie*, avril 1935.)

2° Une observation d'aleucie hémorragique.

Il s'agit d'une jeune fille de 29 ans dont l'état général est précaire ; atteinte de fièvre élevée et soutenue, elle présente de l'anémie, du purpura hémorragique, des ulcérations pharyngées du type papulo-nécrotique et une atteinte de tuberculose pulmonaire.

Or, elle a été traitée par des injections de crisalbine aux doses progressives de 0 gr. 05 à 0 gr. 25. Elle avait reçu un total de 2 gr. 40 d'or.

L'examen du sang donna les résultats suivants :

G. R. = 1.600.000. Aucune forme anormale.
G. B. = 900.

La formule hémo-leucocytaire est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles	0
Neutrophiles	22
Grands et moyens mononucléaires	40
Lymphocytes	38

On voit combien l'altération du sang est profonde : grande anémie du type aplastique, extrême leucopénie avec notable diminution des leucocytes granuleux, atteinte du système réticulo-endothélial et fragilisation.

Il convient, au cours de la chrysothérapie, de pratiquer des examens de sang et surtout de déterminer la formule hémoleucocytaire. Si le pourcentage des polynucléaires paraît s'abaisser, nul doute qu'il faut arrêter — au moins pour un certain temps — les injections d'or.

(V. de Lavergne et J. Bichat. L'aleucémie hémorragique accident de la chrysothérapie. *Revue médicale de l'Est*, 1er juillet 1935.)

Varia

En fait de protéinothérapie il y a pour chaque cas une protéinothérapie optima (Thorel, du Havre).

Rien n'est décevant comme le traitement médical du goitre exophtalmique (Régnier, de Dijon).

J. LAFONT.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Clinique médicale

La quatrième maladie, décrite par Filatoff en 1885 et caractérisée par l'angine, la langue framboisée, la fièvre (39°) et l'exanthème scarlatiniforme, existe-t-elle en réalité ou n'est-elle qu'une variété de rubéole, dite scarlatineuse ?

Un enfant de 3 ans présenta successivement : 1° un exanthème scarlatiniforme ; 2° un exanthème morbilliforme ; 3° un exanthème scarlatiniforme.

On peut dire que c'était une quatrième maladie le premier jour et une rubéole typique le second.

L'auteur n'admet pas l'existence de la quatrième maladie ; il est d'avis que ce terme désigne en réalité une rubéole atypique ou une scarlatine bénigne.

(Léon Charosky et Enzo Criscuolo. A proposito de un caso de 4a enfermedad. Existe la 4a enfermedad ? *Prensa medica argentina*, 12 juin 1935.)

La nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu est mise en doute ou niée par de nombreux auteurs, qui insistent sur l'analogie entre le rhumatisme aigu et les maladies dites allergiques : le rhumatisme aigu correspondrait au phénomène d'Arthus.

L'affection cardiaque rhumatismale passe par quatre phases successives : 1° rhumatisme aigu, 2° endocardite rhumatismale aiguë, 3° cardiopathie valvulaire chronique, 4° l'estropié du cœur (*cardiac cripple*).

La base de l'étude de l'auteur est basée sur 214 cas (y compris 60 cas de chorée) entrés à l'Infirmerie Royale pendant une période de dix ans (1923-1932).

La seconde phase fut observée dans 114 cas (46 %) ; il n'y avait aucun rapport apparent entre la gravité des troubles cardiaques et l'intensité de l'arthrite.

Le rhumatisme n'est pas une cause fréquente de décès ; en Ecosse, en 1933, il y eut seulement 171 cas de mort due au rhumatisme.

(W.-T. Ritchie. Rheumatic heart disease : its nature course and prevention. *Edinburg medical journal*, juillet 1935.)

Pédiatrie

L'asthme de l'enfant présente un intérêt particulier du fait qu'il n'est pas défiguré, comme celui de l'adulte, par les infections et les intoxications, qui s'ajoutent au cours des années.

Il importe de faire la distinction entre le type asthmatique du jeune enfant ou asthme infantile proprement dit et le type asthmatique du grand enfant ou asthme de la seconde enfance ; dans la première variété on trouve généralement une origine digestive, dans la seconde une origine respiratoire.

L'asthme du jeune enfant est généralement d'origine anaphylactique alimentaire. Les accès se caractérisent par un catarrhe bronchique que l'on peut confondre, lors de la première attaque, avec une bronchite capillaire ou une bronchopneumonie.

L'asthme du jeune enfant s'intrique volontiers de troubles cutanés, hépatiques et digestifs.

On est d'accord pour admettre que cet asthme ne peut se produire qu'à la faveur d'un terrain constitutionnel spécial. C'est le terrain diathésique des auteurs qui se caractérise par un déséquilibre humoral et vago-sympathique. Au début cet asthme est anaphylactique, en ce sens qu'il n'est sensibilisé qu'à un seul facteur ; ultérieurement, il tend à se sensibiliser à plusieurs facteurs et il devient un asthme polysensibilisé ; les substances sensibilisantes sont introduites dans l'organisme surtout par la voie digestive.

L'asthme du grand enfant appelé aussi asthme juvénile est un asthme tardif, qui apparaît en général après la sixième année, à la puberté ou au cours de l'adolescence. Il se greffe sur des séquelles d'infections des voies respiratoires ; il présente les caractères d'un asthme réflexe et, s'il se complique d'anaphylaxie, ce n'est qu'à la longue, souvent après de nombreuses années. C'est un asthme sec comme celui de l'adulte ; l'élément spasmodique domine la scène, l'élément catarrhal passe au second plan ; les accès, au lieu d'être espacés et violents, comme dans l'asthme du jeune enfant, sont plus fréquents et plus légers ; ils ne s'accompagnent pas de réaction fébrile et ils se terminent par l'expulsion de crachats perlés.

L'asthme du grand enfant est un des apanages des climats qui prédisposent aux infections naso-bronchiques. Il représente, au point de vue clinique, une variété nosologique bien connue, apparaissant chez le sujet prédisposé, après le décours d'une infection respiratoire.

Les maladies microbiennes qui préparent sa voie sont d'abord les rhino-bronchites saisonnières et les rhino-bronchites à répétition, puis, en second lieu, la bronchite simple, la bronchopneumonie, la grippe, la rougeole et la coqueluche. La rhino-bronchite évolue généralement en deux temps : la rhinite récidivante d'abord, la rhino-bronchite dans la suite. La rhino-bronchite est primitive ou secondaire aux affections précédentes qui, inhibant les défenses naturelles de la muqueuse respiratoire, créent sur celles-ci des zones de moindre résistance.

L'asthme suit de près l'infection préparante ou éclate après des séries de rhino-bronchites, à l'occasion d'un épisode plus aigu de cette affection.

Les crises suivent la cadence des rechutes de rhino-bronchites, si bien que le jeune asthmatique se trouve emprisonné dans un cercle vicieux : il devient de plus en plus sensible aux refroidissements, les refroidissements réveillent la rhino-bronchite et la rhino-bronchite provoque l'asthme.

(A Ilaibe. L'asthme de l'enfant. *Scalpel*, 20 juillet 1935.)

Neurologie

Dans le diagnostic de l'hypertension intracrânienne et dans la recherche des tumeurs cérébrales, les symptômes oculaires prennent une importance de tout premier ordre, en raison de leur fréquence, de leur précocité et de leur réalité objective.

Lorsqu'on constate un symptôme d'hypertension intracrânienne ou une lésion nerveuse, pouvant dépendre d'une tumeur cérébrale, il est toujours nécessaire de recourir à un examen ophtalmoscopique, même s'il n'existe pas de troubles visuels subjectifs, car ce fait n'implique nullement l'absence de lésions oculaires objectives.

Très souvent des symptômes, des syndromes échappent au contrôle du médecin ; des céphalées, des vomissements, sans aucun caractère spécial et d'apparence banale, peuvent, pendant un temps parfois très long, constituer la seule manifestation clinique d'une tumeur intracrânienne. Dans ces cas l'ophtalmologiste réussit presque toujours à orienter le diagnostic, grâce à des constatations objectives et indiscutables ; les neuro-chirurgiens eux-mêmes attachent la plus grande importance à l'examen de l'appareil visuel, qu'ils considèrent comme indispensable pour le diagnostic et la localisation des tumeurs intracrâniennes.

En présence d'un syndrome d'hypertension intracrânienne possible ou probable, on doit poser et résoudre trois questions différentes :

1° *Y a-t-il de l'hypertension intracrânienne ?*

Deux symptômes oculaires peuvent en démontrer l'existence avec toute certitude : ce sont la stase papillaire et l'hypertension de l'artère centrale de la rétine.

La stase papillaire est intimement liée à une hypertension du liquide céphalo-rachidien ; au début, même considérable, elle est compatible avec un champ visuel et une vision tout à fait normaux ; à la longue surviennent des scintillements, des étincelles, des obnubilations passagères, des éclipses visuelles ; enfin apparaît un rétrécissement concentrique du champ visuel avec une baisse lente et progressive de la vision, qui conduit à la cécité définitive par atrophie des nerfs optiques.

La circulation rétinienne est fatalement influencée par les modifications de pression du liquide céphalo-rachidien.

La mesure de la tension rétinienne et la recherche de la stase papillaire présentent, dans le diagnostic d'une hypertension intracrânienne, des avantages sur la ponction lombaire : la ponction est une manœuvre traumatisante, qui présente des dangers ; il existe des hypertensions, que le manomètre est incapable de révéler, dans le cas de cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens.

2° *Y a-t-il une tumeur cérébrale ?*

L'examen oculaire ne peut donner que des éléments de présomption ; la stase papillaire n'est en effet qu'un signe qu'il

faut situer dans l'ensemble des manifestations cliniques ; les deux faits suivants n'en sont cependant pas moins vrais : les tumeurs cérébrales sont de loin la cause la plus fréquente de la stase papillaire ; la stase papillaire est un des symptômes les plus constants des tumeurs cérébrales.

3° *Quelle est la situation de la tumeur cérébrale ?*

L'examen oculaire peut nous donner différents symptômes de localisation, provenant avant tout de l'atteinte des nerfs sensoriels.

La stase papillaire est assez souvent, et tout au moins au début, plus marquée du côté de la tumeur et paraît débuter de ce côté.

La stase papillaire aiguë est un symptôme des tumeurs du cervelet et, d'une manière générale, des néoformations de l'étage postérieur de la base du crâne.

Le syndrome de Foster Kennedy est caractérisé par une atrophie optique primitive ou post-névritique du côté de la tumeur, qui comprime le nerf optique directement ou indirectement, et par une stase papillaire du côté opposé ; on rencontre ce syndrome surtout dans les méningiomes de la base adjacents au nerf optique et dans les néoformations situées à l'intérieur du lobe frontal au voisinage de sa face inférieure.

L'atrophie optique primitive indique une compression directe de la bandelette optique, du chiasma ou du nerf optique.

La névrite rétrobulbaire se rencontre assez souvent dans les tumeurs de la base du crâne.

Les modifications du champ visuel peuvent se résumer ainsi : la compression du nerf optique donne une atrophie optique primitive avec rétrécissement irrégulier et plus ou moins concentrique du champ visuel ; la compression du chiasma donne une atrophie optique primitive avec hémianopsie bitemporale ; la compression de la bandelette optique donne une atrophie optique primitive avec hémianopsie homonyme ; la compression des radiations optiques au niveau du lobe temporal donne une hémianopsie homonyme en quadrant sans atrophie optique ; la compression des radiations optiques au niveau du lobe occipital donne une hémianopsie latérale homonyme sans atrophie optique.

La conclusion est particulièrement intéressante :

« Si la collaboration des ophtalmologistes est indispensable aux neurologues et aux neuro-chirurgiens, il existe une autre collaboration tout aussi indispensable, si nous voulons sauver la vie et la vue des malades atteints de tumeurs intracrâniennes. Cette collaboration est celle du médecin praticien, du médecin de la famille.

« Les résultats de la chirurgie cérébrale ne dépendent, en effet, pas seulement du perfectionnement de la technique employée, mais surtout et avant tout de la rapidité, de la précocité avec laquelle le diagnostic de tumeur crânienne a été posé...

« On a malheureusement trop souvent l'occasion de voir des porteurs de tumeurs intracrâniennes, traités pendant des mois, souvent même des années, pour névropathie ou gastrite. Nous en avons vu qu'on soignait depuis trois ans pour une encéphalite et d'autres depuis plusieurs mois pour un ramollissement cérébral.

Dans ces conditions, les malades nous arrivent dans un stade trop avancé, avec des nerfs optiques déjà gravement et souvent définitivement atteints, avec un état d'abrutissement, qui s'oppose aux examens nécessaires à la localisation et avec un état général qui rend le résultat de l'intervention très problématique. »

(J. François. L'importance de l'examen ophtalmologique dans la recherche des tumeurs cérébrales. *Scalpel*, 6 juillet [illegible].)

Chirurgie

Le diagnostic de compression cérébrale par hématome localisé n'est pas aussi aisé qu'on veut bien le dire classiquement.

Le syndrome clinique compressif est rarement complet et le chirurgien doit souvent décider l'intervention, se basant sur un seul symptôme. Ces signes seront tantôt la bradycardie persistante, la mydriase stable, les troubles moteurs de localisation, la douleur localisée au niveau de l'hématome, l'intervalle libre.

L'hématome sous-dural tardif sera peut-être de diagnostic plus aisé que le sous-dural précoce, mais le chirurgien doit s'assurer la collaboration d'un neurologue averti.

Si l'intervention, la décompression et l'évacuation de l'hématome ne se discutent plus actuellement, elles n'en offrent pas moins des variations, suivant la localisation même de l'hématome.

Dans le traitement de l'hématome extra-dural la trépanation temporale basse est devenue classique. L'incision oblique ascendante, la dissociation des fibres musculaires du temporal, la trépanation de l'os au niveau de sa moindre épaisseur amènent rapidement la découverte de l'hématome et la possibilité de tarir la source de l'hémorragie au niveau de l'artère méningée moyenne, ou plus souvent de ses branches.

Dans les indications de la trépanation, certaines règles sont à suivre : sur des signes précis de localisation et ne trouvant pas l'hématome cherché au cours de la trépanation, il faut trépaner de l'autre côté ; l'hématome par contre-coup et la compression à distance hétero-latérale sont fréquents. En présence de mydriase et de parésie ou paralysie homolatérales, il faut trépaner de ce même côté. Dans les cas de localisation douteuse, il faut intervenir du côté de la fracture ou de l'hématome cutané, s'il existe.

Le problème thérapeutique est plus délicat pour les hématomes sous-duraux précoces ; ceux-ci, le plus souvent, cachent un foyer de ramollissement hémorragique ou une lésion méningo-corticale et leur évacuation ne modifiera en rien l'évotion de la contusion sous-jacente, dont l'existence est presque constante. L'hémostase est illusoire, la source de l'hémorragie échappe à l'exploration. Le drainage s'impose d'autant plus que l'hémostase est presque toujours impossible ou incomplète et, de ce fait, les risques de récidive précoce de l'hématome sont plus grands.

Les hématomes sous-duraux tardifs réclament une thérapeutique active, mais moins urgente. Si l'hématome est bien localisé, l'intervention consistera en une trépanation large et latérale, en reclinant un volet ostéo-plastique. Une localisation moins certaine de l'hématome dicte une autre ligne de conduite : la trépanation économique bilatérale.

(J.-A. Poncet. Compression cérébrale par hématome localisé. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juin 1935.)

Une observation d'ostéomyélite aiguë du fémur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le début juxta-épiphysaire de l'ostéomyélite aiguë n'est pas aussi absolu que l'enseignent les classiques ; tout au moins les premiers signes cliniques et radiologiques peuvent se montrer à grande distance du foyer primitif.

2° A condition de respecter soigneusement le périoste et l'épiphyse, la résection diaphysaire d'un os aussi important que le fémur n'empêche pas une guérison rapide avec régénération complète de l'os extirpé.

3° Elle démontre enfin qu'il faut être excessivement prudent dans le traitement orthopédique post-opératoire et ne permettre l'ablation des appareils de contention qu'après avoir contrôlé radiographiquement la régénération complète de l'os.

(E. Derom. Ostéomyélite aiguë à début atypique. Résection diaphysaire. Guérison. *Scalpel*, 6 juillet 1933.)

Oto-rhino-laryngologie

Dans les infections de l'oreille moyenne et des cavités annexes le traitement médical joue un rôle important.

Selon les caractéristiques et les modalités de l'affection, on pratique la chimiothérapie, l'immunothérapie spécifique ou l'immunothérapie non spécifique.

La chimiothérapie utilise aux mieux différents produits ou associations : iode-urotropine, salicylate-urotropine, rivanol, trypaflavine, argent colloïdal.

La médication microbienne antipyogène est représentée par les sérums et les vaccins et toute la gamme de leurs combinaisons avec ou sans protéines.

La protéinothérapie non spécifique est d'un usage courant ; on utilise le sérum (normal de cheval), albumines (omnadine), autohémo et autosérothérapie, peptone, lait et dérivés (aolan) et quelques vaccins (propidon).

(Yago Franchini et Emilio Riccitelli. Importancia del tratamiento medico general y biologico en algunas afecciones complicadas del oido medio y cavidades anexas. *Semana medica*, 2 mai 1933.)

Le diagnostic précoce de la tuberculose laryngée se base sur la sémiologie, l'allergie et la radiographie.

Généralement le médecin envoie au laryngologiste le malade atteint de troubles de la phonation, comme s'il n'existait pas

de graves lésions tuberculeuses du larynx, dans lesquelles la voix est absolument normale.

Généralement le laryngologiste voit les malades trop tard, avec des infiltrations massives de l'épiglotte, des ulcérations des cordes vocales, des lésions évolutives et trop évoluées.

La réaction tuberculinique est, dans quelques cas, la seule méthode capable d'offrir une contribution efficace au diagnostic précoce de la tuberculose laryngée.

La radiologie du larynx est d'actualité ; mais elle ne semble pas assez avancée pour entrer dans la pratique.

Il n'est pas possible de séparer la clinique du larynx de celle du poumon.

E. Di Lauro. La diagnosi precoce della tubercolosi laringea. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 30 juin 1935.)

Pathologie chirurgicale

L'ostéomyélite vertébrale est d'un diagnostic difficile.

Au début la contracture vertébrale et la sensibilité à la percussion d'une ou deux apophyses épineuses, qui sont les deux signes les plus précoces, se trouvent masqués par des symptômes variés ; on émet diverses hypothèses : méningite, abcès périnéphrétique, rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, péritonite, pneumonie, etc...

A la période d'état les ostéomyélites vertébrales, difficiles à diagnostiquer, comprennent :

1° les formes qui, après un début aigu, se présentent avec une symptomatologie chronique ;

2° les formes subaiguës d'emblée ;

3° les formes examinées tardivement et dont l'évolution clinique est difficile à rétablir rétrospectivement ;

4° les formes métastatiques.

On peut dire qu'il existe aucun signe (clinique ou radiologique) qui permette de différencier avec certitude l'ostéomyélite vertébrale du mal de Pott.

L'analyse du pus, recueilli aseptiquement, est le seul élément de certitude.

(M. et R. Sœur. Le diagnostic de l'ostéomyélite vertébrale. *Scalpel*, 8 juin 1935.)

Thérapeutique

La vaccinothérapie de la coqueluche, combinée avec le bromoforme, peut donner des resultats frappants.

La méthode de Taillens consiste à utiliser 1/4 d'ampoule de vaccin Clin, au-dessous de six mois, 1/2 ampoule jusqu'à deux ans, une ampoule au-dessus de deux ans ; pendant les deux ou trois jours suivants on fait une ampoule par jour ; puis on fait une ampoule matin et soir jusqu'à concurrence de dix ampoules.

Le bromoforme est donné par doses fractionnées et répétées.

Cette médicaton mixte est particulièrement recommandable dans une affection où les médicaments sont aussi nombreux qu'inefficaces.

(J. Taillens. Sur le traitement de la coqueluche. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 décembre 1934).

La chrysothérapie, qui connaît actuellement une vogue exceptionnelle dans le traitement des affections les plus diverses devait nécessairement être appliquée à la tuberculose génitale.

Une femme de 32 ans est atteinte d'un phlegmon pelvien de nature bacillaire, complication d'une salpingo-ovarite tuberculeuse bilatérale.

Le diagnostic posé, on décide de ponctionner régulièrement cette collection purulente et de la traiter par des injections de Calot. On retire ainsi, par des ponctions successives, plus de 2 litres 1/2 de pus, sans que se produise la moindre amélioration. La température persiste avec de grandes oscillations, les abcès se fistulisent et sécrètent abondamment, l'état général décline de plus en plus rapidement, la malade maigrit de 15 kilogrammes en un mois : tout espoir semble perdu. C'est alors qu'on décide de recourir à la crysothérapie, à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique.

Dès le début du traitement cette femme devient apyrétique en moins d'une semaine et le reste définitivement. Les fistules tarissent progressivement ; l'état général se relève avec une rapidité surprenante au point que la malade grossit de 21 kilogrammes en quatre mois.

Ce résultat étonnant a été obtenu en administrant 1 gramme d'aurothioglucose, réparti en une série de dix injections de doses croissantes et décroissantes étalées sur un mois et demi.

(F. Jonkheere et R. Declercq. Essai de chrysothérapie dans un cas de tuberculose annexielle. *Scalpel*, 13 juillet 1935.)

J. Lafont.

Le Gérant : A. ROUZAUD

Fondé en 1873. — N° 40 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 5 OCTOBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr
Etudiants	30 fr
Belgique	45 fr
Etranger [illegible] zone	70 fr
[illegible] zone	80 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Service de santé. — *Promotions trimestrielles.* — AU GRADE MÉDECIN COLONEL. — Les médecins lieutenants-colonels Chatain, de l'hospice mixte de Limoges ; Fulgrand, du Service de santé de la 15e région ; Cordier, de l'hospice mixte de Valence ; Gorbel, du Centre de réforme de Paris.

AU GRADE DE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL. — Les médecins commandants : Bouissou, du ministère de la Guerre ; Tamalet, de l'hôpital de Toulouse ; Sieur, de l'hôpital de Rennes : Costedoat, de l'École du Service de santé de Lyon ; Thibault, du 5e d'infanterie au 19e C. A. ; Arène, du ministère de la Guerre.

AU GRADE DE MÉDECIN COMMANDANT. — Les médecins capitaines : Blanc, du 509e chars ; Tondeur, du 19e C. A. ; Mouchet, des troupes du Levant ; Vandembeusche, de l'hôpital de Belfort ; Ferrabouc, de l'École d'application du Service de santé de Paris ; Gueguen, des troupes de Tunisie.

AU GRADE DE MÉDECIN CAPITAINE. — Les médecins lieutenants : Jauze-Fredou, du 107e d'art. ; Siffre, du 67e d'inf. ; Prost, du 74e au 120e d'art. ; Simon, du 8e d'art. ; Lacroix, du 54e d'art. ; Kerzrého, du 42e d'art. ; Gillet, du 31e dragons ; Lacombe, des troupes du Maroc.

MUTATIONS SEMI-MENSUELLES. — Le médecin lieutenant-colonel Lambert des Cilleuls, désigné comme chef de la section technique du Service de santé, Paris.

Le lieutenant-colonel d'administration : Knapp, de Châteauroux, à l'établissement du Service de santé, à Malakoff.

Le commandant d'administration Jacob, de l'hôpital thermal de Vichy, au magasin central de Châteauroux.

Service de santé des troupes coloniales. — *Mutations.* En Indochine. — Le médecin commandant Legendre, du 23e d'inf. col.

A la Côte française des Somalis. — Le médecin commandant Alain, du centre de trans. des troupes indig. col.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin colonel Blanchard, rentré d'A. O. F. ; le médecin lieutenant-colonel Labernadie, du 10e d'art. col.

Au 4e tirailleurs sénégalais. — Le médecin colonel Levet, rentré d'Algérie ; le médecin commandant Loupy, rentré d'Indochine.

Au 14e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Salicetti, rentré d'Indochine.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Rivière, rentré d'A. O. F.

Au centre de transition des troupes indigènes coloniales — Le médecin commandant Toubert, rentré d'Algérie.

A l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales. — Le médecin commandant Carlier, du 8e tir. sénégalais.

Clinique médicale propédeutique. (Professeur E. SERGENT.) — *Cours de révision d'une semaine (4 au 9 novembre 1935) sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, avec la collaboration de MM. HARVIER, ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, GILBERT-DREYFUS, P. PRUVOST, WEISSENBACH, JOANNON, BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON.

PROGRAMME DU COURS. — I. — Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades, 11 heures à midi, démonstration pratique.

Lundi 4, M. LIAN, hôpital Tenon. Mardi 5, M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié ; mercredi 6, Professeur SERGENT, hôpital Broussais ; jeudi 7, M. FERNET, hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach) ; vendredi 8, M. CHABROL, hôpital Saint-Antoine ; samedi 9, M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain).

II. — L'après-midi à l'hôpital Broussais, 3 heures à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du Professeur Sergent) ; 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 et 6 h. 1/2, conférence clinique (amphithéâtre de la clinique du Prof. Sergent).

La leçon de clôture du cours sera faite par le Prof. Sergent et aura comme sujet : Tuberculose et contagion.

Lundi 4, 3 à 4 heures, M. Henri DURAND (Tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. LIAN (Cœur et vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (Appareil respiratoire).

Mardi 5, 3 heures à 4 heures, M. LIAN (Cœur et vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 4 h. 3/4, M. PÉRISSON (Neurologie) ; 4 h. 3/4 à 5 h. 1/4, M. GILBERT-DREYFUS (Nutrition) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (Foie et voies biliaires).

Mercredi 6, 3 heures à 4 heures, M. PÉRISSON (Neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (Médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. HARVIER (Endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (Pathologie générale).

Jeudi 7, 3 heures à 4 heures, M. FERNET (Peau et syphilis) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (Peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (Intestin).

Vendredi 8, 3 heures à 4 heures, M. WEISSENBACH (Médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston DURAND (Estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (Hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (Sang).

Samedi 9, 3 heures à 4 heures, M. BLECHMANN (Pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (Pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Professeur SERGENT (Appareil respiratoire).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.). Droits d'inscription : 250 francs.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine, Métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (insuffisance cardiaque, angine de poitrine, douleurs précordiales, syncopes).* — Ce cours qui aura lieu du 12 au 22 novembre 1935 sera fait par M. Camille Lian avec la collaboration de MM. Haguenau, Welti, Gilbert-Dreyfus, A. Blondel, Abaza, Alibert, Deparis, Even, F.-P. Merklen, Moricard, Odinet, Pautrat, Puech, Golblin, Marchal, Bréant, Baraige, Facquet.

Tous les matins à 10 heures, Conférence clinique avec projections ; à 11 heures, Exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, Conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, Démonstration pratique (sphygmomanométrie artérielle et veineuse, électrocardiographie, méthode graphique, vitesse circulatoire, débit cardiaque).

Programme du cours. — Mardi 12 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : La toux cardiaque ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Lian : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque.

Mercredi 13 novembre, 10 heures, M. Lian : Le bruit de galop ; 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Blondel : Dyssystolie et hyposystolie ; 16 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie ; 17 h. 1/2, M. Odinet : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Jeudi 14 novembre, 10 heures, M. Lian : Le pouls alternant ; 11 heures, M. Marchal : Examens radiologiques ; 15 heures, M. Facquet : La mesure de la vitesse circulatoire ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Asystolie.

Vendredi 15 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Blondel : Encombrement ventriculaire gauche ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstrations d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. Hagueneau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Samedi 16 novembre : 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës ; 16 heures, M. Deparis : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Encombrement ventriculaire droit.

Lundi 18 novembre, 10 heures, M. Bréant : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Lian : Interprétation des électro-cardiogrammes de la semaine ; 15 heures, M. Moricard : Accidents gravido-cardiaques ; 16 heures, M. Even : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. Alibert : L'insuffisance cardiaque des affections respiratoires.

Mardi 19 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Blondel : Considérations générales sur les angines de poitrine ; 16 heures, M. Puech : Examen du cœur à l'autopsie ; 17 h. 1/2, M. Facquet : Angors cardio-artériels et angors cardiaques.

Mercredi 20 novembre, 10 heures, M. Lian : L'angor aigu coronarien fébrile ; 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Blondel : Angors réflexes et angors névrosiques ; 16 heures, M. Baraige : La mesure du débit cardiaque ; 17 h. 1/2, M. Welti : Traitement chirurgical des angines de poitrine.

Jeudi 21 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 heures, M. Marchal : Exercices radiologiques ; 15 heures, M. Marchal : Traitement physiothérapique des angines de poitrine ; 16 heures, M. F.-P. Merklen : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Douleurs précordiales.

Vendredi 22 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Odinet : Les syncopes ; 16 heures, M. Abaza : Injections intracardiaques ; 17 h. 1/2 : M. Lian : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde et aorte. Le cours de juin 1936 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydrominérales cardio-vasculaires.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

Faculté de médecine de Montpellier. — *Cours de perfectionnement de clinique médicale* (Professeur L. Rimbaud. 21 octobre-30 octobre 1935.) — Sous la direction de M. L. Rimbaud, avec la collaboration de MM. P. Lamarque, M. Janbon, P. Rimbaud, G. Anselme-Martin, L. Gondard, H. Harant et

J. Baumel, il sera fait du 21 au 30 octobre 1935, une série de leçons ayant pour objet certaines questions de pratique médicale d'actualité.

Cet enseignement, *qui s'adressera aux médecins et aux étudiants en fin de scolarité*, comprendra des cours qui auront lieu dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine à 17 h. 30 aux jours indiqués ci-dessous et des démonstrations de clinique et de pratique médicales, aux Cliniques Saint-Eloi, dans le service de M. L. Rimbaud, tous les matins à 10 heures.

I. *Programme des leçons* (Faculté de médecine, amphithéâtre n° 2, à 17 h. 30). — 21 octobre, Prof. agrégé M. Janbon : La diphtérie maligne ; 22 octobre, Prof. L. Rimbaud : Le neurotropisme des maladies infectieuses ; 23 octobre, Docteur L. Gondard : La question des hormones et l'opothérapie en clinique ; 24 octobre, Docteur P. Rimbaud : La maladie de Nicolas-Favre ; 25 octobre, Docteur H. Harant : Les parasites intestinaux les plus communément rencontrés dans le Sud de la France ; 26 octobre, Prof. agrégé M. Janbon : Le foie dans la mélitococcie ; 28 octobre, M. J. Baumel : Les syndromes agranulocytaires ; 29 octobre, Prof. L. Rimbaud : Goutte et système nerveux ; 30 octobre, Docteur Anselme Martin : L'insuffisance cardiaque irréductible des cardiopathies évolutives.

II. *Démonstrations pratiques* (Cliniques Saint-Eloi, service du Professeur L. Rimbaud, 10 heures du matin). Présentation de malades, techniques de diagnostic, électrocardiographie, radiologie clinique, etc...

Hôpital Saint-Jacques. — *Ecole homéopathique de Paris* (année 1935-1936). — Les conférences de l'École homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (XVe) (Métro Volontaires), à 18 heures, à partir du mardi 5 novembre.

A cet enseignement théorique sera joint un enseignement pratique.

Le Docteur Picard fera tous les vendredis de 11 h. 1/2 à 12 heures après sa consultation externe, un cours de diagnostic médicamenteux sur malade. Ce cours commencera le vendredi 8 novembre.

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

Programme des cours. — Docteur Bonnerot : Matière médicale. Les petits médicaments voisins des polychrestes. (Novembre 5-19, décembre 3-17, janvier 7-21, février 4-18, mars 3-17, avril 21, mai 5-19, juin 16). — Docteur Bitterlin : Maladies du tube digestif. (Novembre 8-22, décembre 6-20, janvier 17, février 7-21, mars 6-20, avril 3, mai 1-15, juin 5-19). — Docteur Evrain : Matière médicale. Les sels de sodium et de magnésium. (Novembre 12, décembre 10, janvier 14, février 11, mars 10, mai 12, juin 9). — Docteur Mouezy-Eon : Phytopathologie et matière médicale des rubiacées. (Novembre 26, janvier 28, mars 24, avril 28, mai 26, juin 23). — Docteur Allendy : Traitement homéopathique des grands syndromes nerveux. (Novembre 15-29, décembre 13, janvier 10-24, février 14-28, mars 13-27, avril 24, mai 8-22, juin 12-26).

L'enseignement de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuit. La Bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public, les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés de 2 h. 1/2 à 7 heures.

Nécrologie. — Docteur Chastaignier, de Bressuire (Deux-Sèvres), décédé accidentellement à l'âge de 30 ans. — Docteur Jules Gaillard, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Docteur Alexandre Moutier, directeur honoraires de l'École de médecine de Caen, décédé à Caen, dans sa 8e année. — Professeur Ernest Gérard, de Lille, correspondant de l'Académie de médecine.

Par suite de confusion avec un homonyme nous avons annoncé la mort du Docteur Paul Forget, de Mamers, lequel est heureusement bien portant et à qui nous adressons toutes nos excuses.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les lacunes congénitales des os pariétaux[1]

Par

Jean OLMER et **Jean PALLAS**

Médecin des Hôpitaux — Interne des Hôpitaux

de Marseille

Les affections congénitales du squelette osseux ont été l'objet, ces dernières années, de nombreuses publications. Si leurs caractères cliniques se précisent mieux à mesure que se font jour de nouveaux documents, l'interprétation pathogénique ne laisse pas de susciter encore des hypothèses dont les qualités d'originalité et d'ingéniosité ne sauraient faire oublier leur contingence et leur fragilité. Les études concernant la dysmorphie cranienne comptent à juste titre parmi les plus intéressantes. La complexité structurale du crâne, complexité qui s'interprète en partie à la lumière de son évolution onto-phylogénétique, explique, semble-t-il, les multiples anomalies rencontrées. A côté de certains aspects, aujourd'hui classiques en raison de leur fréquence et des beaux travaux que lui ont consacrés à la suite de O. Crouzon, de A. Léri, les auteurs modernes, il en est d'autres sans doute plus rares mais aussi moins apparents, qui sont demeurés dans l'ombre. Aussi bien ayant eu récemment l'occasion de recueillir l'observation anatomo-clinique d'une affection congénitale particulière des os du crâne, non décrite dans les livres classiques, il nous a paru intéressant d'en préciser les caractères anatomiques, cliniques et radiologiques.

Mme Gin... (2) est âgée de 40 ans lorsqu'elle entre à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Prof. Olmer) pour un ictus consécutif à une embolie ; celle-ci trouve son explication dans une maladie mitrale ancienne d'origine rhumatismale, par ailleurs relativement bien compensée.

Lors de l'examen neurologique complet que nous faisons chez cette malade, notre doigt qui percute le crâne tombe dans une dépression osseuse de la voûte cranienne. Notre attention est retenue par cette anomalie, et nous constatons bientôt qu'il existe deux lacunes parfaitement symétriques situées de part et d'autre de la ligne médiane, un peu en avant du vertex dans la partie postérieure des régions pariétales. Chaque lacune a la dimension approximative d'une pièce de deux francs. Légèrement ovalaire, elle a son grand axe allongé dans le sens sagittal, elle est séparée de sa voisine par un pont osseux de consistance normale et de 3 cm. d'étendue. Le fond de ces lacunes est relativement souple et le doigt qui le palpe perçoit des battements synchrones au pouls et une légère impulsion à la toux ; le cuir chevelu descend dans ces dépressions, la pilosité y est normale.

Par la suite l'hémiparésie droite avec dysarthrie, les séquelles de l'ictus antérieur régressèrent presque entièrement si bien qu'au bout de quatre mois on ne notait plus qu'un déficit moteur excessivement fruste. Nous pouvons alors préciser l'absence totale de céphalée et de douleur à la percussion du crâne ou à la palpation des lacunes osseuses ; le fond d'œil était normal. Dans les antécédents héréditaires, nous pûmes également noter l'absence de pareille anomalie cranienne. La malade connaissait la présence de « trous dans la tête » qui existaient depuis sa naissance. Les radiographies du crâne ont montré que ces lacunes correspondaient à une perte de substance totale comme déterminée à l'emporte-pièce et située dans la partie postéro-supérieure des os pariétaux. Aucune anomalie vasculaire n'y fut décelable. Dans son ensemble, le crâne était de texture osseuse normale.

Deux ans après, Mme Gi... revenait dans le service en raison d'un infarctus pulmonaire suppuré qui devait entraîner son décès. On put alors pratiquer l'autopsie et reconnaître avec précision la nature des lésions congénitales des os du crâne.

Voici le protocole :

La calotte cranienne présente de part et d'autre de la ligne médiane, de façon symétrique à 2 centimètres en dehors du sinus longitudinal et à 2 centimètres en avant de la suture pariéto-occipitale, — par conséquent dans la région postéro-supérieure des os pariétaux, — une perte de substance mesurant 3 centimètres d'avant en arrière et 2 centimètres dans le sens transversal ; à ce niveau, la boîte cranienne est seulement fermée par la dure-mère qui est directement adhérente à l'épicrâne. Sur l'os débarrassé de ses parties molles, l'orifice présente un pourtour lisse et arrondi, au niveau duquel la table externe se poursuit sans solution de continuité avec la table interne. De ce fait, ce trou pariétal anormal a tous les caractères morphologiques des trous et canaux normaux de la base du crâne. A travers cet orifice fibreux ne passe aucun vaisseau, du



moins visible à l'œil nu. De même, on ne peut noter aucune anomalie dans la disposition des vaisseaux dure-mériens avoisinants les orifices. Par ailleurs, l'encéphale est de dimension réduite dans son ensemble ; il est éloigné de sa loge cranienne en tous ses points d'un espace libre de 2 cent. 1/2 environ, comme si la boîte osseuse était trop grande pour son contenu cérébral. Le lobule para-central gauche est le siège d'une excavation de teinte ocrée qui signe la lésion malacique antérieure. L'examen histologique de la membrane qui obturait les trous pariétaux confirme l'existence d'une paroi fibreuse constituée par l'adhérence de la dure-mère à l'épicrâne. Ce tissu est très peu vascularisé ; il n'existe pas, en particulier de vaisseaux permettant le passage de l'endocrâne à l'extérieur.

Cette observation anatomo-clinique de lacunes congénitales symétriques des os pariétaux vient s'ajouter aux rares cas retrouvés dans la littérature. En effet, si l'on connaît depuis longtemps les déhiscences craniennes livrant passage à des lésions des méninges seules ou associées à une hernie cérébrale, la perte de substance osseuse sans autre malformation a été jusqu'ici mal étudiée.

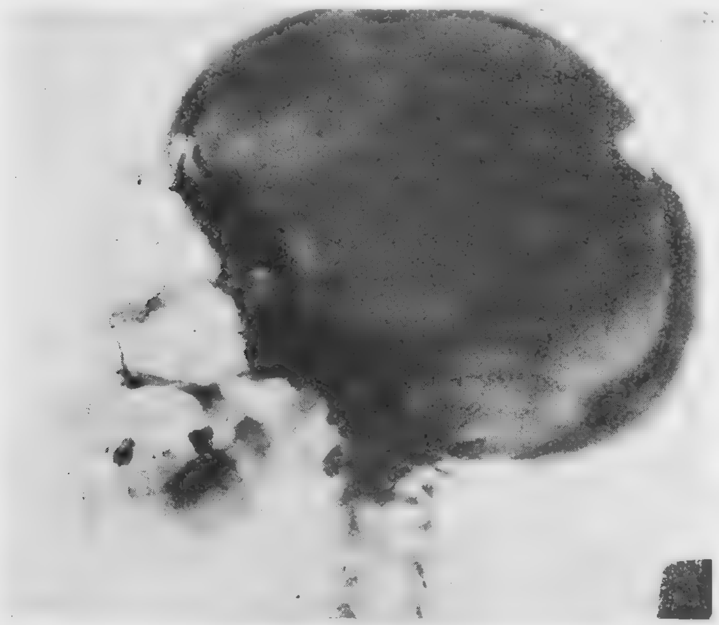
Le premier auteur qui se soit occupé de ces anomalies des os du crâne semble avoir été Parrot. Dans un travail paru en

(1) Travail de la Clinique médicale du Professeur D. Olmer.
(2) Présentée au Comité médical des Bouches du Rhône, en mai 193.

1879, il traite des «Perforations craniennes spontanées chez les enfants du premier âge » (1) et il distingue les perforations acquises et les perforations congénitales. Celles-ci se disposent habituellement le long des sutures sagittale et métopique ; formées *in utero*, elles se localiseraient volontiers près du bregma, apparues seulement à la naissance, elles siègeraient davantage dans la région lambidoïde.

En 1891, Bonnaire (2) signala deux types de malformations : d'une part des anomalies d'ossification de la voûte ostéo-membraneuse du crâne en relation avec un retard du processus d'ossification normal et, d'autre part, des trous semblant avoir été faits à l'emporte-pièce, en plein tissu osseux, généralement en plein pariétal et dont la génèse apparaît plus complexe. Dans ce dernier cas, la coexistence possible d'agénésie cutanée plaiderait en faveur d'une adhérence du sac ammiotique [Bonnaire et Durante (3)].

Éd. Delanglade et D. Olmer (4) publient en 1901, une observation de lacune cranienne dans lequelle, ils mettent en évidence l'intérêt doctrinal dû à l'absence d'encéphalocèle.



Dans l'édition de 1912 du Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, Apert ébauche une classification des différentes pertes de substance siégeant dans la voûte cranienne : certaines lacunes sont en rapport avec l'hydrocéphalie, d'autres avec des adhérences fœto-placentaires ; certaines enfin, de pathogénie imprécise, ressortissent soit à une agénésie occupant le trajet des fontanelles, soit à une absence d'ossification en plein tissu osseux.

Tout récemment, quelques observations cliniques avec documents radiologiques ont été rapportés à la Société de pédiatrie de Paris [cas de MM. Armand-Delille, Scemmama et Deliencourt (5), en 1931, et de Marcel Lelong et Bosquet (6) en 1932], à la Société médicale des hôpitaux de Lyon cas de Pommé, Marot et Tanguy (7)] ; à la Société médicale des hôpitaux de Paris [cas de Julien Marie (1)]. La thèse de Cordier (2), Lyon 1934 est une revue générale fondée sur cinq observations récemment publiées. Enfin, à la Société de médecine de Marseille, H. Roger, M. Arnaud et A. Jouve (3) ont récemment rapporté une observation de lacune unilatérale.

En ce qui concerne l'*aspect clinique* aussi bien que d'après l'interprétation pathogénique, il y a lieu de distinguer deux types de lacunes : les perforations unilatérales et les perforations bilatérales.

Les lacunes unilatérales sont, semble-t-il, les plus rarement observées. Elles sont d'ordinaire découvertes à l'occasion d'un examen fortuit [Voron et Roger (4) à moins qu'une singularité n'attire l'attention à ce niveau. C'est ainsi que dans le cas de Weill-Hallé et Jean Weil (5), l'enfant portait sur son trou une plaque de métal protectrice. D'autres fois enfin, une hémiplégie infantile [Babonneix (6)] s'accompagne d'une lacune du côté opposé. La malade dont l'observation a été rapportée par H. Roger, M. Arnaud et A. Jouve (7) présentait au contraire, des crises comitiales dont le début jacksonnien se faisait du même côté que la lacune cranienne. Celle-ci siégeait dans toutes les observations en plein pariétal, le plus souvent à droite. La brèche est parfois très étendue ; elle mesurait sept centimètres de long, sur quatre et demi de large dans le cas d'Ombrédanne (8). Dans certains cas, elles débordent sur la suture fronto-pariétale ou sur la sutu e occipito-pariétale. Mais elles sont toujours séparées de la suture sagittale par un pont osseux, ce qui les distingue de la fontanelle de Gerdy. Les contours en sont plus ou moins irréguliers. Le cuir chevelu en tapisse entièrement le fond sans présenter la moindre anomalie pileuse. La paroi du crâne est à ce niveau souple et tendue ; on y perçoit parfois l'impulsion de la toux, mais plus rarement des battements synchrones au pouls. La palpation douce ou appuyée n'est pas douloureuse. Sur les clichés radiographiques, on aperçoit une lacune qui simule parfaitement une brèche de trépanation, tant par l'inégalité de ses bords que par l'épaississement et la densification de certaines lignes osseuses environnantes.

Les lacunes bilatérales sont, elles aussi, essentiellement pariétales. Elles ne se signalent par aucun trouble fonctionnel. Cependant, le jeune soldat observé par Pommé, Marot et Tanguy (9) accusait des céphalées occipitales avec imminence de chute et éblouissements. Mais ces phénomènes, accrus par la fatigue, ne pouvaient-ils pas être sous la dépendance de l'hypermétropie avec astigmatisme et de la dyschromatopsie congénitale que présentait par ailleurs ce sujet. Quoi qu'il en soit, les lacunes bilatérales elles aussi, découverte d'examen, obéissent en général à une symétrie rigoureuse. Seule la figure qui accompagne le mémoire de Sillevis-Smitt et Ziedses des Plantes (10) montre un trou plus volumineux que l'autre. Ces brèches se placent constamment dans l'angle postéro-supérieur du pariétal, à un ou deux centimètres du bord postérieur de la suture sagittale. Celle-ci sépare toujours les trous droit et gauche, sous forme d'un pont osseux de trois à quatre centimètres de largeur. Bien que Pommé place les lacunes des sujets dont il publie l'observation dans « la paroi cranienne occipitale supérieure », il semble bien, — à la vue des radiogra-

(1) *Revue de Médecine et de Chirurgie* 1879, III, p. [illegible]

(2) Bonnaire. — Quelques anomalies des enveloppes du crâne du nouveau ne avec considérations cliniques. *Progrès Médical*, 1891, pp. 181 et 487.

(3) Bonnaire et Durante. — Arrêt du développement limité des enveloppes cutanées et osseuses du crâne. *Presse Médicale*, 1913, p. 185.

(4) É. Delanglade et D. Olmer. — Malformation du crâne par défaut d'ossification. Cranioschisis sans encéphalocèle. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2 mai 1901, n° [illegible] p. 409.

(5) Armand Delille, Scemmama et Deliencourt. — Absence symétrique d'ossification d'une partie des pariétaux chez une fillette de 11 ans *Soc. de pédiatrie*, 20 octobre 1931.

(6) M. Lelong et Bosquet. — Lacunes congénitales de la voûte cranienne chez un enfant de 5 ans : caractère familial. *Soc. de péd.*, 15 mars 1932.

(7) Pommé, Marot et Tanguy. — Lacunes symétriques et congénitales de la paroi cranienne occipitale superieure. *Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, 19 juin 1934.

(1) J. Marie. — Sur une variété particulière de lacunes craniennes : le trous congénitaux des os pariétaux. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 22 mars 1935.

(2) L. Cordier. — A propos d'une observation de lacune congénitale de la voûte cranienne. *Thèse de Lyon*, 1934, n° 77.

(3) H. Roger, M. Arnaud et A. Jouve. — Lacune cranienne congenitale droite et crises jacksoniennes brachiales droites. *Soc. de médecine de Marseille*, juin 1935.

(4) Voron et Roget. — *Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon*, 5 décembre 1932.

(5) Weill Helle et Jean Weil. — *Soc. de pédiatrie de Paris*, décembre 1928.

(6) Babonneix. — Intervention à la Société de Pédiatrie de Paris. Séances du 20 octobre 1931, in *Bulletin*, octobre 1931, p. 465.

(7) A. Jouve. — *L. cit.*

(8) Ombrédanne. — Précis de chirurgie infantile, Masson, 1932, p. 4[illegible].

(9) Pommé, Marot et Tanguy. — *L. cit.*

(10) Sillevis-Smitt et Ziedses des Plantes. — Dysostoses cranio-faciales. *Revue neurologique*, 1933, II, novembre, p. [illegible]13.

phies en tous points comparables à celles des autres cas connus, — qu'elles siègent aussi dans l'os pariétal. Les lacunes sont le plus souvent ovalaires à grand axe antéro-postérieur. Leurs dimensions oscillent autour de celle d'une pièce de dix francs. Les bords sont réguliers et lisses. Le fond est occupé par une membrane fibreuses qui permet souvent de percevoir l'impulsion de la toux et les battements artériels. Ici aussi il n'existe pas d'anomalie tégumentaire. A l'inverse des lacunes unilatérales qui sont plus ou moins irréguières, les lacunes bilatérales symétriques montrent, sur les clichés radiographiques, des contours lisses et réguliers comme taillés à l'emporte-pièce. Les bords de la brèche ne présentent aucune différence de densité osseuse. Le reste du crâne est normal. Dans l'un comme dans l'autre cas par ailleurs, le squelette ne présente aucune anomalie radiographiquement constatable. Cependant Sillevis-Smitt et Ziedses des Plantes (1) ont pu observer une association très curieuse d'oxycéphalie et de lacunes pariétales bilatérales.

Enfin, alors qu'au cas de lacunes bilatérales l'examen neurologique le plus minutieux ne révèle jamais de perturbations des fonctions nerveuses, chez certains sujets porteurs de lacunes unilatérales, il existait soit une hémiplégie infantile, soit des crises comitiales.

L'examen somatique, ne révèle aucune malformation viscérale. Si l'on dose comme l'ont fait Marcel Lelong et Bosquet, le calcium et les phosphates du sang, on trouve des taux normaux. L'étude des antécédents est le plus souvent sans intérêt. Il n'y a pas de stigmate d'hérédo-spécificité. Cependant un caractère familial peut être parfois noté. Dans le cas de Lelong et Bosquet, la mère et le grand-père maternel étaient atteints de la même malformation. Dans le cas de Symmers (cité par Augier), également l'anomalie existait chez le père.

Au terme de cette rapide description clinique n'oublions pas de rappeler le caractère fondamental de la lésion, à savoir l'origine congénitale. Très souvent d'ailleurs, les sujets observés connaissent de toujours l'eixistence de « leurs trous dans la tête ».

Dernier caractère enfin : les lacunes n'ont aucune tendance à la régression. Elles persistent toute la vie sans aucun changement.

Le *diagnostic* est facile à poser pourvu que l'on connaisse l'existence de l'affection. Dans le cas de lacunes bilatérales, l'image radiographique est caractéristique et ne ressemble à aucune autre. Le diagnostic de la lacune unilatérale peut-être plus difficile. Les ostéoporoses du crâne présentent un aspect moins nettement découpé. La maladie de Schuller dont MM. Guillain, Ledoux, Lebard et Lereboullet viennent de rapporter un cas à la Société médicale des hôpitaux (12 avril 1935) offre davantage des images d'ostéoporose que de perforations circonscrites. Elle s'accompagne en outre de troubles fonctionnels en particulier de céphalée très violentes. Dans la dysostose cranio-hypophysaire par contre les lacunes craniennes présentent très souvent l'aspect « à l'emporte-pièce » caractéristique des lacunes congénitales ; mais la maladie de Schuller-Christian, avec son exophtalmie et son diabète insipide est facilement identifiable. Enfin, la situation en plein tissu osseux sans rapport aucun avec les sutures craniennes, permet bien de distinguer les lacunes congénitales des fontanelles supplémentaites.

Les *interprétations pathogéniques* de l'affection qui nous occupe sont multiples. Déjà Parrot proposait une explication fondée sur l'action de la pesanteur : il se produisait une lésion de la paroi cranienne, qui, par raison statistique, siégerait chez le fœtus *in utero*, dans la région bregmatique et après la naissance dans la région lambdoïde. Il est évident qu'à cette théorie trop simpliste, qui doit déjà faire intervenir la notion de fragilité osseuse préexistante, on peut opposer facilement le fait que la région pariétale supérieure n'est pas le point le plus déclive, ni celui de frottement maximum.

Bonnaire et Durante, ayant constaté des lésions tégumentaires au niveau de la perforation, incriminent des adhérences fœto-placentaires. Cette interprétation est également retenue par Apert pour certaines lacunes accompagnées d'agénésie cutanée. Cette pathogénie doit être, en tout cas, bien rarement invoquée, si tant est qu'elle s'applique à la malformation en cause, car elle suppose l'existence de lésions du cuir chevelu. En tout cas, elle ne saurait valoir pour les lacunes bilatérales et symétriques.

Ombrédanne, en raison de la formation embryologique comparable du crâne et du rachis, assimile la perforation de la voûte à un spina-bifida occulta, le spina bifida-cranien complet étant celui qui s'accompagne d'extrophie cérébrale. C'est une interprétation et non une explication. Tout récemment, H. Roger et ses collaborateurs faisaient remarquer que leur malade ayant été extraite au forceps , un traumatisme local avec ostéoporose secondaire pouvait expliquer la lacune unilatérale.

Des hypothèses fondées sur l'étude détaillée de l'ossification céphalique ont été tout récemment proposées. Marcel Lelong et Bosquet rappellent ainsi que l'écaille occipitale résulte de la fusion de plusieurs points d'ossification. Sa partie supérieure située entre les deux branches lambdoïdes peut rester isolée en formant l'os apactal. Les fontanelles supplémentaires ainsi constituées pourraient expliquer la présence de lacunes. Pommé, Marot et Tanguy proposent la même explication. Mais à cette hypothèse, on peut encore opposer le siège intrapariétal de la lacune osseuse.

Cette situation bien particulière des lacunes craniennes a permis à Augier (1), puis à Julien Marie de les assimiler à des trous pariétaux anormalement développés. On sait que normalement les trous pariétaux sont deux petits pertuis situés de part et d'autre de la suture sagittale et permettant le passage d'une veine émissaire du sinus longitudinal, et parfois d'une artériole venant de l'artère occipitale. Dans certains cas, ce trou pariétal, qui mesure d'ordinaire un millimètre, peut être bien plus etendu et admettre alors le passage d'un doigt (Humphry). Turner, Broca, Augier, Greig, Symmers ont pu observer des pertuis dont les dimensions variaient de un à quatre centimètres. Dans ce cas, il faut alors incriminer une anomalie vasculaire, veineuse le plus souvent, qui transformant la paroi cranienne en véritable « lamina cribrosa », en entrave l'ossification.

Cependant, au cours de l'autopsie, comme au cours des examens histologiques que nous avons pratiqués sur la femme par nous observée, nous n'avons pu mettre en évidence cette anomalie vasculaire. H. Augier répondait déjà par avance, pourrait-on dire à cette objection : les vaisseaux ont pu se scléroser et disparaître et l'absence d'ossification persister.

Quoi qu'il en soit de ces diverses interprétations, il demeure que les lacunes congénitales constituent une malformation qui doit rentrer dans le cadre des dysostoses craniennes. Dans certains cas, cette malformation a pu s'associer à une ocycéphalie (Sillevis-Smitt et Ziedses des Plantes), ou prendre un caractère héréditaire (Symmers, M. Lelong et Bosquet).

Toute *thérapeutique* s'efforçant d'obturer chirurgicalement l'orifice doit être formellement contre-indiquée. L'exemple d'Ombrédanne est là pour nous guider ; chez un enfant de 5 ans qui présentait une large perte de substance au niveau du pariétal, sans aucun trouble fonctionnel, il tente l'obturation à l'aide de greffe ostéo-périostique à la Delagénière. Les résultats immédiats sont excellents. Mais quatre ans après, l'apparition de crises jacksoniennes oblige à l'ablation des greffes. Depuis cette intervention, Ombrédanne a observé un nouveau cas de lacunes congénitales, mais il s'est bien gardé de le traiter.

(1) SILLEVIS-SMITT et ZIEDSES DES PLANTES. *L. cit.*

(1) AUGIER, *in* traité de POIRIER et CHARPY, 1931, p. 322.

« Le mot d'hôpital lui-même finira par être proscrit et nous verrons créer des cliniques uniques pour toutes les classes sociales, comme nous voyons actuellement l'école unique et le lycée pour tous. » (Docteur Raphaël MASSART. — Pour un hôpital de la Charité. *Le Concours Médical*, 1er septembre 1935.)

Comment concevoir les phlébites par effort ?

Par M. AUDIER

Chef de clinique médicale adjoint
à la Faculté de médecine de Marseille

Dans le langage médical il existe des mots indispensables, d'autres commodes, certains inutiles et il en est aussi de dangereux. Le terme de phlébite est de ceux-là : il est à la fois trop précis et s'applique à des faits dissemblables. Cette précision étymologique s'opposant à la variété des faits anatomo-cliniques a été à l'origine de discussions pathogéniques qui ne sont pas encore terminées. Mais en médecine plus que partout ailleurs il faut se dégager de l'emprise des mots qui sont sans doute le support de la pensée, mais ne doivent pas l'asservir. C'est donc dans cet esprit critique que l'on doit se demander ce que l'on entend par phlébites par effort.

Bien que le premier cas de thrombo-phlébite par effort ait été publié en 1881 par von Schrotter, la connaissance de tels faits est de date relativement récente tout au moins en France. Jusqu'au travail initial de Lenormant en 1912, cette affection n'était décrite que par des auteurs allemands. Nous ne ferons que citer ensuite les publications de Rochard, de Delbet, de Schwartz, Routier, Cadenat, Guyot et Jeanneney, Bazy, Loubat, et Carles, Pellot mais sutout le rapport de Cattalorda au Congrès international des accidents du travail (Genève, 1931) et la Thèse de Contiadès (Paris, 1934).

Cette affection survient en général chez des jeunes sujets de 20 à 30 ans. Elle est l'apanage d'hommes vigoureux, manœuvres, sportifs, accomplissant des efforts violents, mais nous verrons que cette condition n'est pas absolue. Elle atteint avec une grande fréquence le membre supérieur droit. C'est assez souvent un accident du travail.

Les *symptômes* de phlébite par effort résident essentiellement dans un « œdème dur, indolore, cyanotique » (Cottalorda), s'accompagnant d'impotence fonctionnelle. Cet œdème apparaît le plus souvent rapidement et parfois brutalement après un effort. Il s'associe à des phénomènes douloureux ou paresthésiques variables. L'examen décèle de plus une circulation collatérale d'importance variable et surtout un cordon veineux douloureux que l'on trouve à la palpation de la région axillaire.

Les modifications de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique ont été bien mises en évidence pour la première fois par Cottalorda. Variables elles indiquent surtout un déséquilibre vaso-moteur du membre malade. En effet la tension égale des deux côtés dans les cas de Delbet, Pavlowsky, Grimault et Dentlo, Leriche et Stricker, est abaissée du côté atteint chez les malades de Rosenthal, de Bazy, d'Anglesio; il y a élévation de l'indice oscillométrique dans les observations de Cottalorda, de Lyon-Caen, et dans une de celle que nous citerons plus loin. Loubat et Carles, Wintersten, Jeanneney et Mathey-Cornat au contraire ont noté un abaissement tensionnel ou oscillomérique. Les rares fois où la tension veineuse a été prise on a trouvé de l'hypertension locale : chez un de nos malades le chiffre de la tension veineuse était de 16 au bras sain et de 32 au bras œdématié.

Anglesio, Lohr, ont essayé par la phlébographie de localiser l'obstacle veineux et de juger le développement des collatérales. Un essai d'artériographie a été fait par Contiadès.

Quant à l'évolution de ces thromboses, elle peut se faire vers la régression spontanée et rapide mais le plus souvent il persiste des séquelles : œdème, troubles vaso-moteurs à type d'acrocyanose ou d'érythromélalgie [cas de M. Arnaud, Contiadès et Audier(1)], impotence fonctionnelle, donnant des taux d'incapacité permanente partielle importants (35 % après un an et demi chez un malade de Cottalorda). Chez un malade que nous avons observé avec Salmon il s'est développé ultérieurement du sphacèle distal par artérite : nouveau cas de phlébartérite à ajouter à ceux que nous signalions dans un travail récent paru dans ce journal (1). Par contre l'embolie pulmonaire à notre connaissance n'a été signalée que chez une malade de M. Arnaud (2).

Il existe une localisation au membre inférieur survenant de préférence chez la femme enceinte et caractérisée par son début en coup de fouet.

Sans brosser *le diagnostic différentiel* complet des phlébites par effort, il nous faut rappeler que l'œdème phlébitique n'est pas le seul qui puisse survenir après un traumatisme ou un effort. Sans parler de l'œdème lymphangitique, on a décrit un *œdème traumatique* (Sécrétan) qui peut être consécutif à un traumatisme parfois minime et il est parfois difficile de savoir si c'est un effort ou un traumatisme qui sont à l'origine des accidents présentés par le malade, d'autant plus que comme nous le verrons l'effort pour certains auteurs agirait à la façon d'un traumatisme. Sans discuter l'origine sympathique (Leriche, Fontaine, Wertheimer) ou lymphatique (L. Imbert) d'un pareil œdème nous devons signaler qu'il simule l'œdème phlébitique dont classiquement il se distingue par l'absence du cordon veineux douloureux. Le test d'Aldrich et Mac Clure nous paraît un excellent procédé de différenciation de ces deux sortes d'œdèmes. Mais ce qui complique encore ce diagnostic c'est qu'il existe parfois un tableau complet de phlébite par effort dans des cas où l'intervention montre l'intégrité des veines (Lohr, Cottalorda, Moure et Martin, Wulsten). Dans l'observation de Cottalorda, il s'agissait d'un homme de 27 ans qui, après avoir soulevé un sac de 100 kilogs, ressentit de vives douleurs dans son bras qui enflait. L'œdème dur, douloureux, s'accompagnait d'un cordon huméral sensible et pourtant l'exploration des vaisseaux ne devait montrer à l'intervention aucune oblitération veineuse mais seulement une zone spasmée. Cet œdème fut très amélioré par la sympathectomie périartérielle. Dans ce cas le tableau de la thrombo-phlébite par effort était réalisé et pourtant il n'y avait pas de phlébite au sens anatomique du mot. Nous verrons plus loin comment on peut intégrer ces curieuses observations dans le groupe d'affections vasculaires qui nous occupent.

Il nous faut au préalable envisager quelles sont les *explications pathogéniques* données par les différents auteurs du problème des phlébites par effort. Les opinions que nous allons énumérer sont intéressantes en ce sens qu'elles dépassent le cadre même des affections qui nous occupent, la légitimité de la théorie infectieuse des phlébites étant mise en cause. Et pourtant dans le cas présent de nombreux faits cliniques anatomiques bactériologiques plaident en faveur de cette théorie.

On peut voir, précédant l'évolution de la phlébite par effort, une infection locale : digitale par exemple (dans deux cas personnels) ou générale : syphilis (cas de Mouchet, Delbet, Gautier, Stroupe, Leriche et Stricker, Huard, Contiadès) ; le rhumatisme articulaire aigu (Schepelmann, Wilson, Lohr, Contiadès) ; la grippe (Kunzel, Goodsmith, Contiadès). L'évolution elle-même peut rappeler celle d'une phlébite infectieuse avec fièvre et signes généraux d'infection ce qui est plus rare. Les examens anatomiques de Contiadès ont pu déceler des lésions anciennes presque constantes de « phlébite chronique hyperplasique » dont l'origine infectieuse est probable. Dans un cas publié avec M. Arnaud et Contiadès (*loc. cit.*) un examen anatomique (Prof. agrégé Mosinger) montrait des lésions inflammatoires très nettes de la paroi veineuse. Enfin l'étude bactériologique du caillot ou de la veine a pu déceler rarement, il est vrai, les germes infectants : streptocoques et staphylocoque (Grimault et Dantelo), staphylocoque (Lenormant et Mondor, M. Arnaud et M. Audier), colibacille et staphylocoque (Lecène). Ces germes provenant d'une infection urinaire, intestinale, cutanée, den-

(1) M. Marcel ARNAUD, M. AUDIER et CONTIADÈS. — Quatre observations de thrombo-phlébites révélées par l'effort. (Société de chirurgie de Marseille, séance du 4 mars 1935.

(1) M. AUDIER. — Symptomatologie artérielle des phlébites des membres. (*Progrès Médical*, juin 1935.)
(2) M. Marcel ARNAUD, M. AUDIER et CONTIADÈS. — *Loc. cit.*



taire ou amygdalienne. Pour beaucoup d'auteurs l'effort ne ferait que révéler une infection latente (Lecène, Lenormant).

Mais les partisans de la théorie de l'effort opposent des constatations négatives aux précédentes. Nombreux sont en effet les cas où aucune infection ne peut être décelée, où, examens anatomiques et bactériologiques furent entièrement négatifs à ce point de vue. On sait d'autre part qu'il peut exister des thromboses veineuses sans infection à l'origine. Enfin l'apparition assez brutale des phlébites après l'effort indique que celui-ci joue un rôle primordial. Le mécanisme des phénomènes de thrombose par effort est interprété soit par action directe de l'effort qui donne une lésion de l'endoveine par arrachement des veinules collatérales (Heineke, Rosenthal), ou par compression de la veine axillaire par le ligament costo-coracoïdien (Löwenstein). Mais l'effort agit vraisemblablement de façon indirecte en déclenchant un spasme : veineux et même un spasme artérioso-veineux. Peut-être ce spasme est-il réactionnel et consécutif à l'hypertension veineuse locale d'effort. Cette *théorie sympathique* a été soutenue pour la première fois par Cottalorda. En accord avec les notions physio-pathologiques établies par Leriche et par Villaret elle paraît le mieux expliquer certaines modalités cliniques de l'affection.

* * *

En réalité on a décrit sous le nom de thrombo-phlébite par effort des faits qui dépendent de trois étiologies qui toutes convergent vers l'effort. Un premier groupe qui est très discutable au point de vue nosologique réunit des observations qu'on a voulu faire entrer dans les phlébites par effort en forçant les cadres de cette affection. L'effort le plus souvent est minime et l'on peut se demander si l'on ne pourrait pas en retrouver de semblable dans l'étiologie de la plupart des phlébites des membres. C'est en effet le plus souvent *à l'occasion d'un effort* que le malade s'aperçoit de l'impotence fonctionnelle douloureuse du membre atteint. Dans les observations de ce groupe on retrouve en général une affection préexistante qui suffit à expliquer par elle-même la phlébite sans faire intervenir l'effort. Et parfois même on peut se demander s'il s'agit vraiment d'une thrombose veineuse et non d'une simple compression veineuse par médiastinite, ganglion médiastinaux ou anévrysme de l'aorte (cas de Wunterstein, de Letulle et Mistay, de Wulstein, de Œlmer).

Le deuxième groupe est constitué par ce que nous appellerons les *véritables phlébites par effort*. Ici l'effort a été violent ; l'œdème est survenu rapidement après. Il n'y eut aucun signe d'infection avant ou après cet épisode initial. Les constatations anatomiques et bactériologiques sont négatives à ce sujet. Pourquoi rechercher alors à toute force une étiologie infectieuse problématique alors que l'on sait que l'infection n'est pas indispensable pour expliquer la thrombose veineuse et que cette thrombose veineuse est elle-même inconstante dans ce qu'il est convenu d'appeler les phlébites par effort. On a affaire dans ces cas à « un syndrome relevant de lésions vasculaires à prédominance veineuse. Ces lésions ont comme point de départ un spasme veineux par irritation sympathique, elles s'accompagnent anatomiquement le plus souvent — mais non nécessairement — de thrombose veineuse et se traduisent essentiellement au point de vue clinique par l'œdème, extériorisation du déséquilibre vaso-moteur du membre » (Cottalorda).

Le troisième groupe, lui, comprend : *les phlébites infectieuses révélées par un effort*. Comment interpréter différemment la phlébite de ce malade de Schepelmann ayant un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre et bradycardie, qui présente de l'œdème du bras après avoir tiré fortement sur des rênes ? Nous en avons observé ces temps derniers des exemples caractéristiques.

L'infection originelle peut être évidente comme chez une de nos malades, fille de salle, qui s'était piqué la main avec une écharde de bois et qui vit se développer les jours suivants une lymphangite discrète de la main et de l'avant-bras. Trois jours après *à la suite d'un effort habituel* pour exprimer un chiffon mouillé elle ressent brusquement une douleur constrictive au bras et en quelques minutes un œdème important du membre supérieur droit se développe.

Parfois l'accident infectieux initial est passé inaperçu ou est oublié par le malade, seul un interrogatoire minutieux permet de le retrouver. Nous avons publié avec Salmon (1) l'observation d'un malade de 70 ans qui était venu nous consulter pour un œdème assez marqué du membre supérieur gauche apparu assez rapidement après qu'une douleur brutale ait contraint le malade à s'arrêter de scier du bois. Le tableau de thrombo-phlébite par effort était réalisé au complet et le rôle de l'effort paraissait être exclusif mais en interrogeant le malade nous apprîmes qu'il avait eu quelques jours auparavant une petite plaie infectée de la main.

Il peut enfin arriver que l'infecton soit cliniquement inapparente et que seul l'examen anatomique ou bactériologique puisse la déceler.

Il nous faut donc insister de nouveau sur la nécessité de s'entourer de sérieuses garanties avant d'affirmer devant une phlébite qu'il s'agit d'une authentique phlébite par effort, affection curieuse et très rare, où le spasme domine la thrombose, qui est sans doute secondaire et contingente. Nous sommes loin ici de la conception initiale des phlébites et de la signification littérale de ce terme. D'un point de vue général on peut donc dire qu'une phlébite c'est le plus souvent une thrombose consécutive à une inflammation pariétale ; inflammation étant pris au sens anatomique du mot et indiquant non seulement une atteinte infectieuse mais encore toxique. Dans ces conditions bien spéciales la thrombose peut devenir le fait dominant, la lésion pariétale étant minime. Enfin « le syndrome phlébite » peut exister sans qu'il y ait thrombose et l'oblitération veineuse être uniquement fonctionnelle.

L'étude des thrombo-phlébites par effort nous permet des conclusions pathogéniques dont l'intérêt est considérable au point de vue doctrinal mais aussi dont les conséquences thérapeutiques peuvent être capitales dans l'avenir. Ne sont-elles pas une raison de plus d'espérer d'heureux résultats des opérations ou des anesthésies sympathiques préconisées récemment par Leriche, dans le traitement des phlébites.

CHRONIQUE

Influences météorologiques et accouchement. — Fr. Jacobs, d'après une importante statistique croit pouvoir confirmer l'hypothèse que la naissance et la mort dépendent, jusqu'à un certain degré du « temps ».

Comme représentants de la manifestation météréologique, l'auteur se fonde sur la pression atmosphérique et la température. En comparant le « temps » et le « travail », on obtient sous forme de diagrammes tout à fait schématiques, une règle générale : à toute onde de pression atmosphérique correspond une contraction simultanée ou retardée ; en même temps, à l'ascension ou la chute de la pression atmosphérique se suivant à de courts intervalles en rapport avec la courbe du début du travail peuvent coïncider des ondes simples remplissant le même intervalle de temps.

Ce résultat semble confirmer que le « travail » et l' « état atmosphérique » sont dépendants l'un de l'autre ; toute accumulation du début des contractions du travail suit immédiatement ou peu après une élévation de la pression atmosphérique, tandis que toute chute de la pression atmosphérique compte avec elle un arrêt complet du début des contractions.

Il existe une relation particulière des processus vitaux avec la température. De même le « retard » dans les changements de direction des courbes biologiques par rapport à l'évolution de la pression atmosphérique, peut s'expliquer par la seule marche

(1) Salmon et Audier. — Thrombo-phlébite de la veine sous-clavière révélée par l'effort. (Société de chirurgie, Marseille, 1935.)

de la température. Celle-ci ne doit pas être simplement interprétée comme une manifestation atmosphérique, mais, comme un fait de premier plan dans l'influence exercée par les processus météréologiques sur l'organisme.

C'est ainsi que l'auteur analysant les rapports du temps et de la fréquence des accouchements trouve d'après les statistiques de Berlin que, depuis le 21 février au 31 mai 1914, il y eut dans cette capitale 11.261 accouchements ; ceux-ci étaient irrégulièrement répartis. Ainsi, il y avait des groupes de jours avec un nombre anormalement élevé de naissances, interrompus par des groupes de jours où le nombre de naissances s'abaissait au-dessous de la moyenne. Cette alternance de la fréquence des naissances se produisait suivant le rythme des alternances atmosphériques. Les sommets de la courbe des accouchements suivaient l'acmé de la pression atmosphérique, le degré de retard se guidait d'après les relations de la température. La position générale de la température est déterminante de la tendance générale de la courbe des accouchements ; la durée du mouvement de la température influence l'étendue de la durée du déplacement par rapport à la courbe de la pression atmosphérique. A toute élévation de pression atmosphérique associée à une chute de température correspondent des « contractions du travail » ; avec une température croissante dans la transition aux temps d'été, ces contractions deviennent toujours plus tardives, pour de nouveau revenir au rythme précédent avec le début d'une nouvelle saison d'intempéries. Tandis que les saisons de transition donnent un tableau des plus mélangés. L'auteur conclut que les accouchements les plus fréquents font suite à des irruptions d'air froid. A tout changement de la masse atmosphérique de même sens, toute onde dans la manifestation atmosphérique, comporte avec elle une fluctuation du travail.

En résumé, la courbe de naissance suit l'évolution de la pression atmosphérique avec un certain retard déterminable de l'évolution de la température et la courbe de la mortalité suit d'une manière analogue la courbe de la température. (JACOBS Fr. Wetter und Wehen. Etat atmosphérique et travail obstétrical. *Archiv für Gynakologie*, 18 avril 1935, t. 159, f. 2, pp. 226-255.)

La teneur en fibrinogène dans le sang de l'enfant au moment de la naissance, est faible (valeur moyenne 1,4 pour mille), mais elle s'élève ensuite très rapidement chez les enfants bien portants en sorte qu'au bout d'une semaine, elle dépasse déjà 2 ‰. Cet accroissement de la teneur en fibrinogène dans les jours qui suivent immédiatement la naissance ne peut être due exclusivement à la perte en eau, car la teneur du sérum en albumine reste stationnaire et on peut en déduire que la teneur en eau l'est également.

Chez les enfants malades que NAESLUND a eu l'occasion d'examiner et, particulièrement, chez ceux qui ont une tendance aux hémorragies, il semble que cet accroissement du fibrinogène dans le sang fasse défaut, en sorte que les valeurs du fibrinogène est généralement plus faible chez les enfants sains du même âge. Le pouvoir de coagulation est aussi fortement diminué chez ces enfants. Cette faible teneur en fibrinogène et cette réduction du pouvoir coagulateur du sang chez les enfants atteints d'hémophilie passagère des nouveau-nés joue probablement un rôle dans l'apparition de la maladie, en admettant même que d'autres facteurs tels que les modifications dans la teneur du sang en calcium, en fluorure ou dans l'équilibre acide-base jouent un certain rôle. Après transfusion, on a constaté une augmentation de la teneur en fibrinogène et du pouvoir coaguleur du sang et, peut-être, doit-on chercher là la cause des bons effets de la transfusion chez les enfants qui ont tendance aux hémorragies. (John NAESLUND. Untersuchungen über den Fibrinogengehalt des Blutes bei Neugeborenen unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei Hæmophilis neonatorum temporaria. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1934, vol. XIV, fasc. 2, p. 143.)

L'acide citrique du sang. — Il a été cliniquement constaté que, dans les transfusions de sang citraté pris chez la mère au nouveau-né atteint de melæna neonatorum temporaria, l'effet thérapeutique est moins bon avec deux centimètres cubes de citrate de soude à 2 % qu'avec deux centimètres cubes d'une solution à 10 %. Cette constatation a donné à penser à LENNER. Il fait remarquer que le moment de l'apparition de la maladie chez l'enfant coïncidant avec l'époque où il y a une élévation marquée de la teneur en acide citrique dans le lait maternel et il suppose l'existence d'un rapport entre l'affection et la teneur du sang en acide citrique : les avantages que présente l'addition de citrate de soude dans les transfusions ne seraient donc pas d'ordre exclusivement technique. D'ailleurs, la bibliographie montre qu'un certain nombre d'auteurs ont rejeté les bons effets des injections intraveineuses de citrate seul sur le pouvoir coagulant du sang. LENNER a eu, lui-même, l'occasion de constater qu'il existe chez les enfants atteints d'hémophilie un affaiblissement du pouvoir coagulant du sang et que la transfusion du sang citraté améliore ce pouvoir.

Dans ces conditions, il a étudié sous quelle forme l'acide citrique se trouve dans l'organisme humain et, plus particulièrement, au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période puerpérale. Ces recherches ont surtout porté sur le sang, sérum et plasma, mais elles ont été également étendues à divers autres liquides organiques et, notamment, aux eaux de l'amnios, au lait maternel ainsi qu'aux urines de l'enfant et de la mère pendant la période qui suit immédiatement l'accouchement.

Les déterminations de la teneur du sang en acide citrique chez le nouveau-né feront l'objet de publications ultérieures et la présente étude a surtout été consacrée à la teneur du sang en acide citrique chez la mère à l'état de santé. On a dosé l'acide citrique par la méthode de THUNBERG. Grâce à une modification de cette méthode, dont l'auteur donne la description, l'erreur moyenne des valeurs obtenues s'est élevée à ± 0,52 microgrammes par centimètre cube de liquide examiné, soit environ 2,5 %.

On a retrouvé de l'acide citrique dans tous les liquides organiques soumis à la méthode de THUNBERG ; il s'en trouve également dans les fèces. Chaque individu à un taux propre d'acide citrique dans le sérum. Ce coefficient varie sous l'influence des maladies ou de la gestation. Les différentes périodes du cycle menstruel peuvent également influer dans certains cas sur la teneur de l'acide citrique. Le sang artériel est un peu plus riche en acide citrique que le sang veineux. Le sang menstruel de la femme renferme la même quantité d'acide citrique que son sang intravasculaire. Les constatations de SCHERSTEN sur la diminution de la teneur du sang en acide citrique après les opérations et sur les faibles valeurs que l'on note dans les thromboses ont reçu confirmation.

L'injection directe dans le sang ou l'ingestion *per os* d'acide citrique ou de citrates augmente chez l'homme la teneur du sang en acide citrique. Une acidose artificielle produite par l'ingestion de chlorure d'ammonium abaisse chez l'homme la teneur en acide citrique, tandis que l'alcalinisation par le bicarbonate de soude l'augmente. L'augmentation observée s'est maintenue pendant une période atteignant largement vingt-quatre heures.

L'auteur a étudié l'action de certains autres produits.

La teneur en acide citrique du sérum chez les femmes gravides ne paraît que faiblement diminuée. Cette diminution semble se produire dès le troisième mois de la grossesse. On n'a constaté aucune différence entre la teneur du sérum en acide citrique que les mères soient jeunes ou âgées primipares ou multipares.

Immédiatement avant le début du travail, il se produit une augmentation notable chez la mère de la teneur du sang en acide citrique. Celle-ci reste stationnaire ou s'élève légèrement pendant l'accouchement et les heures qui suivent. Au bout d'environ six heures, elle baisse et atteint dans un délai d'au plus quatre jours, un minimum qui se maintient jusqu'au onzième jour. Après quoi, on constate une élévation lente qui la ramène dans un délai d'environ trois semaines à un mois après l'accouchement à la valeur normale chez les femmes non gravides. Le sang rétroplacentaire est riche en acide citrique.

On n'a constaté aucune influence sur la teneur du sérum en acide citrique, ni de la force des douleurs, ni de la durée de l'accouchement, ni du volume de l'enfant. Par contre, on ne saurait exclure un certain rapport entre l'abondance de l'hémorragie de la délivrance et la teneur du sang maternel en acide citrique.

L'établissement d'un minimum dans la teneur du sang en acide citrique chez la nouvelle accouchée pendant les deuxième, troisième ou quatrième jours qui suivent l'accouchement donne une explication plausible du peu d'effet que donne la transfusion de sang maternel à l'enfant malade pendant la période envisagée.

La teneur en acide citrique du sang veineux maternel et dans le sang artériel et veineux du cordon baisse dans l'ordre indiqué. Une teneur élevée dans l'un de ces sangs entraîne l'élévation dans les deux autres et vice versa.

L'acide citrique passe à travers le placenta ; toutefois ce passage est plus lent que celui du glucose ou de l'alcool éthylique. Les troubles déterminés dans la teneur de la mère et du fœtus par une surcharge citrique se maintiennent largement pendant vingt-quatre heures.

Les eaux de l'amnios renferment en moyenne 40 microgrammes d'acide citrique par centimètre cube.

Le colostrum maternel renferme de l'acide citrique ; on cons-

tate dans les deuxième, troisième et quatrième jours qui suivent l'accouchement une augmentation de l'acide citrique dans le lait maternel pouvant atteindre dix ou vingt fois la valeur normale du colostrum. Cette augmentation coïncide à peu près avec l'abaissement de la teneur citrique du sérum maternel. Dans la première semaine, l'enfant absorbe par le lait de 150 à 350 milligr. d'acide citrique par vingt-quatre heures.

Pendant les premiers jours de la période puerpérale, il semble qu'il y ait diminution de l'acide citrique excrétée par l'urine. L'urine du nouveau-né renferme de l'acide citrique. (ANDERS LENNER. Ueber Zitronensäurebestimmungen und das Vorkommen der Zitronen säure im Menschlichenkörper. Librairie HAKAN OHLSSONS à Lund, 1934.)

Pathologie antinatale. — H.-M. TAYLOR attribue certains cas de surdité mal explicables à ce que la mère a ingéré pendant sa grossesse, certains médicaments toxiques pour le nerf acoustique. Les méfaits peuvent ne s'en faire sentir que tardivement, à deux ou trois ans. La quinine, administrée lors de l'accouchement, pourrait bien être à l'origine de l'accouchement, car elle a une affinité toute spéciale pour le nerf optique. (*Archives of otolaryngology*, 1934, t. XX, p. 790.)

Fibrome et grossesse. — JUAN (Léon) (1) vient de publier une observation fort intéressante de fibrome nécrosé éliminé dans les suites d'un avortement :

Une Argentine de 32 ans, primipare, fait une fausse couche d'un embryon macéré de six mois ; l'arrière-faix n'a pas suivi et, comme il n'y a pas de perte de sang, on se résout à l'attente ; trois heures après on prescrit dix unités d'hypophysine et, comme sept heures après l'avortement, la situation est inchangée, on se décide à intervenir, non par hystérectomie chez cette primipare, mais par extraction manuelle, sous chloroforme. Seulement, deux doigts peuvent être amenés au contact du placenta inséré au fond de l'utérus et c'est avec une pince à faux germes que l'on arrive à avoir, sans déchirure, l'ensemble des membranes. Durant plusieurs semaines, la température oscille autour de la normale et son point d'acmé ne la dépasse pas de plus d'un degré et demi ; le pouls va de 110 à 118 pulsations : les lochies sanguinolentes renferment parfois des fragments de myome nécrosé du volume d'une amende à celui d'un œuf de canard. Enfin au cours du huitième septenaire, une petite traction à l'aide d'une pince, aidée d'une légère expression utérine, extrait du vagin un myome piriforme long d'environ dix centimètres et large de quatre dans sa portion la plus grosse.

L'état général de la patiente, revue au bout d'un mois et demi, est

L'examen histologique du placenta se résume ainsi : « petits infractus anémiques en voie de calcification et quelques villosités choriales également calcifiées » ; celui de la pièce : « fibromyome sphacélé et infecté superficiellement ».

La relation de cet intéressant fait clinique est l'objet de judicieuses considérations sur l'influence causale des myomes sur l'avortement ; des lésions de dégénérescence du placenta ; le manque ou la faiblesse des contractions utérines cause de la rétention du délivre quel que soit son point d'implantation ; la conduite à tenir en pareil cas : délivrance artificielle, hystérectomie, administration d'ocytociques, diagnostic d'une nécrose avec infection microbienne ou suppuration simple, thérapie.

Le nerf présacré a été l'objet de travaux anatomiques divers en France et sa résection a donné de beaux succès thérapeutiques à G. COTTE. D'après A.-A. DAVIS (2), il est, de façon exceptionnelle, strictement présacré et il se présente, exceptionnellement, sous la forme d'un nerf unique. L'étude microscopique montre qu'il est formé de rameaux sympathiques et de petits amas ganglionnaires.

L'auteur étudie sa fonction motrice : s'agit-il d'un nerf moteur, ou d'un nerf inhibiteur ? Il a eu l'occasion d'observer pendant un accouchement une femme qui avait eu une résection du nerf présacré ; malgré que ce fut une primipare âgée, le travail fut très rapide ; il relève également que, dans les suites opératoires, la vessie et le rectum s'évacuent facilement. Aussi, en réaction contre la tendance actuelle qui révoque en doute, la théorie du sympathique inhibiteur et du nerf pelvien excito-moteur, il est disposé à considérer le présacré comme un inhibiteur. Accessoirement, il cite l'observation de trois de ses opérées qui, constipées jusqu'à l'opération, ont eu après un bon fonctionnement intestinal.

En ce qui concerne l'effet vaso-moteur, la résection du nerf présacré se manifeste comme augmentant la façon presque constante la durée et la quantité de la menstruation jusqu'à déterminer des monorrhagies. D. note que, un ou deux jours après l'opération, il se produit un écoulement ayant les caractères d'une période menstruelle ; mais ceci ne modifie pas le rythme menstruel ; car la période suivante vient au moment où elle aurait dû venir s'il n'y avait eu ni opération, ni hémorragie intercalaire. Le nerf présacré intervient dans le fonctionnement des glandes superficielles et profondes et dans la nutrition des organes génitaux externes. Sa résection n'agit pas à proprement parler sur la sensibilité ; mais la modifie indirectement par son action vaso-motrice.

Il est difficile de décrire une pathologie du nerf présacré ; car nous n'avons pas de critère qui permette de dire quel est son fonctionnement normal.

Dans l'ensemble, l'opération que D. a utilisée dans un grand nombre des cas indiqués par les autres auteurs ne lui a donné que cinquante pour cent de succès, ce qui l'a amené à admettre des indications relativement limitées : névralgies pelviennes incoercibles, dysménorrhée spasmodique, cystalgie et rectalgie ; enfin on pourra l'employer, à titre accessoire, dans certaines autres opérations pelviennes où la douleur est accentuée et dans certains cas de prurit après échec des autres traitements.

Henri VIGNES.

(1) Léon JUAN. — Expulsion spontanée par le vagin d'un fibrome nécrosé au cours du puerpérum. Eliminacion espontanea por via vaginal d un fibroma necrobiotico en una puerpera. *Bulletin de la Sociedad de ... y Ginecologia de Buenos Aires*, tome XIII, n° 15, décembre

(2) Albert A. DAVIS. — The presacral nerve, its anatomy, physiology, pathology and surgery (nerf présacré). Le nerf présacré : anatomie, physiologie, pathologie et chirurgie. *The British Medical Journal*, 7 juillet 1934, n° 3835, p. 1.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Il existe cinq zones d'endémie typhique : trois intérieures et deux littorales.

Les trois zones intérieures comprennent :

1° Une zone est : Meuse, Meurthe-et-Moselle, Haute-Marne ;
2° Une zone sud : Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées ;
3° Une zone parisienne : Seine.

Les deux zones littorales sont autrement importantes :

4° Une zone ouest : Bretagne, Vendée, Aunis, Saintonge et partiellement la Guyenne.
5° Une zone sud : Roussillon, partie du Languedoc et Provence. C'est la zone la plus touchée.

Les causes générales des endémies typhiques se ramènent à l'ingestion de bacilles avec les aliments ordinaires : eau, lait cru, beurre, fromages frais, legumes ingérés sans cuisson, « fruits de la mer ».

Dans le groupe est le sol fissuré des calcaires est une cause de contamination des eaux par les infiltrations ; l'adduction d'eau épurée dans cette région a fait disparaître les petites épidémies urbaines. Les Hautes-Pyrénées, la Haute-Garonne, la Seine, comptent aussi des cas d'origine hydrique.

L'étiologie à partir du lait et de ses succédanés ne peut être invoquée pour justifier les chiffres exceptionnels de mortalité pour les zones littorales. La même remarque s'impose pour les légumes et les fruits crus.

Le fond de la question est dans les « fruits de la mer », qui sont consommés très fréquemment à l'état cru ; on range sous le nom de coquillages : les huîtres, les moules, les clovisses, les palourdes, les praires, les coques, les violets, les oursins, les patelles, etc...

Ces coquillages ne sont vecteurs de germes typhiques dangereux qu'autant qu'ils sont consommés crus ; leur consommation est très abondante sur les lieux de production et dimi-

nue sensiblement vers l'intérieur, sauf pour quelques grandes villes comme Lyon et Paris.

Les Services d'hygiène, l'Office des pêches, les producteurs de mollusques ont si bien senti que ces produits étaient l'origine d'un grand nombre de cas de fièvre typhoïde qu'ils ont demandé et obtenu une réglementation speciale pour certaines catégories.

Il faut avouer que les mesures de protection sont plus ou moins efficaces et que, souvent même, elles n'existent pas.

La surveillance des huîtres, réglée par le décret du 31 juillet 1923, laisse place à la fraude ; il est nettement insuffisant. Les moules viennent admirablement dans les eaux littorales les plus souillées et souvent les éleveurs préfèrent élever de grasses moules dans des eaux immondes et infecter la population, plutôt que d'obtenir des moules moyennes dans une eau propre. Le moins qu'on puisse dire des autres coquillages, c'est qu'ils sont bactériologiquement très souillés, tant en colibacilles qu'en autres germes, au moins autant qu'ils sont consommés crus.

Une autre question se pose :

« Il s'agit de savoir si la conservation des zones de culture ou de ramassage des coquillages, qui fait vivre une population maritime restreinte, exige la mort de quelques milliers d'individus. S'il s'agissait de viandes malsaines (je ne dis pas avariées) ou non contrôlées, les fauteurs seraient traduits en correctionnelle et sévèrement punis. Lorsqu'il s'agit de coquillages autres que les huîtres, la vente est licite quelle que soit la nocivité du produit. »

Les mesures de protection sont des choses difficiles à obtenir et « les résistances seront d'ordre politique ou plutôt électoral, ce qui est très différent ; mais il me semble que ceux qui parlent en faveur des producteurs vivants peuvent être mis en face des représentants des consommateurs morts. Bien que ces derniers ne votent plus, ils ont au moins voix consultative ».

(G. Dubreuil. L'endémie typhique du littoral français. *Archives médico-chirurgicales de Normandie,* août 1935.)

Circulation

« **Nul n'ignore à quel point le pronostic de certaines cardiopathies** est incertain et décevant; bien souvent, en effet, des symptômes sans gravité apparente cachent l'existence d'une profonde atteinte du myocarde et la mort subite intervient alors qu'on s'abandonnait aux meilleurs espoirs sur l'évolution de la maladie. Depuis quelques années, cependant, nous avons à notre disposition un moyen d'investigation capable de nous fournir d'importantes données sur l'état du myocarde : nous voulons parler de l'électrocardiographe. »

Il s'agit d'une femme de 72 ans, qui a été admise à l'hôpital italien le 16 février 1935.

Elle se plaignait de dyspnée d'effort, de palpitations et de sensation de pesanteur à l'hypochondre droit.

A l'examen on se trouvait en présence d'une femme un peu cyanosée qu'une légère dyspnée n'empêchait pas de rester allongée dans son lit. La matité cardiaque était augmentée aussi bien à gauche qu'à droite où elle débordait le sternum d'un centimètre environ ; les bruits, en arythmie complète, étaient sourds et lointains et on ne retrouvait qu'un souffle systolique intermittent et variable sur le foyer aortique. Le pouls complètement irrégulier, battait à 70 à la minute et la tension artérielle était de 18-7 au Vaquez-Laubry. Par ailleurs il existait de rares crépitants et sous-crépitants aux bases pulmonaires ; le foie, non douloureux à la palpation, dépassait le rebord costal de quatre travers de doigt ; la rate et l'abdomen étaient normaux. Il n'existait pas de signes d'épanchements cavitaires ni d'œdèmes périphériques. Les urines, que la malade affirmait émettre en petite quantité, contenaient 0,25 %. d'albumine et ne présentaient pas d'autres éléments anormaux.

La malade présentait donc le cadre clinique d'une insuffisance cardiaque de moyenne gravité : l'absence d'œdèmes périphériques, d'épanchements cavitaires, de tachycardie et d'une forte dyspnée permettait de prévoir une évolution relativement favorable, bien différente, en tout cas, de celle qui devait se vérifier quelques heures plus tard.

L'examen clinique ayant été fait dans la matinée, on prend un sphygmogramme et un électrogramme combinés à 16 heures. Une demi-heure après la malade était morte : mort subite, sans un cri, sans un geste.

L'analyse du tracé a pu objectiver la profonde atteinte du myocarde ; ce qui frappe le plus, c'est l'extrême atypie et le polymorphisme du tracé électrique dont il n'existe pas deux lambeaux superposables ; c'est l'état d'anarchie ventriculaire.

La constatation de ces altérations entraîne un pronostic fatal à brève échéance : tous les malades qui les présentaient sont morts dans l'espace maximum d'un an ; la mort, généralement subite, survient par fibrillation ventriculaire.

Ce cas souligne bien la disproportion pouvant exister entre l'état apparent et l'état réel d'un cardiaque et l'importance de l'électrocardiographie dans le pronostic des cardiopathies.

(A. Calo. A propos d'un cas de mort subite chez un cardiaque. Altérations électro-cardiographiques terminales. Anarchie ventriculaire. *Tunisie Médicale,* juin 1935.)

Appareil digestif

Les colites ulcéreuses chroniques représentent une question d'actualité. En l'état actuel des faits elles ne peuvent être considérées comme une entité morbide ; il s'agit plutôt d'un syndrome anatomo-clinique relevant de causes variées intervenant par un mécanisme complexe.

Le nombre des colites d'étiologie connue va en augmentant au fur et à mesure que les recherches se poursuivent ; le plus souvent il s'agit d'un agent spécifique, parasitaire ou microbien.

Parmi les parasites l'amibe dysentérique est le plus fréquemment à incriminer ; le rôle des lamblias, trichomonas, spirochètes est plus discutable ; plus rarement encore on a pu mettre en cause les infusoires ou les trematodes.

Il existe des formes de dysenterie bacillaire à évolution chronique dont les caractères anatomo cliniques sont ceux des colites ulcéreuses : à la vérité ce sont des formes rares ; toutefois il convient de remarquer que cette rareté peut tenir aux difficultés d'identification.

En ce qui concerne les colites ulcéreuses tuberculeuses, souvent méconnues, leur réalité n'est pas discutable ; elles sont habituellement secondaires à une tuberculose pulmonaire.

La syphilis jouerait un rôle plus important qu'on ne l'admet généralement dans l'étiologie des colites ulcéreuses.

Dans le groupe des colites ulcéreuses chroniques d'étiologie indéterminée doivent être réunis tous les faits qui ne peuvent entrer dans l'une quelconque des catégories précédentes, ni la clinique ni le laboratoire ne permettent d'invoquer aucune cause précise et indiscutable ; il s'agit le plus souvent de formes graves, rebelles aux traitements médicaux et chirurgicaux.

(A. Cade et M. Milhaud. Les colites ulcéreuses chroniques. *Journal de médecine de Lyon,* 20 août 1935.)

Pathologie coloniale

L'échinococcose ne paraît pas avoir au Maroc l'importance qu'on lui accorde en Tunisie et en Amérique du Sud ; elle est restée une maladie rare et presque une curiosité.

Les auteurs, dont l'un est médecin de la Garde Noire du Sultan depuis quinze ans, ont réussi à fixer les points suivants :

1° Il existe deux foyers principaux d'échinococcose : la vallée de l'Ouergha et la région de Fès d'une part, le territoire de la Chaouïa et Casablanca ; ce sont des régions fertiles, peuplées et convenant à l'élevage du bétail.

2° Les femmes paient à la maladie un plus lourd tribut que les hommes et l'on peut fixer les pourcentages suivants :

Femmes	56,40 %
Hommes	37,50 %
Enfants	6,10 %

3° Les localisations anormales sont ici plus fréquentes que dans les autres pays ; il n'est pas rare de constater la présence de kystes des muscles, des loges glandulaires (maxillaire, parotide), de la loge rénale, de l'arrière-cavité des épiploons, du mésentère ou de l'orbite sans trouver chez le même sujet de kystes localisés au foie ou au poumon, qui sont considérés comme localisations normales et souvent initiales.

4° La répartition géographique de l'échinococcose correspond à l'infestation du bétail ; l'animal le plus parasité est le bœuf (45 %).

5° Il est étonnant de constater, avec le nombre considérable de chiens qui se nourrissent de tous débris et en particulier des déchets souvent contaminés des abattoirs en plein vent des souks, une morbidité si restreinte des indigènes qui vivent à leur contact.

(Martin et Arnaud. Epidémiologie de la « maladie hydatique » au Maroc. *Maroc Médical*, 15 août 1935.)

Partout en Afrique occidentale française, à l'heure actuelle, s'exprime un avis unanime en faveur de la vaccination contre la fièvre jaune.

C'est sur des milliers de vaccinations que le procédé peut se juger. La méthode a fourni la preuve de son innocuité ; son efficacité, démontrée déjà par les expériences sur les singes, vérifiée sur les hommes par les analyses du sang, s'affirme de jour en jour dans la pratique ; tous les cas de fièvre jaune signalés en Afrique occidentale française dans ces derniers mois ont été observés chez des non-vaccinés ; la maladie a éclaté sous la forme épidémique en Gambie, toujours chez des non-vaccinés.

(J. Laigret. La vaccination contre la fièvre jaune. *Tunisie médicale*, juin 1935.)

Chirurgie

La question du traitement des fistules vésico-vaginales est relativement peu connue.

La multiplicité des techniques opératoires prouve la difficulté de la réussite ; s'il y avait une technique sûre et radicale, les autres seraient denuées d'intérêt.

Il n'y a pas de technique, il n'y a que des cas d'espèce.

Les fistules basses, petites, d'accès facile sont justiciables de procédés simples, avivement, dédoublement, suture ; ces interventions réussiront, si la préparation de la malade a été bien conduite si les autres sutures sont faites avec un soin minutieux, si l'on a employé du fil résorbable pour la vessie ; pour ce qui est de la paroi vaginale le fil d'argent est de beaucoup le plus indiqué.

Pour les cas rebelles qui auront donné lieu à des échecs ou pour les cas haut situés, d'abord difficile, les interventions par voie abdominale sont délicates sans doute, mais donnent un pourcentage de succès incontestable.

(G. Perdu. A propos du traitement des fistules vésico-vaginales. *Gazette médicale de Picardie*, mai 1935.)

Le volvulus pur de l'épiploon est relativement rare.

Une observation de l'auteur confirme l'opinion que la préexistence d'une épiploïte n'est pas nécessaire à la production d'un volvulus ; les constatations opératoires n'ont relevé aucune inflammation abdominale et l'examen histologique n'a décélé aucune inflammation leucocytaire, aucune lésion d'épiploïte aiguë ni chronique.

La plupart du temps le diagnostic porté sera celui d'appendicite aiguë, la torsion siégeant le plus souvent à droite et c'est fort heureux, car l'intervention d'urgence sera pratiquée et permettra de découvrir la lésion et de la traiter par l'exérèse.

(J. Poulain. Torsion de l'épiploon. *Gazette médicale de Picardie*, mai 1935.)

Petite chirurgie

Ponction lombaire ou ponction sous occipitale ? Ces deux méthodes tendent à diviser depuis quelque temps neurologues et syphiligraphes.

Les avantages de la ponction haute sont nombreux : c'est d'abord son indolence absolue ; il n'y a ni courbature, ni rachialgie, ni vertiges ; c'est ensuite sa grande facilité quand ou est habitué à la pratiquer.

Il y a des accidents graves et même des cas de mort signalés mais il y a aussi des séries impressionnantes de 300, 500, 1.000 et même 1.200 ponctions effectuées sans le moindre incident.

Quel sera dans l'avenir l'intérêt pour le praticien de la ponction sous-occipitale ? Il est certain qu'elle s'impose actuellement pour le traitement des nombreuses méningites cérébro-spinales cloisonnées ; il semble aussi qu'il n'est pas sans intérêt de pratiquer chez certains syphilitiques des ponctions étagées permettant de trouver une lésion, localisée en un point des espaces sous-arachnoïdiens.

(D. Denéchau. La ponction de l'espace sous-arachnoïdien par voie sous-occipitale. *Archives médicales d'Angers*, août 1935.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

Un problème de diagnostic intéressant est rapporté par M. Langlois et E. Morin ; il s'agit de distinguer une poliomyélite aiguë grave d'emblée d'une pneumopathie aiguë à début méningé.

Les faits cliniques sont dominés par deux phénomènes distincts dans leur modalité, leur localisation et leur apparition ; on a d'une part le début méningé, d'autre part l'épanchement séro-fibrineux ; au lieu de les associer et de faire du second la cause du premier, on les a dissociés pour arriver aux conclusions suivantes : il s'est agi d'une poliomyélite aiguë, à forme méningo-encéphalitique diffuse et compliquée d'un épanchement séro-fibrineux d'origine sérique.

(M. Langlois et E. Morin. Pleurésie séro-fibrineuse d'origine sérique au cours d'une poliomyélite. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, avril 1935.)

Le diagnostic différentiel entre les tumeurs cérébrales et les encéphalites présente souvent des difficultés notables ; les tumeurs affectant le domaine encéphalique peuvent, sans provoquer de symptômes généraux d'hypertension cérébrale, créer un syndrome de Parkinson et des tableaux cliniques simulant l'encéphalite léthargique :

Dans cinq cas on se crut en présence d'encéphalite ; on diagnostiqua à l'autopsie :

1° Gliomes du lobe temporal et de la protubérance annulaire ;

2° Fibrome, du volume d'une mandarine, comprimant le corps calleux, le pont de Varole et les tubercules quadrijumeaux ;

3° Gliome du lobe frontal droit ;

4° Psammome, ayant son origine dans la région de l'hypophyse et intéressant le pédoncule cérébral droit ;

5° Gliome de l'hémisphère droit.

(Sten Eckerstrom. Quelques cas intéressants de tumeur cérébrale au point de vue différentiel. *Acta medica Scandinavica*, 6 mai 1935.)

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes en tuberculose chirurgicale ; il est utile de le rappeler de temps en temps.

On trouve jusqu'à 20 % de faux diagnostics de tuberculose pour la colonne vertébrale, la hanche et le genou.

Le mal de Pott a une gibbosité antéro-postérieure avec douleurs, alors que la scoliose est peu douloureuse et présente une ligne d'apophyses épineuses déviée.

Une ostéochondrite peut simuler une coxalgie.

Pour le genou, le rhumatisme peut faire hésiter au début.

(Blankoff. Quelques erreurs de diagnostic en matière de tuberculose chirurgicale. *Scalpel*, 2 mars 1935.)

Médecine interne

La rougeole se place, en Roumanie, au premier rang des maladies infectieuses : 120.000 cas en 1934.

Les auteurs ont suivi de près une épidémie de rougeole, qui a sévi au village d'Osoi (1.900 habitants) d'octobre 1933 à février 1934. Il y eut 127 cas, dont 116 chez des moins de 10 ans ; la source d'infection presque constante fut l'écolier ; le facteur favorisant fut la promiscuité (cinq personnes par chambre). Dans 50 % des cas il y eut de graves complications broncho-pulmonaires.

L'isolement est superflu en principe, mais cependant indiqué dans les milieux ruraux, pour parer aux complications ; il conviendrait de créer des infirmeries rurales, en transformant surtout les hôpitaux actuels, denués de toute activité, parce qu'ils sont rudimentairement installés et outillés.

(Al. Slatineanu, I. Alexa et I. Rugina. Rugeola in mediul rural. *Revista de igiena sociala*, mai 1935.)

La classification des rhumatismes chroniques, due à

P. Escudero, professeur de clinique médicale à Buenos-Ayres semble des plus pratiques.

Il y a trois diagnostics successifs à faire :

1° Le diagnostic anatomo-pathologique : arthrite ou arthrose ?

L'arthrite est une arthropathie médicale de nature inflammatoire.

L'arthrose est une arthropathie dystrophique, de caractère dégénératif, non inflammatoire.

2° Le diagnostic anatomo-radiologique se fait pour l'arthrite entre la synovite, l'arthrite et l'osteo-arthrite, pour l'arthrose entre l'arthrose et l'ostéo-arthrose.

3° Le diagnostic étiologique choisira entre les facteurs infectieux ou toxique pour l'arthrite, atrophique ou endocrinien pour l'arthrose.

Ces directives générales permettent d'orienter le diagnostic.

(Luiz Gravano. A classificacao Escudero das artropatias cronicas medicas e sua aplicacao ao diagnostico. *O Hospital*, avril 1935.)

La polynévrite tuberculeuse est-elle une entité ou une simple association de phenomènes bacillaires et nerveux ? La question est très discutée et discutable pour diverses raisons, dont la principale est la différenciation difficile des différents processus, qui sont capables d'être confondus avec la vraie polynévrite ; trois observations, prises dans le service de l'Hôpital universitaire du Professeur Ortega sont la première évidente, la seconde manifeste et la troisième discutable.

Bien que la polynévrite tuberculeuse ne diffère guère de la forme toxique classique, elle présente certains symptômes que l'on considère comme caractéristiques : exaltation des réflexes rotuliens, hyperréflectivité idio-musculaire, myo-œdème, durcissement des masses musculaires.

(Carlos F. Cardenas, en collaboration avec F.-J. Menendez, E. Soto Pradera, S. Orret et A.-M. Abril. Polineuritis tuberculosa. *Archivos de medicina interna*, 1935, vol. 1, n° 1.)

La syphilis pulmonaire peut se présenter sous la forme d'un syndrome asthmatiforme et même déclencher de l'asthme véritable par un processus d'adénopathie trachéo-bronchique ou de sclérose broncho-pulmonaire. Il est donc nécessaire de rechercher, chez tout asthmatique, s'il n'existe pas une syphilis latente.

Le traitement spécifique donnera, dans les cas à étiologie syphilitique, des résultats brillants et d'autant plus brillants qu'il aura été plus précoce ; il ne faudrait pas croire cependant que le succès est certain, car les lésions des voies respiratoires sont parfois trop anciennes pour céder au traitement le plus énergique et le mieux conduit.

(C. Patino Mayer et Antonio Vazquez. Sifilis pulmonar asmatiforme. *Revista medica latino-americana*, février 1935.)

Neurologie

Divers états pathologiques qu'on englobe dans le terme de méningite séreuse ne sont nullement des méningites ; ils sont déterminés par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Un premier type d'hypertension cérébrale se caractérise par le tableau clinique d'une tumeur cérébrale sans signes de localisation ; il s'agit d'une simple accumulation de liquide, qui résulte d'un trouble dans le domaine du nerf sympathique.

Un second type présente le caractère de l'hémisyndrome ; il s'observe chez des migraineux qui, au cours d'un accès habituel font une hémiplégie transitoire.

Un troisième type simule un état méningé passager sans base toxi-infectieuse appréciable.

(L. Papadato. Syndromes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. *Acta medica scandinavica*, 30 mars 1935.)

Pédiatrie

Les syndromes d'insuffisance thyroïdienne se rencontrent fréquemment en pathologie infantile ; ils peuvent se classer en deux groupes :

Le premier groupe comprend le myxœdème congénital ou précoce, le myxœdème tardif ou acquis, le mxyœdème endémique ou crétinisme.

Le second groupe comprend des formes cliniques multiples depuis le myxœdème fruste jusqu'aux simples retards de croissance aboutissant à l'infantilisme chez l'adolescent.

Quelle que soit la forme clinique, tout myxœdème doit être traité par l'opothérapie thyroïdienne. Dans le myxœdème congénital on obtient au début une amélioration certaine que l'on maintient sans l'accroître en continuant le traitement ; dans les formes frustes et plus particulièrement dans les myxœdèmes acquis les résultats sont meilleurs, mais parfois on doit instituer un traitement d'entretien indéfiniment prolongé.

(Fortier de la Broquerie. Myxœdème infantile. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, avril 1935.)

La mononucléose infectieuse est une affection fébrile aiguë atteignant surtout les enfants et les jeunes adultes, déterminant une tuméfaction de certains groupes ganglionnaires, souvent une augmentation de volume de la rate et caractérisée par une leucocytose, où les formes mononucléaires sont prédominantes et parfois presque exclusives.

On peut distinguer trois formes cliniques :

1° La forme ganglionnaire, ou fièvre ganglionnaire de Pfeiffer, est caractérisée par une fièvre assez élevée et une tuméfaction ganglionnaire aiguë

2° La variété pseudo-leucémique présente en outre une splénomégalie très manifeste.

3° L'angine à monocytes est caractérisée par l'inflammation du pharynx et des amygdales.

Au stade de début, alors que les symptômes généraux existent seuls, le diagnostic différentiel devra envisager surtout la grippe, la fièvre typhoïde et la rubéole.

Si l'inflammation des amygdales est intense, la confusion sera possible avec la diphtérie, l'angine de Vincent, la scarlatine et l'angine agranulocytaire.

Enfin l'association d'une splénomégalie et d'adénopathies multiples peut évoquer l'idée d'une leucémie ou d'une maladie de Hodkin.

(Paul Govaerts et G. Bray. La mononucléose infectieuse. Fièvre ganglionnaire. *Scalpel*, 1er juin 1935.)

Thérapeutique

L'or est le meilleur remède de certaines formes d'arthrites.

La technique employée consiste à donner de petites doses, par voie intramusculaire, à différents intervalles.

On débute par un centigramme de solganal ou d'oléo-sanocrysine ; on fait cinq centigrammes quatre jours plus tard, deux fois dix centigrammes à sept jours d'intervalle et enfin quatre fois vingt centigrammes. On laisse un mois de repos et on pratique une seconde et une troisième séries dans les mêmes conditions.

Une légère réaction (augmentation des douleurs, éruption, etc.) est plutôt favorable et ce n'est pas le moment de suspendre un traitement, qui doit le plus clair de ses succès à la persévérance avec laquelle on l'applique.

L'histidine a fait une brillante entrée dans l'arsenal thérapeutique, elle a trouvé un champ d'application déjà vaste.

Elle a une application importante dans les gastralgies et les ulcères gastriques et duodénaux et des indications mineures dans l'asthme, la migraine, la fièvre des foins, la douleur solaire, l'angor.

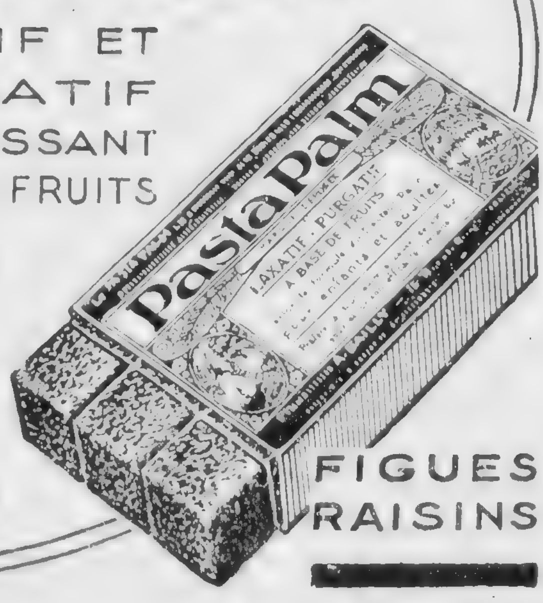
L'action cardio-vasculaire de l'histidine n'a pas été explorée systématiquement ; les recherches expérimentales des auteurs permettent d'affirmer qu'elle n'a aucun effet nocif sur le cœur de l'animal à sang chaud et que des accidents cardiaques ne sont pas à craindre chez l'homme, même si l'on administre de fortes doses, même si l'injection pénètre dans les vaisseaux.

(Ed. Frommel, A. Herschberg et A. Trottet. Histidine et système cardio-vasculaire. *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 mai 1935.)

Le bismuth a conquis rapidement une place très importante en syphilithérapie ; mais la trop grande généralisation de son emploi a conduit à négliger les autres agents tréponémicides.

Le mercure conserve des indications formelles.

Les arsenobenzènes ont fait leurs preuves ; leur maniement est délicat et la peur de la crise nitritoïde accompagne chaque injection intraveineuse ; ce sont des raisons, dictées par le


PastaPalm
LAXATIF . PURGATIF
A BASE DE FRUITS

souci du moindre effort et la crainte des accidents, qui ont fait la fortune du bismuth.

Il faut s'élever contre la généralisation abusive de la bismutothérapie et particulièrement contre l'emploi exclusif ou presque du bismuth dans le traitement d'attaque des syphilis récentes.

Le bismuth, employé seul, se montre nettement insuffisant et d'autant plus dangereux qu'il amène rapidement une séroréaction négative ; il maintient la vitalité du spirochète en veilleuse et donne une pseudo-guérison, se manifestant par un silence clinique et sérologique prononcé, puis par un réveil brusque de la syphilis.

Le tréponème, en tant que protozaire, s'accoutume assez rapidement à l'agent thérapeutique unique ; cette propriété va jusqu'à provoquer l'apparition de races héréditairement résistantes ; d'où la nécessité de recourir à des cures plurimédicamenteuses pour augmenter les chances de succès.

Les partisans des traitements mixtes ne sont pas d'accord sur la technique à employer ; les uns recommandent les cures simultanées, les autres les cures successives d'arsenic et de bismuth. Ces derniers prétendent se rendre mieux compte de l'efficacité — et même de l'intolérance — respective de chacun de ces agents.

Le traitement mixte conjugué est cependant le seul qui constitue une assurance contre l'arséno ou la bismutho-résistance et qui mette à l'abri des récidives cliniques ou sérologiques.

Voici le schéma du traitement employé par l'auteur depuis 19[illegible].

L'arsenic est injectée par voie veineuse. La dose initiale est de 0 gr. 30 de néosalvarsan : on donne deux jours après 0 gr. 45, trois jours après 0 gr. 60, quatre jours après 0 gr. 75 (maximum pour la femme), six jours après 0 gr. 90 (maximum pour l'homme) ; on conserve l'espace de six jours jusqu'à une dose totale de 5 à 6 grammes chez la femme et de 6 à 7 grammes chez l'homme, soit 0 gr. 10 par kilo.

Le bismuth est donné au cours de la même série en injections intramusculaires, sous forme de camphocarbonate en solution huileuse. La dose en une fois est de 0 gr. 08 de bismuth métal ; les intervalles sont réglés ainsi : au début une injection de bismuth en même temps qu'on pratique une injection arsenicale ; à partir de la dose de 0 gr. 75 d'arsenic, on pratique l'injection de bismuth entre deux injections d'arsenic.

La première série dura environ deux mois ; elle est suivie d'un repos de trois semaines ; pendant la deuxième semaine on prescrit un suppositoire contenant 0 gr. 04 d'Hg vif par jour.

On pratique une seconde, une troisième, etc., cures mixtes.

Dans les cas de syphilis primaire avec réaction humorale et surtout dans les cas de syphilis secondaire floride, on peut faire précéder le traitement de six injections de 0 gr. 01 de cyanure de mercure, à raison d'une par jour, pour atténuer la virulence du tréponème et réduire le risque des réactions.

(M. Graps. A propos de l'emploi abusif du bismuth dans le traitement de la syphilis récente. *Scalpel*, 25 mai 1935.)

Le salicylate de soude réussit dans les deux tiers des cas de rhumatisme, ce qui signifie qu'il fait faillite dans le dernier tiers.

L'antitoxine streptococcique a été utilisée dans 37 cas de rhumatisme aigu.

Dans les trois quarts 73 %, la guérison complète a été obtenue par l'injection intramusculaire d'une dose complète, c'est-à-dire de 60 c. c. donnés en deux doses égales à un intervalle de 36 heures.

Dans le quart, 27 %, une dose complète ne fut pas suffisante pour amener la guérison complète ; il y eut cependant une amélioration importante.

(John Eason. Treatement of acute rheumatism. *Edinburgh medical Journal*, juillet 1935.)

J. Lafont.

Comme le remarque W. Heubner, les spécalités devraient porter un nom qui indique, non pas leurs prétendues propriétés, mais uniquement leur composition. » (Docteur P. E. Morhardt. La crise de la thérapeutique. *La Vie Médicale*, 10 août 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1935

Fièvre typhoïde et coquillages. — *MM. A. Loir* et *H. Legangneux* (du Havre). — De l'ensemble de leurs enquêtes, les auteurs concluent que les coquillages recueillis dans des endroits non surveillés sont dangereux surtout lorsqu'ils sont consommés crus et même lorsque la cuisson n'a pas été assez longue pour porter tous les coquillages à une température susceptible de détruire le bacille d'Eberth.

La coque est toujours consommée crue ; il importe donc de bien connaître les points où elle est ramassée et être certain que les eaux ne sont pas souillées.

Dans les villes du littoral, les cas de typhoïde produits par l'ingestion des coquillages sont surtout dus aux coquillages ramassés par les familles et consommés dans ces mêmes familles.

Il importe donc surtout de déterminer les zones insalubres et d'interdire le ramassage dans ces zones.

Action de la pepsine sur le collagène et la globuline musculaire. — *M. I. Smorodinzew* et *A. Adova.* — 1° Les fibres collagènes préparées sont digérées par la pepsine à 1 p. 100, en vingt-quatre heures, deux fois plus mal que les fibres musculaires pures ;

2° Il n'existe pas de rapport direct entre la concentration de la pepsine et l'intensité de la digestion aussi bien des fibres musculaires que des fibres conjonctives ;

3° Plus une sorte donnée de viande (une partie du corps de l'animal) contient de collagène, moins elle est digérée par la pepsine ;

4° Des fibres musculaires préparées de l'animal adulte sont mieux digérées que celles du veau ;

5° Le degré de digestibilité de la viande par la pepsine peut servir de critérium pour déterminer sa teneur relative en tissus conjonctifs (qualité de la viande) ;

6° Pour caractériser la qualité de la viande, il est préférable d'employer une solution de pepsine faible (0,01 p. 100).

Carence maternelle et carence fœtale et infantile. — *M. Georges Mouriquand* (de Lyon).

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le dinitrophénol en thérapeutique

R. M. Salmon (*Presse Médicale*, 2 mars 1935, n° 18, p. 341). démontre d'abord la toxicité presque nulle du dinitrophénol 1, 2, 4. Les expériences de laboratoire prouvent qu'il faut des doses considérables du produit, non seulement pour entraîner la mort de l'animal, mais même pour provoquer de simples lésions du parenchyme hépatique ou rénal. Jonnard a du atteindre 10 fois la dose thérapeutique humaine pour déterminer des lésions apparentes chez le cobaye.

Les accidents mortels publiés dans la littérature médicale française et étrangère sont au nombre de deux, survenus en Amérique par suite d'erreurs extraordinaires de posologie. Un troisième cas, publié en Angleterre, est du au dinitrocrésol, beaucoup plus toxique que le dinitrophénol.

Quant aux incidents de cure (diarrhée, sueurs, éruptions surticarienne, etc.), ils sont rares et sans aucune gravité.

Persuadé du peu de toxicité du produit, l'auteur l'a utilisé chez l'homme, à la dose de 25 milligrammes par 10 kilogrammes de poids ; jamais il n'a eu le moindre accident.

Il a obtenu des résultats remarquables dans l'obésité : amaigrissement de 800 grammes en moyenne par semaine et de 10 kilogr. et plus, après traitement prolongé toujours très bien supporté.

Il a administré aux mêmes doses le dinitrophénol dans des cas de gastro-névroses avec anorexie : le pourcentage des guérisons a été de 65 %, celui des améliorations très notables de 20 %, celui des échecs n'a été que de 15 %. Cette nouvelle indication du dinitrophénol lui semble donc particulièrement intéressante.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Quelques conseils d'un praticien de province. — *Du Docteur Huguet dans le* CONCOURS MÉDICAL :

... Ces deux expériences de clientèle m'ont prouvé que, quels que soient les sentiments des gens simples, ils ont un fond de sens commercial étendu jusqu'aux personnes et dont le praticien doit tenir compte.

J'ai dégagé ainsi de mon contact avec la clientèle un certain nombre de petites règles qui se rapportent autant au métier qu'à la clientèle et que j'énumère ici sans ordre.

— La clientèle d'une maison vous est acquise si vous savez plaire aux enfants.

— Il est facile d'être toujours le médecin d'une maison où l'on a fait un accouchement laborieux.

— Ne dites jamais à une mère que son enfant est congénitalement raté : et si le fait est évident, ne mettez en cause aucune hérédité paternelle ou maternelle. Laissez accuser les envies et les peurs.

— Ne dites pas un malade qu'il n'a rien : il vous en voudrait de sa pusillanimité.

— Si l'entourage du malade a commis une erreur involontaire, grave ou mortelle, dans le traitement, tâchez à excuser cette erreur vis-à-vis de ceux qui l'ont commise et d'en reporter une partie des effets sur l'évolution du mal.

— Un homme ou une femme qui vous font des confidences extramédicales sérieuses, sont des clients perdus si vous ne savez rattacher ce qu'ils ont dit à un état de santé.

— Ne délivrez jamais immédiatement un certificat sur timbre pour rixe entre époux ou voisins. Examinez-les soigneusement et remettez à quarante-huit heures pour la délivrance du certificat. Vous éviterez bien des procès.

— Ne vous moquez jamais des pratiques bizarres de clientèle, vous risquez de blesser les gens dans leurs superstitions.

J'en pourrais aligner bien d'autres dont l'application ou la non application, sont nuisibles au médecin non prévenu. Le médecin ne doit pas être son propre ennemi, il en a assez d'autres comme cela.

La Tour d'Ivoire. — *Tel est le titre d'un article de M. Charles Richet dans* LE MATIN :

Cette étrange métaphore, écrit M. Charles Richet, (inventée peut-être par Alfred de Vigny) a été souvent usitée aux beaux temps du romantisme. C'est une pure figure de rhétorique, car il n'y a pas assez d'éléphants, tant en Afrique qu'en Asie, pour édifier avec leurs défenses toutes les tours d'ivoire permettant aux savants ou aux artistes de s'y enfermer, de s'y isoler, afin de contempler de très haut, avec quelque dédain, et en toute sérénité, les conflits politiques qui agitent leurs contemporains.

Faut-il que le savant ou l'artiste reste inclus dans sa tour d'ivoire ? Autrement dit : le poète, le peintre, le musicien, le mathématicien doivent-ils planer *au-dessus de la mêlée*, sans prendre part aux émeutes de l'Agora et du Forum, aux incohérences du suffrage universel, et aux conflits violents qui, pour notre malheur, divisent notre chère patrie en camps opposés ?

Victor Hugo, Lamartine, Zola ont fait de la politique, beaucoup de politique. Qui oserait prétendre qu'ils ont eu tort ? Leur réputation de poète ou d'écrivain n'en a pas été atteinte. Au contraire. Les discours de Lamartine, en 1818, l'ont singulièrement grandi. Le long exil de Hugo à Jersey et à Guernesey l'a mis sur un piédestal magnifique. Meme jamais son génie littéraire n'a été aussi grand que lorsque, devant l'océan, il écrivait les *Châtiments* et la *Légende des siècles*.

Et parmi les étrangers, il est un illustre poète, un des plus beaux écrivains de ce temps, Gabriele d'Annunzio, qui est sorti de sa lumineuse tour d'ivoire pour adresser, en 1915, une proclamation retentissante à ses compatriotes afin de les engager à prendre part aux batailles, et il n'a pas hésité à entrer dans la mêlée comme hardi aviateur.

Pourquoi ne voudrait-on pas qu'une artiste fût en même temps un homme d'État ? Lamartine a dit quelque part : *Le vulgaire, dans sa jalousie aveugle, n'admet pas qu'un homme puisse exceller dans deux genres. La nature est plus libérale.*

Assurément de grands écrivains sont restés dans leur tour d'ivoire : Balzac, Baudelaire, Gautier, et surtout Gœthe. C'était leur droit. Nous n'avons ni à les en glorifier ni à les en blâmer.

Les savants aussi n'ont pas craint de sortir parfois de leur tour d'ivoire, comme Cuvier, Berthelot, Painlevé.

Mais Cuvier et Berthelot ont joué un rôle dans l'Administration plutôt que dans la politique, et c'est presque dommage.

Quant à Painlevé, grand mathématicien, célèbre à 33 ans par des travaux de premier ordre, il a, pendant la guerre, par son énergie et sa puissante intelligence, contribué au triomphe de la justice sur les champs de bataille de France.

Le surmenage scolaire. — *Dans* L'ŒUVRE (25 sept. 1935) *un article de M. R. Laborie, professeur de lettres, intitulé* : NOS PROGRAMMES SCOLAIRES SONT RESPONSABLES DE NOTRE DÉCADENCE PHYSIQUE. *En voici un extrait* :

Je reviens d'un voyage de quelques mois à travers l'Europe du Nord. Les spectacles impressionnants n'ont pas manqué :

. . . .

Je pensais à nos jeunes gens de France, à ceux en particulier que j'enseigne chaque jour — ils sont 170 — et que j'essaye d'entraîner jeudis et dimanches vers les terrains de jeux ; aux jeunes filles que j'interroge chaque année en divers examens. Je revoyais leur corps frêle, leurs épaules étriquées et plates, leur peau jaunie, leurs yeux creusés par l'étude. Quel contraste effrayant !

Chez nous se multiplient les docteurs, les infirmières scolaires, les préventoria, les sanatoria, et l'on ne va pas aux sources du mal. Que chacun le sache, que ceux qui s'en rendent clairement compte ne cessent de le proclamer, notre race est en péril, et c'est l'École française, beaucoup plus que l'alcoolisme ou tout autre mal, qui menace de tuer la belle race française d'autrefois, si riche de qualités physiques, si estimée partout.

L'École française est responsable de notre décadence physique parce qu'en paraissant s'occuper de tout, elle ne poursuit qu'un but : l'essor intellectuel. Le reste lui semble négligeable, bagatelles auxquelles parents ou même enfants pourvoiront d'eux-mêmes. Le petit Français, de 8 à 13 ans, accaparé jusqu'à huit heures par jour, enfermé dans des salles parfois malsaines, courbé sur son pupitre, écrit, lit, compte tout le jour. A peine de temps en temps lui concède-t-on quelques minutes, y compris les leçons dites de « gymnastique », pour s'ébrouer dans la poussière et le bruit que font plusieurs centaines de petits prisonniers comme lui, enfin rendus à une demi-liberté de mouvement. Aussi nos enfants, surtout les enfants de nos villes, en qui toutes les poussées vives de la nature sont étouffées, demeurent-ils chétifs, et nos hommes faibles. L'École française ne prépare pas à la vie, parce qu'elle ne donne pas l'élément essentiel d'une bonne vie : la résistance physique, la santé.

Restent tout de même les jeudis et dimanches. Apportent-ils le repos, la détente, la liberté salutaires ? C'est bien mal connaître les parents français que de le croire. De leur temps, il y a de vingt à trente ans, quel besoin avaient-ils de pratiquer l'exercice physique ? A la porte de l'école, où la tâche était moins lourde qu'aujourd'hui, ils retrouvaient la campagne. Ils regardent d'un œil méfiant toutes ces innovations qu'on appelle « sports », et s'ils en viennent à ne plus contester leur utilité en général, chaque sport comporte à leurs yeux tellement de dangers ! Le football est brutal, la bicyclette sur des routes sillonnées d'automobiles...

D'ailleurs, est-on sur la terre pour s'amuser ? Il faut « bûcher » pour se faire une « belle situation ». Le meilleur maître est celui qui bourre ses élèves de devoirs. Et l'amour-propre, la folle ambition se trouvent satisfaits quand le pauvre enfant pâlit de longues heures sur d'insipides difficultés. Pour le récompenser et le distraire, on l'emmènera faire, bien sagement, une promenade par les rues de la ville, et peut être, le soir, au cinéma. Voilà la vie d'un grand nombre de nos enfants des villes pendant leurs jours de congé. Ils reviennent vers leurs maîtres aussi fatigués, car pour eux le vrai repos, le seul qui purge le sang des poisons accumulés pendant les heures d'effort intellectuel, le seul qui délasse l'esprit, le seul qui permette la croissance physique normale, c'est l'exercice prolongé au grand air. Je connais bien des familles allemandes : leurs trois enfants, mal nourris,

livrés à eux-mêmes, abandonnés aux seules forces naturelles, sont plus sains, plus vigoureux que l'enfant unique de la famille française, grassement nourri, choyé, jalousement immobilisé.

Nous voulons que notre race ne périsse pas, que partout où sa jeunesse affronte les jeunesses étrangères, elle ne se couvre pas de ridicule.

Une visite à Chevalier-Jackson. — *Passage détaché d'un article de M. le Professeur Collet dans le* LYON MÉDICAL (21 juillet 1935) :

..... L'après-midi, j'ai été rendre visite à Chevalier-Jackson à son domicile professionnel. Après que le nègre de l'ascenseur m'a eu déposé à l'étage, j'ai été reçu par une secrétaire d'origine lithuanienne, Mme Griffith, et mis en présence d'un sexagénaire grand, svelte, à la physionomie fine, presque ascétique, éclairée d'un sourire un peu énigmatique, terminée par une barbe grise en pointe et à peine coupée d'une moustache très courte : c'est l'évocation d'un type américain autrefois très classique, plutôt périmé aujourd'hui et qui lui a valu, de la part de quelques intimes, l'appellation familière d' « oncle Jackson ». Son regard est interrogateur derrière des lunettes à monture métallique. Il porte sur son gilet noir, largement ouvert sur un plastron blanc, un vêtement blanc avec des revers gris larges comme ceux d'un smoking : c'est une de ses tenues de travail. Aux murs de son cabinet, beaucoup de reproductions de cas pathologiques, dessinées par lui, surtout en couleurs, des photographies de Congrès, un diplôme d'officier de la Légion d'honneur, un diplôme de membre correspondant de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, etc....

Son français est parlé lentement, mais très pur. Il m'a entretenu longuement de Garel (encore vivant à cette époque), qui avait avec lui tant de points communs, qui était comme lui un visuel ; il m'a parlé surtout de la France et a tenu à me faire présent, en y inscrivant quelques mots aimables, de son dernier livre écrit en français, sur lequel j'ai lu cette épigraphe : « A la mémoire de Jean Morhange, qui s'embarqua à Bordeaux en 1805 et ne revit jamais sa France bien-aimée. Cet ouvrage lui est affectueusement dédié par son petit-fils : l'auteur ». Quelques jours après ma rentrée en France, je recevais quelques numéros d'un journal français *Le Courrier de Philadelphie*. J'ai beaucoup voyagé ; j'ai connu la plupart des maîtres de la laryngologie de l'ancien monde et nombre de ceux qui avaient contribué à la fonder ; je n'ai jamais rencontré de physionomie plus intéressante, de personnalité plus attachante que celle de ce vieillard distingué en sa simplicité, modeste en ses bienfaisantes inventions.

Outre son cabinet où il ne donne que des consultations, il a trois cliniques : Jefferson Hospital, University Hospital de Pensylvanie et la Post Graduate School. Singulière existence que la sienne. Levé dès quatre heures dans sa propriété de Sunrisemills qu'il habite toute l'année, il fait par tous les temps deux heures d'auto et de train pour se rendre à Philadelphie, commence son service à huit heures, fait ses examens, ses opérations, sa clientèle et repart vers quatre heures de l'après-midi. Cette charmante résidence au bord d'une rivière est à côté d'un vieux moulin qu'il a peint ou dessiné sous toutes ses faces ; la plus connue de ces œuvres d'art est celle qui représente un ouvrier réparant une vieille meule.

Le lendemain, levé à 7 heures, je me suis rendu à pied à la Post-Graduate School.

. . . .

Me voici sur les bancs de la Post-Graduate School où tous les élèves sont en corps de chemise à cause de la chaleur. Chevalier-Jackson est déjà au travail : je ne l'avais pas reconnu tout d'abord sous son masque et ses lunettes parce qu'il porte le même sarrau que ses assistants, parce que, malgré ses 65 ans passés, il a la même sveltesse, la démarche aussi souple et le geste aussi rapide que les plus jeunes d'entre eux. Son habileté est merveilleuse. « Vous allez à Philadelphie, m'avait dit un médecin de New-York, vous allez voir un magicien. » Il met beaucoup plus de temps à se laver, à changer de sarrau, à mettre ses gants très fins, à les poudrer (toilette qu'il fait après chaque intervention) qu'à pratiquer l'intervention elle-même ; la durée de celle-ci excède rarement deux minutes. Les examens et opérations prévus à l'avance, sont indiqués et numérotés sur un programme dactylographié, distribué à chaque auditeur. A mesure qu'un examen ou intervention est pratiqué, une infirmière efface à la craie le numéro correspondant sur une porte à glissière qui sert de tableau noir. J'ai vu pratiquer ainsi quantité de bronchoscopies, d'ablations de corps étrangers, de cathétérismes ou de lavages bronchiques, d'ablations de polypes du larynx, de galvano-cautérisations bronchiques.

Tout se passe dans la demi-obscurité, dans un complet silence, à peine troublé par quelques ordres donnés à voix basse ; une nurse passe les instruments sur demande : l'intervention terminée, les instruments sont roulés dans la serviette de la table sur laquelle ils avaient été étalés, emportés et remplacés par un nouveau jeu. Tout est réglé d'avance dans ces examens endoscopiques, spécialement le rôle des aides dont l'un tient la tête et l'autre les épaules ; tout dépend de l'aide qui a la tête du malade sur ses genoux et lui imprime les changements de position en temps voulu, car tout examen est pratiqué dans le décubitus dorsal. Ces aides sont d'ailleurs de véritables maîtres et opèrent à leur tour, après le départ de Chevalier-Jackson qui pra-

tique lui-même les dix premières interventions. La spatule laryngoscopique est appliquée : à travers elle, on pousse le tube bronchoscopique fenêtré, puis on enlève la spatule laryngoscopique qui se disloque ; la glotte une fois franchie le bronchoscope est dirigé vers le point de l'arbre bronchique à explorer. Une sonde flexible faite d'un fil métallique enroulé en spirale est introduite dans le bronchoscope et va cathétériser les bronches de second ordre, aspirer les sécrétions ou recueillir le pus dans un récipient intermédiaire. Par le même procédé, on introduit dans l'arbre bronchique des dilatateurs à l'usage des rétrécissements bronchiques, des tubes porte-radium, etc... Il est fait un très large usage de l'aspiration, non comme chez nous avec une poire ou une pompe centrifuge : l'aspirateur est dans le sous-sol et le vide, si je puis dire, distribué autour des tables d'opération. La lampe qui siège à l'extrémité du tube (1) est fréquemment souillée par le sang ou les sécrétions : une nurse la remplace instantanément sans toucher à la position de l'appareil. Cet ensemble si bien réglé est le comble de la perfection technique. Comme je m'étonnais de ne pas voir utiliser pour l'extraction des pièces de monnaie de l'œsophage l'excellent crochet de Kirmisson qui nous rend de si grands services et opère une ablation pour ainsi dire instantanée, il me fut immédiatement démontré par l'extraction d'une pièce de cinq cents, que l'ablation endoscopique ne prend pas plus de temps.

Le grand mérite de Chevalier-Jackson n'est pas seulement d'avoir créé cette technique, mais de l'avoir appliquée à la pathologie de l'appareil respiratoire, alors qu'on ne la faisait servir auparavant qu'à l'extraction des corps étrangers. Il s'agit surtout de malades du dehors : préalablement anesthésiés, dix minutes auparavant, par une application de cocaïne dans les sinus piriformes, au besoin morphinisés, tout cela dans la salle d'attente, ils arrivent poussés sur un lit roulant, en costume de ville, gentlemen en complet gris, ladies en robe décolletée et bras nus ; tout ce monde tousse et crachotte un instant dans la salle d'attente, puis repart. Bien quelques-uns des abcès pulmonaires ainsi traités étaient consécutifs à l'amygdalectomie, dirigée contre les infections focales, dont il est fait un si large usage en Amérique et qu'on pratique sous anesthésie générale.

A la fin de cette séance opératoire, qui a dû comprendre vingt-quatre interventions ou examens, j'ai assisté à une longue leçon du maître dans l'obscurité, illustrée d'innombrables projections, de radiographies principalement. Il a beaucoup insisté sur la signification de l'atélectasie ou de l'emphysème unilatéral dans le diagnostic des corps étrangers perméables aux rayons X ; c'est ainsi que j'ai vu enlever chez un bébé de onze mois un chaton végétal, soupçonné sur la radiographie par le seul collapsus pulmonaire. Les jours suivants, j'ai vu opérer ses élèves et je me suis convaincu de l'excellence de ses procédés.....

(1) Les appareils du type Jackson comportent un appareil d'éclairage distal, c'est-à-dire situé vers l'extrémité du tube bronchoscopique ou œsophagoscopique, par opposition à l'éclaireur frontal ou porté sur le manche de l'appareil, plus souvent utilisé en Europe.

BIBLIOGRAPHIE

Restauration et prothèse maxillo faciales. *Fractures. Pertes de substance. Difformités*, par le Docteur PONROY et PSAUME. Préface du Professeur Fernand LEMAITRE. Un volume de 502 pages, avec 338 figures (Tome VIII de la Pratique stomatologique). Relié toile, 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ainsi que son titre l'indique, ce volume de la « Pratique stomatologique », est consacré :

1° Au traitement des fractures des maxillaires par appareils de réduction, de contention ou d'orthopédie.

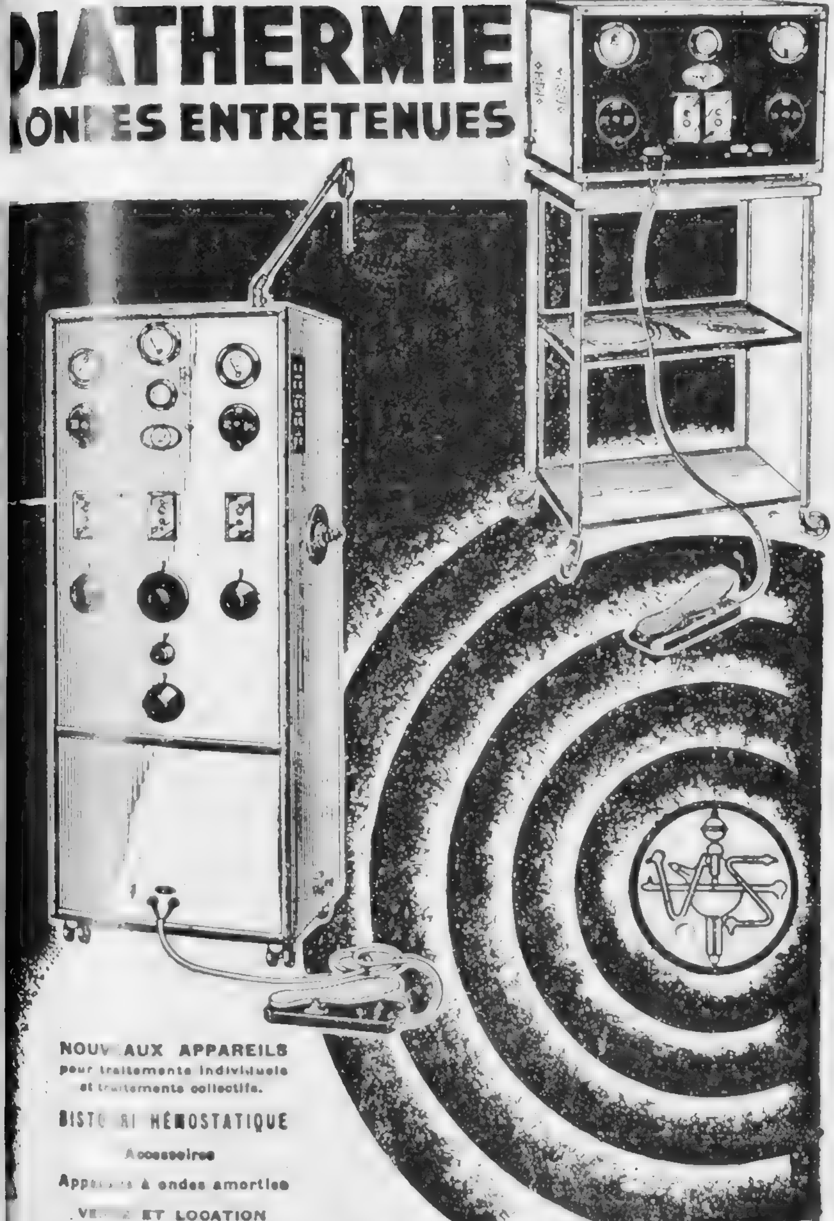
2° A la restauration morphologique ou fonctionnelle pour appareils de prothèse, des pertes de substances osseuses ou tégumentaires de la face.

3° A la restauration chirurgicale par greffes, par opérations plastiques, etc.

Tous les problèmes sont envisagés sous l'angle de la stomatologie ou de la prothèse, mais cet ouvrage intéresse aussi les chirurgiens, les rhinologistes et les ophtalmologistes, tous ceux qui à un titre quelconque s'intéressent aux organes de la face.

Les auteurs font une distinction très nette entre la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure, très différentes l'une de l'autre par leur anatomie, leur physiologie et leurs lésions pathologiques.

Les fractures, immobilisées en général à l'aide d'appareils de contention assez simples, les pertes de substance, provenant soit d'un traumatisme violent, soit d'une résection chirurgicale, soit d'une nécrose osseuse


NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION

exigent une thérapeutique plus complexe allant des appareils d'orthopédie ou de contention à la greffe et à l'appareil de prothèse.

Les fractures de la *mâchoire supérieure* sont plus rares que celles du maxillaire inférieur et leur traitement est en général plus simple sauf lorsqu'on est en présence d'une disjonction cranio-faciale ou d'un fracas de l'étage moyen de la face.

Les pertes de substance de la mâchoire supérieure peuvent intéresser la voûte palatine et créer une communication anormale entre la cavité buccale et les fosses nasales. Dans ce cas, le prothésiste fait disparaître les troubles et la mastication, de la déglutition de la phonation à l'aide d'un appareil obturateur.

A ces perforations palatines qui sont des lésions acquises, les auteurs rattachent les *divisions palatines congénitales* dont ils décrivent le traitement prothétique à l'aide d'appareils destinés à suppléer aux fonctions du voile.

Une troisième partie de cet ouvrage est consacrée aux *Téguments de la face* présentant certaines mutilations. Les cicatrices vicieuses péri-buccales les font l'objet d'une étude spéciale. Les pertes de substance tégumentaires, les pertes de soutien osseux suivies d'affaissement cutané amènent les auteurs à prendre comme type de description la correction des difformités de la pyramide nasale. Ils donnent ensuite un aperçu des restaurations prothétiques du pavillon de l'oreille et de la région oculo-palpébrale et consacrent un dernier chapitre aux blessures de guerre de la face.

L'Orthodontie à base d'acier. *Application des métaux inoxydables au traitement biologique des malformations dento-faciales*, par le Docteur Lucien DE COSTER. Un volume de 201 pages avec 107 figures, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pendant longtemps le traitement orthodontique était inaccessible au grand nombre, d'abord à cause de l'inefficacité des méthodes, de la mystique prétendument artistique qui entourait la pratique de l'orthodontie : de l'inexistence d'écoles et d'un enseignement efficace. Il fallait d'autre part que l'appareil fût en or platiné, irridié ou palladié, ors spéciaux très coûteux dont le maniement très délicat demandait énormément de temps. De plus, la technique devenait de jour en jour plus difficile.

Pour que l'orthodontie puisse rendre de plus grands services auprès d'un public de plus en plus étendu, il faut utiliser un appareillage simple, en un métal mécaniquement supérieur et peu coûteux, de façon que le prix de la matière ne grève pas exagérément les frais généraux du traitement. Il faut en plus un métal inaltérable, et permettant un travail rapide et parfait.

L'auteur de ce livre a été le premier à essayer l'acier inoxydable ; à cet effet, peu à peu et les progrès aidant, de nombreux praticiens ont entrepris la construction d'appareils en acier. L'acier inoxydable possède des qualités considérables pour cette utilisation : la facilité de sa technique, sa résistance à la corrosion et à l'oxydation, ses qualités d'élasticité, la tolérance des tissus à son égard en permettant l'application la plus large.

Le livre comprend trois parties. La première est consacrée aux *bases théoriques de la thérapeutique orthodontique*. La seconde à la *technique métallurgique et mécanique*.

La troisième à la *thérapeutique systématique* : Classification des anomalies, plan de traitement, diagnostic, technique operatoire, etc.

Principes d'esthétique *Problème d'art et langage des sciences*, par Pius SERVIEN, docteur ès Lettres. Bibliothèque de la Revue des cours et conférences. Un volume in-16 jesus, broché, 18 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Cet ouvrage permet de voir la pensée scientifique conquérir enfin un domaine qui semblait lui être à jamais fermé.

Le monde de la poesie peut être désormais étudié autrement qu'au moyen de ces « petites sciences conjecturales, qui se défont sans cesse après s'être faites, et qu'on négligera dans cent ans » (Renan). Il y a la poésie, il y a la science — « et tout le reste est littérature ».

C'est la poésie et la science qui sont mises ici réellement en rapport par le contact de leur esprit, et non de leurs mécanismes.

Le physicien trouvera enfin dans ce pays des chemins pour lui et le philologue aura plus de sécurité à les suivre aussi.

Ce sont les recherches bien connues de M. Pius Servien sur les rythmes d'une part, sur le « Langage des sciences » d'autre part, qui ont rendu possible cette synthèse. (Rappelons qu'elles ont eu l'exceptionnel honneur d'être signalées d'abord au public par Henri Brémond et Paul Valéry). Dues à un de ces esprits nés réellement pour la recherche, et qui ne touchent à un domaine que pour le renouveler complètement, la force de ces recherches venait précisement de ce qu'elles visaient plus loin encore, de ce qu'elles devaient aboutir à fonder, sur des principes neufs, une esthétique entièrement organisée, où se retrouve la leçon des Galilée, des Poincaré.

Aussi cet ouvrage sera aimé de quiconque aime la pensée neuve, simple profonde, à en oublier tout ce qui ne fait que passer. Son meilleur public sera sans doute parmi ceux qui aiment les sciences, pour qui elles ne sont pas une grimoire, mais un mode de pensée familier. Mais pour les artistes, pour les philologues, ils y trouveront l'initiation la plus simple et la plus familière à ce mode de pensée ; en assistant à la façon dont il conquiert pour la première fois leur domaine.

Avec la seule restriction que ce n'est pas un livre à feuilleter, un livre dont il est légitime de courir les pages parce qu'on y fait peu de rencontres c'est, cependant un livre pour tout le monde.

Etude de psychologie sexuelle, par Havelock ELLIS. LES CARACTÈRES SEXUELS PSYCHIQUES SECONDAIRES ET TERTIAIRES ; édition française, revue et augmentée par l'auteur, traduit par A. Van Gennep, 1 vol. Prix : 20 francs. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

Ce volume est le dix-huitième de cette vaste encyclopédie, de ce véritable traité de sexuologie, le seul que nous ayons jusqu'ici.

Phases de stérilité et de fécondité physiologiques chez la femme, par le Docteur A. DELEVOY. 1 vol. 16-8, 150 pages avec 10 tableaux, 12 francs. Amédée Legrand, éditeur 93, boulevard Saint-Germain, Paris (Ve).

Ce livre apporte aux médecins une documentation précise et complète sur cette question nouvelle qui passionne actuellement le public.

L'auteur se base sur les notions les plus récentes de physiologie et d'endocrinologie ovariennes, qui permettent par un nombre considérable de tests, de fixer avec precision la date de l'ovulation dans le cycle menstruel de la femme. Si, par ailleurs, l'ovule et le spermatozoïde ne conservent que peu de temps leur aptitude à la fécondation, il est évident que la conception ne peut prendre place qu'à des périodes précises et limitées de chaque cycle.

Des milliers d'applications et de faits précis puisés dans une bibliographie importante confirment ces travaux scientifiques. L'auteur insiste sur le très gros intérêt social et démographique du problème.

ENTÉRO-PANSEMENT

DU DOCTEUR ZIZINE

PROTECTION – DESINFECTION DE LA MUQUEUSE INTESTINALE

COMPOSITION

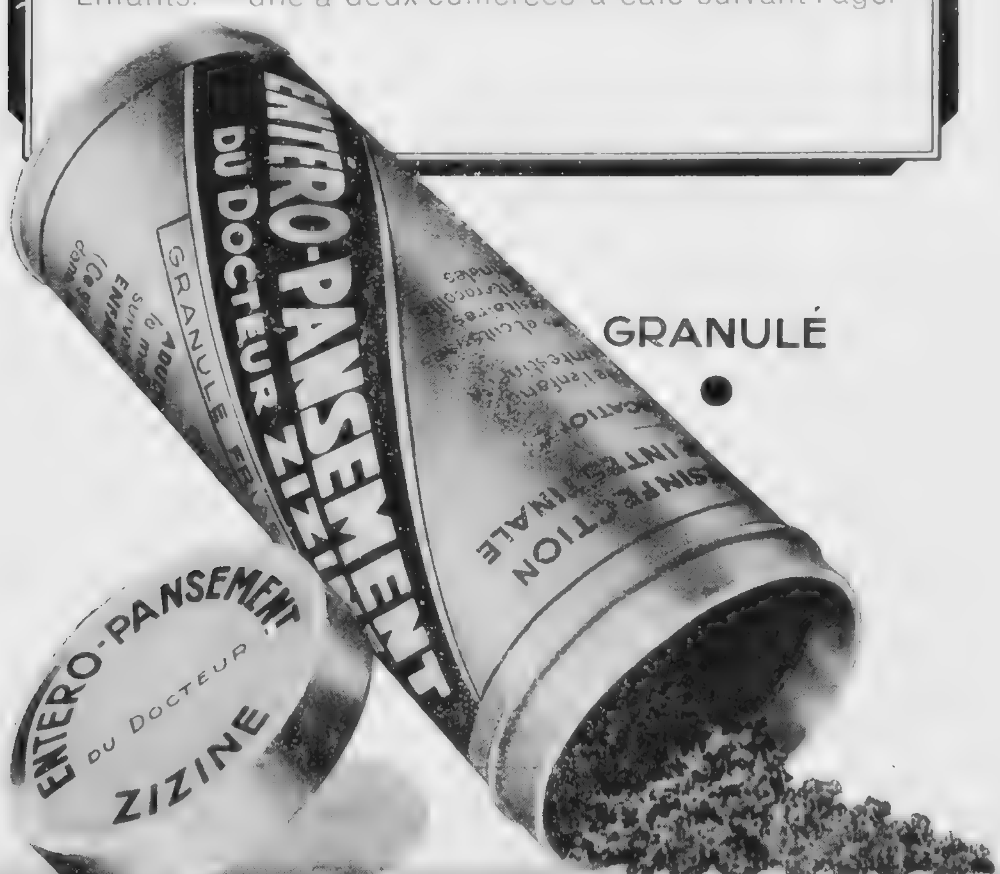
Charbon activé · Sous-Nitrate de Bismuth
Antivirus intestinaux.

INDICATIONS

Diarrhées · Infections et Intoxications intestinales : leurs conséquences · Colites · Entérocolites
Fermentations intestinales · Colibacillose.

MODE D'EMPLOI

Adultes. — une à deux cuillerées à soupe par jour.
Enfants. — une à deux cuillerées à café suivant l'âge.



GRANULÉ

Laboratoires P. ZIZINE 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-V^e
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Le Congrès de la Goutte à Vittel

Études cliniques et anatomiques sur la goutte

DU Dr. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato-biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du DR ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

HÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

NOUVELLES

Relèvement des droits universitaires. — A partir du 1er octobre 1935 entre en vigueur le tarif des droits universitaires suivants :

Inscriptions trimestrielles : Droit trimestriel d'inscription, 120 francs ; droit trimestriel de bibliothèque, 15 francs ; droit trimestriel de travaux pratiques, 60 francs. Total : 195 francs.

Immatriculation : Droit annuel d'immatriculation, 150 francs; droit annuel de bibliothèque, 60 francs. Total, 210 francs.

Doits de laboratoire : Droit trimestriel de 100 à 500 francs.

Faculté de médecine de Paris. — *Visite médicale pour les étudiants.* — La Faculté de médecine organise, à partir de cette année, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étdiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents, ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 14 octobre, à l'hôpital Laennec (consultation), à 20 h. 1/2. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

Marine. — Liste des étudiants en médecine nommés élèves du Service de santé de la marine :

MM. Collin, Perruchio, Martin, Castel, Ardisson, Philibert, Tessier, Haulon, Nicolas, Bérard, Gérard, Perret, Braichotte, Joncour, Lahitte, Rondet, Souquière, Deletraz, Allin, Connaud, Vergez, Poitevin, Lebreuil, Auffret, Guérin, Camain, Houel, Bederede, Denis, Le Guénedal, Jacques, Bois, Malaspina, Rigollet, Prud'homme, Boidard, Boulesteix, Rual, Rouan, Bermond, Le Barillec, Le Poncin, Hautin, Choumara, Brunet, Broche.

Faculté de médecine de Paris. — Devant le succès obtenu par l'Exposition des collections artistiques de la Faculté de médecine de Paris (à la Faculté, 85, boulevard Saint-Germain), la Société des amis de la Faculté qui l'avait organisée a décidé de l'ouvrir de nouveau du 7 au 12 octobre inclus, de 12 heures à 17 heures, à l'occasion du XLIVe Congrès français de chirurgie.

XXIIe Congrès d'hygiène (Paris, Institut Pasteur les 21, 22 et 23 octobre 1935). — Le XXIIe Congrès d'hygiène tiendra séances les lundi 21, mardi 22 et mercredi 23 octobre 1935, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Professeur P. Lereboullet.

PROGRAMME. — Lundi 21 octobre, 9 heures : Ouverture du Congrès. Allocution de M. le Professeur Lereboullet et de M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique.

Hygiène et protection de la première enfance :

I. Alimentation. Rapports : *a*) L'alimentation dans la première enfance : bases physiologiques et règles générales. (M. le Docteur LESNÉ et M. le Docteur RIBADEAU-DUMAS) : *b*) Hygiène du lait destiné à l'enfance (M. MARTEL, et M. le Docteur NEVOT). — Discussion des rapports.

14 heures) Communications : M. le Docteur LESNÉ et Mme le Docteur G. DREYFUS-SÉE : Le lait calcique en diététique de la première enfance. — M. le Docteur CLAVEAU : Une goutte de lait municipale au service des pédiatres. — M. le Professeur B. LAFFORGUE et M. le Docteur G. ANDRIEU : Le rôle du bacillus mesentericus et de quelques autres microbes sporulés dans la nuisance du lait. — M. Jean S. DE GOLDFIEM : L'hygiène alimentaire de l'enfance en A. O. F.

II. Hygiène des collectivités de nourrissons. Rapports : *a*) Hospitalisation des enfants du premier âge (M. le Docteur Jules RENAULT) ; *b*) Protection contre les maladies infectieuses dans les collectivités de nourrissons (M. le Professeur Robert DEBRÉ et Mme H. BLINDER) ; *c*) Protection des nourrissons contre les infections (M. le Professeur LEREBOULLET et M. le Docteur G. BOHN). — Discussion des rapports. — Communications : M. le Docteur René MARTIN : Hospitalisation des nourrissons eczémateux à l'hôpital Pasteur. — Lutte contre l'infection hospitalière.

17 heures : Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes français. Réunion privée.

Mardi 22 octobre, 9 heures : III. Hygiène alimentaire des nourrissons, nés et vivants dans les milieux ruraux. Rapport : M. le Docteur LESAGE et M. le Docteur CRUVEILHIER. Discussion.

IV. Organisation sociale de la protection de la première enfance. Rapports : *a*) Rôle des fonctionnaires d'hygiène et d'assistance dans la protection de la première enfance. (M. le Docteur X. LECLAINCHE) ; *b*) Coordination des institutions publiques et privées s'occupant de la première enfance (Mlle Y. DE HURTADO) ; *c*) L'intervention des Caisses d'assurances sociales peut-elle favoriser la coordination de la lutte pour la protection de la maternité et de l'enfance ? (M. Marcel MARTIN, Mlle Y. DE HURTADO, M. le Docteur R.-H. HAZEMANN) ; *d*) Rôle des Caisses de compensation dans la protection de la première enfance (M. G. BONVOISIN). Discussion des rapports.

14 heures. Communications : M. le Professeur MESSERLI : Le rôle du service municipal d'hygiène de Lausanne dans la protection de la première enfance. — M. le Docteur CLAVEAU : Le rôle du Bureau d'hygiène de Metz dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. le Docteur H. CLÉRET : Protection de l'enfance dans le département de l'Allier (Organisation homogène en accord avec les Services officiels, les Syndicats de médecins et sages-femmes et les Caisses d'assurances sociales). — MM. Ch. LESTOCQUOY et R.-H. HAZEMANN : La médecine et le travail social dans la lutte contre la tuberculose de la première enfance (coordination de l'action médicale, hygiénique, sociale et économique). — M. le Docteur P. DELTHIL : Considérations sur la protection de l'enfance en U. R. S. S. — Mme RÉGIS : La protection maternelle et infantile aux colonies. Réglemen-

tation. — M. le Docteur GOMMÈS : Puériculture et bio-urbanisme.

20 heures : Banquet par souscription (s'inscrire au Secrétariat du Congrès).

Mercredi 23 octobre : à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météorologie médicale, filiale de la Société de médecine publique, tiendra séance, sous la présidence de M. le Professeur Ernest Esclangon ; de 9 heures à 10 heures, Réunion de la Société (séance privée) ; à 10 heures séance publique. — Rapports : *a)* Le rayonnement cosmique ; indication des appareils utilisés pour leur étude (M. Louis LEPRINCE-RINGUET) ; *b)* Remarques sur la climatisation des salles de nourrissons (M. le Professeur G. MOURIQUAND et M. le Docteur CHARPENTIER) ; *c)* Observations sur la dépression barométrique sur des chiens privés de leur régulation respiratoire réflexe (M. le Professeur DAUTREBANDE, Liège).

14 heures, Communications diverses : Mme A. MOLL-WEISS : L'alimentation de l'enfant à l'âge scolaire. — M. J. RISLER : Méthodes de désinfection des locaux occupés par l'enfant. M. le Docteur CUVIER : L'œuf dans l'alimentation de l'enfant.

Jeudi 24 octobre, des visites sont organisées : 1° visite des Institutions municipales de la Ville de Suresnes ; 2° visite des services sociaux des Usines Heudebert, à Nanterre (Consultation de nourrissons, crèche, etc.).

Nombre limité de places. Priorité aux membres de la Société de médecine publique.

S'inscrire, dès à présent, en écrivant à M. Dufaure, 205, rue de Vaugirard, à Paris (XV°), ou le premier jour du Congrès au secrétariat.

Journée du rhumatisme du 28 octobre 1935. — Une « Journée du rhumatisme » aura lieu le 28 octobre 1935 sous les auspices de la Ligue française contre le rhumatisme.

La question à l'étude est la suivante : ostéo-arthrite de la hanche ; pathogénie de la hanche ; ostéo-arthrite dégénérative considérée d'une façon générale.

Le programme de la journée est : 1° Réunion clinique, le matin à 10 heures, à l'hôpital Cochin, sous la présidence du Professeur Mathieu 2) Réunion l'après-midi, à 15 h. 30, à la Faculté de médecine, sous la présidence du président de la « Journée », Président de la Ligue française contre le rhumatisme, le Professeur P. Besançon.

Les collègues désirant assister à cette réunion sont priés d'en informer le secrétaire général, le Docteur M.-P. WEIL, 50, rue de Londres, à Paris.

Prière de l'informer également, dès maintenant, des présentations de malades ou des communications qu'ils désireraient faire.

L'inscription à la « Journée » est gratuite.

Un dîner amical réunira, à 20 h. 30, les adhérents.

Lyon. — Le concours de l'Internat s'est terminé par la désignation de :

1. Internes titulaires : MM. Villard, Galy, Magnin, Blanchard, Policard, Grandclément, Voron, Mlle Charton, MM. Michelland, Masquin, Mlle Flotard, MM. Rocher, Lugand, Flattot, Michallon, Notter, Monnet, Godinot, Grumbach, Hutinel, Picard, Bondet, Gallavardin.

2. Admis à faire les suppléances. — MM. Bonifaci, Jarricot, Bruno, Bouyon Marion, Gallet, Devant, Delbos, Peissel, Charlet, Jandot, Mlle Bonnet, M. Druard, Peyrache, Jacquis, Carrier, Métral, Roux, Forestier, Chavanne, Gasca, Bernard, Lyathaud, Raynal.

Institut prophylactique. — Tous les lundis à 17 heures à partir du 14 octobre. Leçons et consultations morphologiques avec présentation de modèles. Examens cliniques et anthropotechniques, par le Docteur A. Thooris.

Cours pratique de rééducation. — Pendant le premier trimestre 1936, un Cours pratique de rééducation aura lieu sous les auspices de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VI°) au Centre social d'ortophonie et de rééducation, établissement subventionné par la Ville de Paris.

Ce cours comportera douze leçons (le jeudi à 18 heures) et vingt exercices pratiques (le mardi à 10 heures et le jeudi à 16 heures) : 1° La notion de rééducation ; 2° et 3° La rééducation acoustique ; 4° La lecture sur les lèvres ; 5° La rééducation des

enfants sourds-muets ; 6° La rééducation respiratoire ; 7° et 8° La rééducation de la voix parlée et chantée ; 9° La glossoptose et la rééducation maxillo-faciale ; 10° L'examen des yeux chez les déficients de toute catégorie et la rééducation des malvoyants. 11° Classification et examen des déficients psychiques ; 12° La rééducation des déficients psychiques.

La leçon d'ouverture sera faite le jeudi 9 janvier à 18 heures par le Docteur G. de Parrel, directeur du cours et président de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant. La première séance d'exercices pratiques aura lieu le mardi 14 janvier à 10 heures.

Le Docteur G. de Parrel sera assisté par le Docteur Hollande, Jean Gallois, la directrice et les assistantes du Centre social d'ortophonie et de rééducation.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant, les mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VI[e]).

Poste de médecin spécialisé des dispensaires de l'Oise. — Les candidats doivent être Français, âgés de 50 ans au plus, pourvus du diplôme de docteur en médecine française et avoir été attachés pendant un an au moins à un service spécialisé de tuberculose, ou avoir suivi le cours de perfectionnement organisé dans les hôpitaux de Paris.

La demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° Acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2 ayant moins de trois mois de date) ; 3° Exposé des titres, travaux, services, stages ; 4° Engagement en cas de nomination : *a*) de renoncer à faire de la clientèle. Les consultations demandées par des confrères peuvent être acceptées de même que toutes fonctions relatives à l'hygiène publique ; pour ces dernières, le Bureau technique sera consulté ; *b*) de ne prétendre à aucun mandat public ; *c*) de ne pas s'installer dans le département de l'Oise en cas de cessation de fonctions pendant une période de cinq ans à partir de cette cessation.

Les dossiers des candidats seront examinés et classés par le Comité national et présentés par lui à l'Office d'hygiène sociale du département de l'Oise, dont la Commission consultative technique après avoir au besoin entendu les candidats, proposera au Conseil d'administration le médecin qu'il aura choisi.

Prière d'adresser les dossiers au Comité national de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 5 novembre, où tous les renseignements pourront être donnés aux candidats.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie digestive, par P. Harvier. Un volume de 162 pages avec 14 figures (Collection des initiations médicales), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre qui suppose chez le lecteur des connaissances anatomiques et physiologiques, réalise une vue d'ensemble de la pathologie digestive. L'auteur y a groupé les principaux symptômes et syndromes digestifs suivant un plan physiologique. Chaque fois que l'occasion se présente, il indique les notions essentielles de clinique et met en relief la valeur de tel ou tel symptôme.

L'auteur rappelle d'abord quelques notions physiologiques élémentaires dont les conséquences cliniques sont capitales : interdépendance des différents segments du tube digestif, influence du système nerveux végétatif, du psychisme, sur le tube digestif, ce qui permet de reconnaître une triple origine aux troubles fonctionnels gastro-intestinaux ; origine organique par lésion du tube digestif ; origine neuropathique par mécanisme nerveux, origine psychopathique (psychopathie à retentissement digestif).

Il envisage successivement les troubles moteurs du tube digestif les troubles des sécrétions digestives, et les troubles de la sensibilité digestive. Le dernier chapitre donne des conseils pour examiner un malade atteint des troubles digestifs.

Manuel de Pathologie chirurgicale élémentaire, par le Docteur Lucien Diamant-Berger. Un vol. in-8°, 180 pages. Prix : 15 francs broché. Librairie Louis Arnette, Paris.

Ce manuel de pathologie chirurgicale élémentaire a pour but de mettre à la portée de lecteurs non médecins l'essentiel de ce qu'il faut connaître en pathologie externe pour exercer une profession paramédicale. Il est rédigé avec un souci constant de clarté, dans un style dépouillé au maximum de termes techniques. Sa lecture est très attrayante et rend véritablement lumineuses les questions, les plus complexes, qui y sont traitées. Et pourtant aucune difficulté n'est escamotée, et rien n'est sacrifié au désir d'être compris par tous. Ce manuel est donc très complet, et son prix tout à fait modeste.

Il sera consulté avec intérêt et agrément par tous : médecins et étudiants en médecine (bien que l'auteur se défende de l'avoir écrit à leur intention), élèves infirmières, sages-femmes et dentistes, qui y trouveront tout le programme de leurs examens, enfin par bien des lecteurs profanes, simplement curieux de s'instruire.



LE CONGRÈS DE LA GOUTTE A VITTEL

RÉSUMÉ DES COMMUNICATIONS

Etudes cliniques et anatomiques sur la goutte

Formes cliniques de la goutte aiguë

Par L. DE GENNES, Médecin des Hôpitaux

Depuis la description magistrale de Sydenham et de Trousseau, depuis les articles de Lécorché, de Rendu, il semble que tout soit dit, et qu'il n'y ait rien qu'on puisse ajouter à ces parfaits exposés, des aspects cliniques de la goutte aiguë.

Cependant, le polymorphisme de la maladie, l'apparition de phénomènes fluxionnaires atypiques chez les goutteux, ont permis, et parfois à l'excès, d'en élargir le champ et d'en multiplier les formes.

Il n'est pas d'affection où la notion d'équivalence ait été le plus invoquée à l'origine d'accidents qui n'ont souvent pour caractère d'origine que leur survenue chez un podagre ou leur sensibilité au colchique.

D'autre part, si les plus positifs des médecins ne trouvent plus dans les faits de goutte « remontée » ou rétrocédée que de simples accidents liés aux lésions viscérales si fréquentes chez les goutteux, d'autres y voient toujours des accidents qui remplacent ou compliquent les manifestations articulaires.

Aussi est-ce surtout sur l'étude des formes atypiques que portera notre exposé.

***

L'accès de goutte dans sa forme typique atteignant les articulations du gros orteil, a été trop parfaitement décrit pour que nous nous permettions de revenir sur l'exposé de ses aspects.

Toutefois, faut-il remarquer que ces formes franches paraissent moins fréquentes qu'autrefois, alors que les autres manifestations de la diathèse dite arthritique semblent se multiplier. Peut-être la modification survenue dans le mode et la quantité de l'alimentation est-elle un facteur étiologique de ce changement.

Sur l'accès lui-même, tout est dit, et nous insisterons seulement sur le signe de la distension veineuse que notre maître, le Professeur Vidal, donnait comme le plus fidèle témoin de la goutte, et qui permet souvent d'en faire le diagnostic dans les formes atypiques qui ne font pas leur preuve.

Ces formes atypiques sont extrêmement fréquentes et le Professeur Bezançon en a donné en 1923, une description complète à laquelle on n'a rien ajouté depuis.

LA FORME POLYARTICULAIRE, simulant la maladie de Bouillaud, était déjà bien connue des classiques. Quand il s'agit d'une première crise chez un sujet qui n'a jamais présenté d'accès du gros orteil, il est parfois difficile d'éviter l'erreur. Toutefois l'âge auquel survient la crise, son caractère oligo-articulaire, sa moindre mobilité, sa prédilection pour les articulations déclives, sa résistance au traitement salicylé et surtout l'action remarquable du colchique, permettent d'en faire le diagnostic.

D'autres fois, l'aspect est celui d'un pseudo-rhumatisme infectieux à forme pyohémique, ou même d'une arthrite suppurée qui peut poser la question d'une intervention chirurgicale.

LA FORME SPEUDO-PHLEGMONEUSE est parfois par la gravité de ses signes plus impressionnante encore. Elle peut réaliser l'aspect d'un abcès diffus siégeant parfois très à distance d'une articulation, s'accompagner de rougeur d'œdème, de pulsatilité donnant l'impression d'une suppuration aiguë et d'adénopathies douloureuses des territoires lymphatiques tributaires.

LA FORME PHLÉBITIQUE ne réalise vraiment une forme spéciale de la goutte que lorsque l'état veineux se passe de tout phénomène articulaire, survient isolément et paraît résumer toute l'attaque. Le diagnostic d'origine d'une telle phlébite est souvent malaisé. L'intensité de la périphlébite, le caractère soudain et douloureux des accidents, la mobilité de l'atteinte veineuse, la présence d'un cordeau induré, très sensible qui dessine sous les téguments une traînée d'un rouge violacé, la fréquence des récidives sur les territoires veineux qui viennent d'être guéris, la sensibilité au colchique en sont les traits les plus spéciaux.

Mais les plus intéressantes, parce que plus mal connues, de ces formes atypiques, sont sans nul doute la FORME HYDARTHRODIALE et la FORME SPEUDO-TUBERCULEUSE à allure de tumeur blanche. Dans les observations de F. Bezançon et M.-P. Weil, il s'agissait d'hydarthroses récidivantes dont le seul caractère distinctif était l'anormale distension du réseau veineux voisin, et dont la preuve étiologique fut apportée par l'heureux succès de la colchicine. La formule chimique et cytologique du liquide retiré par ponction n'apporte pas au diagnostic un utile appoint. Elle montre dans la plupart des cas observés un liquide clair riche en fibrine, pauvre en cellules en majorité lymphocytaires.

Tous ces accidents sont faciles à identifier s'ils surviennent chez un goutteux porteur de tophi ou ayant présenté un ou plusieurs accès typiques du gros orteil. Mais le tophus, dont la valeur séméiologique est grande dans les formes anciennes ou chroniques de la goutte, manque dans presque toutes nos observations. Son absence rend illusoire le secours de l'examen radiologique.

De même l'étude de la formule hémoleucocytaire reste habituellement sans valeur.

Quant au critère chimique de l'uricémie libre ou combinée, et de l'hypercholestérinémie, il ne nous est apparu que comme un test au moins inconstant.

Le dernier mot reste donc à la clinique et ce sont la rapidité du développement des phénomènes fluxionnaires, l'absence de toute cause infectieuse à leur origine, l'importance considérable de la distension veineuse et du syndrome œdémateux, le bon état général du malade contrastant avec l'intensité des signes locaux, et enfin l'heureux succès du traitement par le colchique qui seront les meilleurs arguments pour affirmer que tel accident d'apparence atypique appartient à la goutte et relève de sa thérapeutique.

***

Il reste à préciser ce qu'il faut penser des formes viscérales de la goutte aiguë dont la description tenait tant de place dans les articles classiques.

A la vérité, la plupart des accidents décrits sous le nom de goutte « remontée ou rétrocédée » relèvent de lésions anatomiques objectivement constatables et ressortissent soit à l'azotémie, soit à l'hypertension artérielle, soit à la défaillance cardiaque qui en est la conséquence. Il n'y a pas de goutte viscérale aiguë. Il y a des lésions d'organes, graves, chroniques, sur lesquels se déclenchent des accidents aigus dont la cause occasionnelle peut être liée à un accès de goutte ou considérée comme un de ses équivalents.

L'Appareil cardio-vasculaire des goutteux

Par C. LIAN et GILBERT DREYFUS

Après avoir rappelé, en une brève énumération, les différents troubles cardiaques et vasculaires que l'on observe chez les goutteux, C. Lian et Gilbert-Dreyfus distinguent, en s'appuyant sur les conditions d'apparition :

1° Les manifestations transitoires, contemporaines de la [illegible]

2° Les manifestations chroniques sur lesquelles peuvent se greffer des poussées aiguës, elles mêmes en relation ou non avec les attaques articulaires (poussées hypertensives, poussée d'ar- [illegible]).

3° Les manifestations qui, tantôt témoignent d'un processus lésionnel chronique, et tantôt revêtent l'aspect d'un trouble purement fonctionnel, tels l'insuffisance cardiaque, les arythmies, l'angor pectoris.

Ils insistent sur la rareté relative des désordres cardio-vasculaires chez les goutteux, et sur le rôle étiologique modeste que

joue la goutte dans le déterminisme des scléroses artérielles, de la maladie hypertensive, de l'angine de poitrine.

La partie la plus importante du rapport est consacrée à la pathogénie.

Les scléroses artérielles et myocardique, l'hypertension, semblent la conséquence d'un vice particulier de la nutrition, qui marche volontiers de pair avec le trouble métabolique de la goutte, comme avec celui du diabète. Entre goutte et sclérose vasculaire, il y a coïncidence bien plutôt que relation directe de cause à effet : il est vraisemblable cependant que la diathèse goutteuse peut favoriser l'éclosion de la diathèse artérielle.

Les manifestations aiguës, passagères ou paroxystiques — qui rentrent dans le cadre de la goutte métastatique ou goutte remontée des anciens auteurs — sont pour la plupart, conditionnées par un brusque déséquilibre sympathique portant sur le cœur et les vaisseaux. Cette conception est en harmonie avec l'interprétation actuelle de la crise articulaire, qui serait au premier chef une crise vasculo-sympathique locale d'origine réflexe ou colloïdoclasique. Peut-être faut-il, à côté du trouble nerveux, faire une place au trouble humoral aigu, que Doumer rend responsable de certaines insuffisances cardiaques fonctionnelles et transitoires, contemporaines de l'attaque articulaire.

En ce qui concerne l'angine de poitrine, C. Lian et Gilbert-Dreyfus ne réservent qu'une place restreinte aux angors fonctionnels — névralgiques ou spasmodiques. — Pour eux, la coronarite chronique reste la cause déterminante majeure de l'angor. La sclérose coronarienne, pas plus que les autres scléroses artérielles, ne saurait être considérée comme la conséquence directe de la goutte. Mais celle-ci, outre qu'elle favoriserait la maladie artérielle, peut déclencher, à l'occasion de l'attaque articulaire, une crise d'angor par spasme vasculaire portant sur une coronaire déjà altérée.

En conclusion, le mécanisme et la signification des manifestations cardio-vasculaires chez les goutteux ne sont certainement pas univoques ; et l'on voit tour à tour intervenir dans leur éclosion les deux éléments constitutifs primordiaux de la maladie goutteuse (Loeper).

L'ÉLÉMENT NUTRITIF : les goutteux sont des sujets dont le sang est surchargé de produits du métabolisme, encore mal différenciés, dont la présence favorise les méiopragies viscérales, et qui tendent à la précipitation.

L'ÉLÉMENT NEURO-SYMPATHIQUE, qui conditionne pour une part majeure le déclenchement de l'attaque articulaire, et dont le retentissement sur le système circulatoire, tant localement qu'à distance, engendre des manifestations vasculaires aiguës.

La perturbation nutritive conditionne surtout les affections cardio-vasculaires chroniques des goutteux. Celles-ci sont essentiellement des scléroses artérielles périphériques ou viscérales (cerveau, cœur, reins, etc.).

Mais deux remarques importantes s'imposent. Les scléroses artérielles, comme l'hypertension artérielle, surviennent au même âge, à l'âge critique, chez les goutteux comme chez les non goutteux. Par conséquent, la goutte n'est vraisemblablement qu'une cause favorisante de ces affections artérielles. Par conséquent aussi, la goutte, en raison de sa rareté relative, ne joue qu'un rôle minime dans l'étiologie de ces maladies artérielles si fréquentes.

La perturbation neuro-sympathique, associée ou non à une exagération passagère des troubles nutritifs chroniques, est surtout un facteur épisodique qui provoque maints troubles fonctionnels accompagnant, précédant ou suivant les crises goutteuses : vaso-dilatation locale, répercussion vaso-constrictive à distance, dilatation cardiaque (ictus, angor, palpitations, etc.).

Les manifestations cardio-vasculaires passagères sont alors, suivant les cas, ou bien exclusivement fonctionnelles, ou bien dues à un spasme surajouté à une lésion artérielle latente et préexistante.

Ainsi donc sont manifestement exagérées les conceptions des anciens auteurs considérant, comme Huchard, que la goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur.

« Pourquoi ne pas remplacer la question orale (*Concours de l'Internat*), par un examen de malade ? La composition écrite est nécessaire. Elle témoigne des connaissances acquises. Mais le concours oral, à quoi rime-t-il ? La mémoire du candidat a déjà inscrit le bilan de ses richesses dans les compositions d'anatomie et de pathologie.......

« Pourquoi s'obstiner dans la routine et imiter le Moyen-Age qui ne concevait le mérite que dans la démonstration de la puissance verbale ? » (*Journal des Praticiens*, 14 septembre 1935. Une réforme du concours de l'Internat.)

Le Foie des goutteux

Par le Professeur NOEL FIESSINGER

M. Noël Fiessinger, après avoir schématisé l'opinion actuelle qui considère la goutte comme la conséquence d'une déficience fonctionnelle dans l'arrêt et la transformation de l'acide urique, cherche à en établir les bases physiologiques ou pathologiques. Cette opinion a été surtout établie par les recherches expérimentales sur le chien. Il est incontestable que le foie de chien métabolise l'acide urique, mais par un ferment, l'uricase, qui transforme l'acide urique en allantoïne. Or, ce ferment suffit pour individualiser le foie du chien. L'étude des oiseaux, qui eux font de la goutte, serait, *a priori*, plus instructive, mais, chez ces animaux, l'acide urique se forme par voie synthétique aux dépens des amino-acides et des sels ammoniacaux. Des constatations expérimentales sur la goutte des animaux, auxquels il faut joindre le porc et l'alligator, l'auteur montre que, chez l'homme, le foie est autant, si ce n'est plus, plus producteur que destructeur d'acide urique. Le foie, s'il arrête l'acide urique préformé, métabolise autant les mononucléoïdes par une phosphatase que les amino-purine-nucléosides par une désamidase, les oxypurines-glucosides par une nucléosidase et les oxypurines par une xanthinoxydase. Ainsi la physiologie n'apporte au problème hépatique de la goutte qu'une solution incomplète. Tout ce que l'on sait, c'est que l'on n'a plus le droit de conclure du chien à l'homme, pas plus que l'on n'a eu le droit de conclure des oiseaux au chien.

Force nous est donc de consulter l'état fonctionnel du foie chez les goutteux. Or, si le foie de goutteux est augmenté de volume, c'est qu'il prend plus de place dans les gros foies de surcharge que dans les foies lésionnels. La cholémie est presque normale. Et si la courbe glycémique s'élève et s'étale, si les concentrations galactosuriques sont un peu anormales, la fonction chromagogue est normale, le métabolisme azoté est peu modifié. On ne trouve, en somme, qu'une élévation anormale de l'uricémie et de la cholestérolémie, mais il s'agit en réalité plus de stigmates sanguins goutteux que de stigmates hépatiques. L'auteur étudie en outre les connaissances possibles actuellement sur le mode du métabolisme des purines dans leur rapport avec la fonction hépatique.

Quelles sont les altérations du foie dans la goutte ? Il existe, chez les goutteux, des gros foies durs dont certains sont nettement des cirrhoses hypertrophiques. Quand ces cirrhoses se développent et s'accompagnent de signes d'insuffisance hépatique, les manifestations goutteuses disparaissent. L'ictère est rare chez ces goutteux et relève d'une cause adjacente.

La lithiase biliaire est fréquente chez les goutteux. Sur 380 observations personnelles de lithiase biliaire observées dans ces dernières années, N. Fiessinger ne trouve que huit observations où la colique néphrétique s'associe à la lithiase. Cela fait une proportion de 2,10 %. Par contre, sur 28 graveleux, on trouve huit fois l'association de la lithiase biliaire. Ce qui fait une proportion de 28,5 %. Tous les goutteux présentent à la fois de la cholestérolémie plasmatique et de l'hyperuricémie. Quand les deux lithiases, biliaire et urinaire, coexistent chez le même sujet, c'est la lithiase rénale qui fait la première son apparition. Cette affirmation de Chauffard et Debray conserve toute son exactitude.

Mais N. Fiessinger, en terminant son rapport, montre que la lithiase biliaire ne se lie pas plus dans la goutte à l'hypercholestérolémie que le tophus goutteux ne se lie à l'hyperuricémie. Pour lui, le foie agirait en laissant en circulation des purines non métabolisées ; celles-ci seraient la cause déterminante de la phlegmasie goutteuse, l'acide urique n'apparaîtrait que lentement *in situ* et ne passerait dans la circulation que comme « produit mort ». L'inconnu chimique de la goutte, c'est le métabolisme des purines et des xanthines. Le foie joue certes un rôle dans la purinolyse, mais il n'est pas seul à remplir cette fonction, l'organisme tout entier entre en jeu.

Le Rein goutteux

Par P. ABRAMI et A. LICHTWITZ

La question des rapports qui existent entre la goutte et le fonctionnement rénal est extrêmement complexe et des plus difficiles à résoudre. La raison en est principalement l'ignorance où nous sommes de la nature véritable du processus goutteux ; car il semble de plus en plus certain que le trouble du métabolisme urique ne représente qu'un témoin, et peut-être un des moins importants de ce processus. Réduits par conséquent aux seuls critères cliniques, nous sommes forcés de considérer comme également goutteux des sujets qui n'ont, au cours de toute leur existence, que des tophus plus ou moins nombreux, d'autres qui, sans tophus, ont quelques crises articulaires typiques ; d'autres chez qui surviennent en grand nombre et en grande fréquence dépôts tophacés et crises articulaires, etc... Comment espérer trouver une loi générale unissant la maladie goutteuse et les troubles rénaux, au milieu de documents si disparates ?

Pour mettre de l'ordre dans ce chapitre forcément chaotique, il faut envisager séparément deux problèmes :

1° Quels sont, chez les goutteux (cliniquement définis), les manifestations rénales que l'on constate ? Question surtout de fait ;

2° Quelle influence, à l'inverse, le fonctionnement rénal exerce-t-il sur la goutte ? Question, surtout, d'interprétation et d'hypothèse.

I. — Chez beaucoup de goutteux — mais non chez tous — on peut observer diverses manifestations rénales : *albuminurie simple*, contemporaine des crises articulaires ou apparaissant dans leur intervalle ; *lithiase rénale* (rein de Rayer) résultant de la précipitation intracanaliculaire de l'acide urique, non en raison de l'excès de ce corps, mais du moindre pouvoir dissolvant de l'urine ; enfin et surtout *sclérose rénale* (rein de Todd).

Cette sclérose rénale, lentement progressive, ne diffère en rien, cliniquement ou anatomiquement, des autres « néphrites interstitielles » d'origine vasculaire, en particulier de celles qui sont associées au diabète, à l'obésité, ou qui surviennent, vers la cinquantaine, chez les descendants de tels malades. Seulement, dans un certain nombre de cas, la néphrite chronique goutteuse porte une *marque clinique spécifique* : la présence, dans la région médullaire de cristaux d'urate de soude, qui semblent bien, dans la majorité des cas, résulter d'une précipitation de ces sels dans le tissu interstitiel du rein. Et ici encore, comme pour la lithiase, cette précipitation paraît provenir des qualités spéciales — et encore ignorées — du liquide interstitiel et non d'une excrétion excessive des urates.

Toutes ces lésions rénales sont-elles réellement le fait de la maladie goutteuse ? Nous ne le pensons pas. Ce sont des néphropathies métaboliques, liées au terrain particulier sur lequel se développent goutte, gravelle, obésité, diathèse, et dont nous ne savons pas, à l'heure actuelle, donner une définition biologique. Le processus goutteux, s'il est vrai qu'il réside dans une déviation du métabolisme urique, ne peut être tenu pour responsable de la néphrite chronique des goutteux. Les lésions rénales que l'on a créées expérimentalement (par des injections répétées et massives d'acide urique), ne ressemblent en rien au rein de Todd ; chez l'homme, ce ne sont pas les plus grands goutteux ni les plus anciennement atteints qui présentent toujours les signes de cette prédisposition ; son évolution est absolument indépendante de celle de la maladie articulaire : et dans des affections comme les leucémies chroniques, où l'excrétion de l'acide urique est beaucoup plus anormalement intense que dans la goutte, on n'observe pas le développement du rein de Todd. Goutte et néphrite chroniques sont, pour nous, deux associations morbides, relevant de causes métaboliques plus profondes ; et si la néphrite chronique des goutteux offre la particularité de s'accompagner parfois de dépôts cristallins d'urate de soude dans le tissu interstitiel rénal, c'est que la caractéristique chimique de la goutte est, pour nous, l'aptitude anormale de certains tissus à provoquer, par suite de modifications physico-chimiques, peut-être de variations de leur pH, la précipitation des sels uriques *in situ*.

II. — Le fonctionnement rénal exerce-t-il, à l'inverse, une influence sur le développement et sur l'évolution de la goutte ? C'était l'opinion de Garrod, pour qui l'imperméabilité du rein à l'acide urique engendrait une hyperuricémie, dont les conséquences étaient le dépôt des urates dans les tissus articulaires et sous cutanés.

L'étude du comportement rénal à l'égard de l'acide urique sanguin est très délicate ; elle se heurte à de nombreuses causes d'erreur : ignorance où nous sommes de l'état exact dans lequel se trouve l'acide urique du sang ; ignorance du mécanisme de son excrétion rénale ; difficulté d'effectuer des bilans exacts, en raison des mutations variables de l'acide urique et des purines de l'alimentation ; impossibilité de faire la part réelle de l'uropexie tissulaire, etc...

En opérant le plus exactement possible, chez un certain nombre de goutteux avérés, nous avons pu nous rendre compte des faits suivants :

1° Soumis au même régime que des sujets normaux, et avec une uricémie équivalente ou même supérieure, les goutteux éliminent l'acide urique en quantité inférieure et en concentration moindre, dans l'intervalle des crises articulaires.

2° Cette hypouricurie persiste et le plus souvent même s'exagère, quand on met les goutteux à l'épreuve de l'élimination urique provoquée ou à celle de la concentration.

3° Par contre, pendant les crises articulaires, on constate, d'une manière paradoxale, une uricurie exagérée.

Toutes ces constatations ont besoin d'être reprises, concurremment avec l'état de la constante uréo-sécrétoire, qui se montre très précocement et généralement altérée chez les goutteux.

Mais, à tenir les faits pour constants, l'existence d'une imperméabilité relative du rein à l'acide urique ne peut nullement être considérée comme la cause de la goutte. Cette imperméabilité ne peut même pas être retenue comme un facteur aggravant de l'évolution : d'une part, en effet, l'hypouricurie ne s'accompagne pas forcément d'hyperuricémie : en second lieu, il n'y a aucun rapport, parmi les malades, entre le degré de l'hypouricurie et la fréquence ou l'intensité du processus de précipitation tissulaire, caractéristiques de la goutte ; en troisième lieu, au cours de l'évolution de la goutte chez un malade donné, on voit fréquemment les manifestations articulaires et les dépôts tophacés ne plus se produire, alors qu'augmente la rétention uratique. Enfin, les hypouricuries des brightiques azotémiques qui s'accompagnent d'une hyperuricémie plus élevée que celle des goutteux, ne donnent pas naissance à des accidents goutteux.

En somme, à l'exception du phénomène que nous considérons comme le seul caractéristique de l'état goutteux, à savoir : la tendance à la précipitation de l'urate de soude dans certains tissus, en raison, non pas d'une uricémie excessive, mais d'une modification anormale des liquides interstitiels (peut-être de leur pH) : l'étude des rapports uriques sang-urine ne permet pas, dans l'état actuel de nos connaissances, d'éclairer la pathogénie de la goutte.

Troubles nerveux chez les goutteux

Par le Professeur RIMBAUD et le Docteur ANSELME-MARTIN

Si chez les auteurs classiques, on retrouve encore la goutte parmi les causes étiologiques de nombreuses affections nerveuses, une enquête des plus sévères appuyée sur des recherches humorales et cliniques, seuls critères vrais de cette affection, montre en réalité la rareté relative des accidents nerveux indiscutablement imputables à la goutte.

Ces accidents peuvent être classés en trois catégories :

1° Les troubles nerveux de nature vraiment goutteuse ;

2° Les divers états nerveux accompagnant les manifestations aiguës et chroniques de la goutte ;

3° Les équivalents nerveux de la goutte.

I. — *Les troubles nerveux de nature vraiment goutteuse*

Les tests humoraux, hyperuricémie seule ou associée à hyperoxalémie, hypercholestérolémie, hypercalcémie, augmentation des albumines du sérum, sont loin d'être constants au cours des manifestations nerveuses de la goutte.

En leur absence, les signes cliniques, tels que le caractère aigu, mobile et paroxystique des accidents nerveux, leur alternance avec les crises articulaires, ou leur amélioration par les médicaments dits spécifiques, comme le colchique, sont souvent nécessaires pour attribuer à la goutte de pareils accidents.

Parmi eux nous relevons d'abord :

a) Les accidents nerveux qui accompagnent l'accès de goutte : céphalées, troubles du caractère, irritabilité, irascibilité et, à un degré supérieur, véritables délires, diffus ou systématisés.

b) Les accidents de goutte cérébrale, dite goutte remontée : l'ictus apoplectique, tantôt mortel, tantôt curable, avec reliquat hémiplégique ; les crises convulsives de type comitial, avec état de mal possible et même coma.

Ici la discrimination est difficile. Ces accidents pouvant aussi bien ressortir d'une fluxion encéphalique de même cause que la fluxion articulaire, ou être une simple manifestation contingente secondaire à l'insuffisance rénale fréquente chez les goutteux.

c) L'artérite cérébrale goutteuse.

L'auto-intoxication goutteuse n'est qu'un facteur entre bien d'autres de l'artério-sclérose cérébrale et de ses manifestations, notamment l'hémiplégie.

Seules la brusquerie du déficit moteur, sa régression rapide et son alternance avec les poussées articulaires lui donnent quelque spécificité étiologique.

d) Les accidents médullaires goutteux.

Qu'il s'agisse d'hématomyélie ou de médullo-sclérose, ils sont généralement réalisés par l'intermédiaire de l'artérite goutteuse.

e) La méningite goutteuse.

C'est peut-être la manifestation nerveuse qui trahit le mieux son origine goutteuse.

Carrière (de Lille) qui en rapporte les deux premiers cas en 1903, donne comme test étiologique, outre la présence dans le liquide céphalo-rachidien de cristaux d'urate de soude : l'apparition brusque et subitement intense des symptômes ; l'hérédité uricémique des deux malades, et chez l'un d'eux l'existence de manifestations arthritiques antérieurs (asthme).

Colleson, tout récemment (1934), à l'occasion de deux cas récents, insiste sur la valeur de l'alternance entre les accidents méningés et des accès de goutte articulaire franche.

Quant à la pathogénie, elle se résume en deux hypothèses : action directe sur la séreuse de l'acide urique ; analogie du choc méningé et des accidents sériques.

f) Les névrites, névralgies et myalgies goutteuses.

C'est dans ce groupe que les abus les plus grands ont été commis ; que de névralgies ou de névrites étiquetées à tort « goutteuses » ! Et c'est pourtant ici qu'une discrimination sérieuse basée sur les tests plus haut exigés, montre l'extrême rareté de l'atteinte des nerfs périphériques dans la goutte.

g) Les troubles psychiques.

Ces états, qu'il s'agisse de simples dépressions mélancoliques ou de délire avec excitation maniaque précédant ou suivant l'accès entrent plutôt dans le cadre des troubles nerveux chez les goutteux ci-après.

II. — Troubles nerveux accompagnant les manifestations aiguës et chroniques de la goutte

S'il ne faut pas prétendre que tout ce qui survient chez les goutteux est de nature goutteuse, il y a cependant certains états nerveux qui ont avec la diathèse des relations indirectes, certes, mais indiscutables (Paillard).

a) Artérite cérébrale et cérébro-sclérose des goutteux.

Ce sont des manifestations artérielles non spécifiques qui dépendent des mêmes causes que la goutte elle-même. Peut-être les céphalées, vertiges, état psychique spécial des goutteux ressortissent-ils à cet état de cérébro-sclérose associée.

b) Algies des goutteux.

C'est à tort, avons-nous dit, que sont dénommées goutteuses des algies qui ne font pas leur preuve chez des sujets de souche arthritique. En effet, elles ne s'apparentent qu'indirectement à la diathèse goutteuse, telles en particulier les radiculalgies et funiculites secondaires aux arthroses vertébrales.

Quant aux myalgies et cellulites, elles relèvent plutôt de troubles circulatoires locaux.

c) Névroses et état psychique des goutteux.

Il est bien difficile d'établir des rapports étroits entre la goutte et ces diverses manifestations psychiques, mais il est certain que si la goutte ne crée pas la psychasthénie, ni la neurasthénie, la discipline d'hygiène qu'elle impose, les états douloureux qu'elle détermine et les troubles humoraux qui la conditionnent sont indiscutablement pour elle des conditions favorisantes.

III. — Les équivalents nerveux de la goutte. Goutte et migraine

Divers troubles nerveux paraissent se rattacher à la crise de goutte aiguë qui s'efface devant eux. On est en droit, dès lors, de les considérer comme de véritables équivalents goutteux.

Ce sont des cas de coryza spasmodique, d'asthme, de vomissements cycliques et acétonémiques de l'enfant, d'angor, d'urticaire, de spasmes cérébraux et surtout de migraine.

C'est entre migraine et goutte que les rapports sont les plus certains, encore que l'on ignore si la migraine est une manifestation clinique de la goutte (Tissot, Trousseau) ou si leur association est fortuite sur un terrain commun d'élection (Pasteur-Vallery-Radot).

Ce terrain commun serait caractérisé par un état de déséquilibre vago-sympathique que l'on met en évidence aussi bien dans les crises de migraine que dans l'accès de goutte vraie.

On voudrait aller plus loin dans la pathogénie et dépister la cause déclenchante qui, agissant sur ce terrain, pourra déterminer l'une ou l'autre ou les deux manifestations. Il serait séduisant aussi d'incriminer l'hyperuricémie comme facteur déclenchant. Mais nos propres constatations et celles de divers auteurs montrent que si l'élévation du taux d'acide urique est loin d'être constante chez les vrais goutteux, elle est encore plus rare chez les migraineux.

Il en est de même pour les autres corps azotés et il semble qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas chez les migraineux de test humoral précis et spécifique.

En résumé, la goutte n'aime pas le système nerveux. Sortie de l'articulation, elle perd sa spécificité symptomatique, car elle manque de tests humoraux et anatomiques indiscutables.

Seuls les critères cliniques moins précis permettent son identification. C'est donc l'analyse symptomatique sévère qui fixera leur juste limite aux troubles nerveux dus à la goutte pour les différencier des états nerveux qui ne sont qu'associés à la goutte et de ses équivalents.

Cette discrimination faite, on pourra alors utilement les combattre et les prévenir efficacement.

Etudes biochimiques sur le tophus goutteux et sa genèse

Lésions anatomo-pathologiques de la goutte

Par le Professeur Jean TAPIE et André GARIPUY
(de Toulouse)

L'anatomo-pathologiste qui se propose d'étudier l'ensemble des lésions qu'il rencontre à l'encontre d'un goutteux ne doit pas oublier que beaucoup d'entre elles constituent une résultante et ne sont pas spécifiquement goutteuses. S'il est possible de reconnaître celles qui relèvent directement de la goutte, nous ignorons le substratum lésionnel du terrain commun à la goutte et à d'autres affections ; et lorsque la goutte est associée à certaines maladies, telles que la syphilis et le saturnisme, il est difficile d'établir la part exacte de chacune d'elles dans le déterminisme des lésions : l'anatomie pathologique n'apporte enfin que des données très vagues dans l'étude de la « goutte larvée ».

Les auteurs se proposent se décrire plus spécialement les lésions goutteuses les plus caractéristiques, c'est-à-dire le tophus, les localisations articulaires et péri-articulaires ; de montrer ensuite comment une orientation histo-chimique nouvelle et la notion de l'inflammation hyperergique ont permis à l'anatomie pathologique d'apporter une contribution intéressante à l'étude physio-pathologique de la maladie goutteuse.

I. — La goutte viscérale

La signature spécifique de la goutte ne se retrouve dans aucun viscère : les termes de « foie goutteux », « cœur goutteux », sont


COEFFICIENT DE FIXATION
du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0

éminemment critiquables du point de vue anatomo-pathologique, et la notion classique du « rein goutteux » comporte elle-même quelques réserves.

a) Le rein des goutteux. — La goutte réalise par auto-intoxication progressive un type parfait de néphrite atrophique lente dont on a souvent souligné les analogies avec la néphrite saturnine ; l'association des deux intoxications (goutte saturnine) aboutit presque toujours au mal de Bright. On connaît bien l'aspect macroscopique du petit rein goutteux, de même que ses altérations microscopiques qui se résument dans une sclérose irrégulière frappant à la fois les glomérules, les parois vasculaires et le tissu interstitiel. Cette néphrite a peut-être une origine vasculaire. Des poussées inflammatoires subaiguës entraînent la formation de petits amas de cellules rondes qui peuvent créer des difficultés de diagnostic avec la néphrite des vieux syphilitiques. L'existence de dépôts d'urate de soude à l'intérieur des tubes collecteurs et surtout dans le tissu interstitiel des pyramides est considérée comme la signature de l'intoxication goutteuse, mais ces dépôts ne sont pas constants et on peut les observer dans des maladies qui n'ont rien de commun avec la goutte ; ces réserves faites, l'infiltration uratique d'un petit rein brightique présente une valeur diagnostique indiscutable. On ne doit pas identifier d'une façon absolue le rein de la gravelle et le rein des goutteux.

Il n'est pas démontré que la goutte soit la cause exclusive de cette néphrite : le terrain, les troubles complexes du métabolisme jouent un rôle important dans le déterminisme des altérations rénales.

b) L'appareil cardio-vasculaire des goutteux. — Les lésions cardio-vasculaires qu'on trouve à l'autopsie des goutteux : stéatose cardiaque, sclérose hypertrophique du ventricule gauche, athérome aortique, phlébites et artérites, ne diffèrent en rien de celles que réalisent d'autres intoxications et diverses infections chroniques. Lorsque la goutte est associée à la syphilis, le rôle de cette dernière paraît plus important ; il faut souvent faire une part à la sénilité. La formation de dépôts uratiques sur l'endocarde est exceptionnelle, elle ne saurait légitimer la description d'une « endocardite goutteuse ». Il est enfin exagéré d'affirmer que « la goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur ».

c) Le foie des goutteux. — Nul ne conteste l'importance du rôle joué par le foie dans le déclenchement des accidents chez les goutteux ; mais, à l'autopsie de ces sujets, les lésions hépatiques, décelables par nos techniques, sont inconstantes et généralement discrètes; on ne trouve pas d'infiltration uratique; la congestion du foie et sa dégénérescence graisseuse, la cirrhose, lorsqu'elles existent, dépendent d'un facteur surajouté : insuffisance cardiaque, alcoolisme, lithiase ou syphilis. La réalité des hépatites goutteuses n'est pas démontrée.

d) L'appareil respiratoire des goutteux. — Le larynx peut être le siège d'incrustations uratiques comme l'avaient bien vu Garrod et Virchow. Bence Jones a signalé l'infiltration uratique des parois bronchiques; il s'agit là de localisations rares des dépôts tophacés. L'autopsie montre en général des lésions banales de l'appareil broncho-pulmonaire.

e) Les lésions du système nerveux. — L'anatomie pathologique n'a pas fourni la preuve d'une « goutte nerveuse ». On ne saurait admettre l'existence de l'encéphalite ni de la myélite goutteuses; les névralgies et les névrites relèvent en réalité d'une compression nerveuse par des dépôts uratiques vertébraux.

L'anatomie pathologique n'apporte, en somme aucun argument sérieux à la notion de la goutte viscérale dont la clinique a depuis longtemps établi la réalité.

II. — Le tophus goutteux

Seul ou associé à la goutte articulaire, il constitue la lésion anatomo-pathologique la plus spécifiquement goutteuse. Du point de vue histologique, on peut opposer le tophus à développement insidieux dont le bord libre de l'oreille est la localisation la plus commune, et le tophus à début inflammatoire, généralement juxta-articulaire.

a) Tophus a développement progressif. — Tuméfaction de volume variable, d'abord recouverte de peau saine, de teinte un peu jaunâtre et qui durcit irrégulièrement par le développement à son intérieur de « perles tophacées ». Son accroissement peut entraîner la perforation spontanée du tégument et laisser une cicatrice indélébile après l'évacuation d'une bouillie crémeuse.

L'étude microscopique commencée par Garrod et Budd, a été complétée par Chauffard, dont la description est devenue classique : le centre du tophus est constitué par une masse anhiste d'aspect pseudo-nécrotique (Ebstein), parsemée de cristaux uratiques isolés ou réunis en gerbes. Des éléments giganto-cellulaires et des cellules lympho-conjonctives entourent les cristaux périphériques ; lorsque le tophus est ancien, ces éléments font place à un tissu conjonctif dense, renfermant de rares cellules et quelques vaisseaux.

Le centre du tophus est constitué par des substances adipo-lipoïdiques où domine la cholestérine. L'importance réciproque des dépôts cholestériniques et des cristaux d'urates est très variable ; ces derniers occupent la zone périphérique et présentent exceptionnellement un siège intracellulaire (Achard et Feuillée). Autour de ces dépôts se développe un tissu fibrillaire ou fibroblastique, dans lequel on peut distinguer : des cellules géantes multinucléées à protoplasma amphophile ou légèrement basique, possédant une fonction phagocytaire à l'égard des cristaux uratiques ; des lymphocytes ; des monocytes ; des plasmazellen et quelques polynucléaires qui sont pour la plupart des éosinophiles dérivant directement de la transformation des histiocytes du tissu conjonctif. Dans le tophus ancien, la coque fibreuse périphérique peut subir la dégénérescence hyaline.

b) Le tophus a début inflammatoire. — Il débute par un œdème inflammatoire qui distend les mailles du tissu cellulaire sous-cutané ou les gaines tendineuses et dans lequel se dépose la bouillie uratique ; il forme ensuite une petite tumeur lisse ou lobulée, de consistance inégale, renfermant un magma crayeux de cristaux uratiques associés souvent à des tablettes de cholestérine et à des sels de chaux.

L'examen histologique montre un processus réactionnel intense : la masse anhiste centrale se réduit à de petits amas qu'entourent des éléments cellulaires variés : cellules géantes englobant les cristaux d'urate, lymphocytes, moyens et grands mononucléaires, plasmocytes, histiocytes isolés ou groupés en amas ; les polynucléaires sont rares ; des fibres conjonctives s'insinuent entre ces éléments ; une néo-formation capillaire complète la réaction inflammatoire. A la périphérie, on trouve des histiocytes et des fibroplastes qui élaborent un tissu conjonctif plus ou moins dense.

Ces tophus se résorbent spontanément ou s'accroissent par poussées successives.

Il existe des cas intermédiaires entre les deux variétés de tophus : un tophus à début insidieux pouvant devenir ultérieurement le siège de poussées fluxionnaires.

c) Mode de formation du tophus. — La théorie classique envisage le tophus comme une précipitation locale et une conséquence directe de l'hyperuricémie souvent associée à l'hypercholestérinémie. Ses localisations électives résulteraient de conditions circulatoires défectueuses ou de petits traumatismes répétés ; le voisinage des cartilages constitue aussi un point d'appel pour les précipitations uratiques (Almagia, Brugsch et Citron). La réaction qui s'organise autour des zones de précipitation est constituée par des éléments appartenant au système réticulo-endothélial (M. Wolf) ; cette inflammation à type lympho-histioblastique s'oppose à l'inflammation polynucléaire banale. La résorption des substances précipitées est aussi l'œuvre des monocytes et des cellules géantes qui en dérivent. Le tophus s'accroîtrait par dépôts successifs, à la façon d'un thrombus.

Cette théorie est passible de nombreuses objections surtout en ce qui concerne le tophus à début aigu ; pour ce dernier, on peut se demander si les lésions inflammatoires ne précèdent pas la précipitation uratique. Les essais de reproduction expérimentale ne sont pas non plus favorables à la théorie classique. En se basant sur ces faits, certains auteurs ont assimilé le tophus à un accès de goutte en miniature et l'ont considéré comme la conséquence d'une réaction hyperergique.

III. — La goutte articulaire

A. — Goutte articulaire aiguë. — Son substratum anatomo-pathologique se résume dans des phénomènes inflammatoires associés à une précipitation uratique ayant pour siège la jointure ou les tissus périarticulaires. Cette fluxion peut se résorber spontanément ou aboutir à la formation d'un tophus ; lorsqu'elle se répète, elle entraîne des lésions articulaires indélébiles. Expérimentalement, His et Freudweiler, par l'injection intra-articulaire d'urate de soude, ont obtenu une réaction inflammatoire de la synoviale sans altération du cartilage.

B. — Goutte articulaire chronique. — A un stade avancé, la jointure forme une cavité à parois irrégulières remplie d'une bouillie crayeuse ; l'incrustation uratique épaissit et déforme les ligaments et les cartilages diarthrodiaux ; ceux-ci présentent des pertes de substance ; les extrémités osseuses sont sou-

◆◆

vent déformées. A la période initiale, les altérations peuvent être limitées aux cartilages qui ont perdu leur régularité et qui renferment des dépôts uratiques ; les lésions prédominent dans les régions où la nutrition du cartilage est la plus défectueuse et dans les zones d'implantation des ligaments intra-articulaires. A la périphérie, le cartilage peut proliférer au voisinage de l'insertion synoviale. La synoviale est le siège de petits nodules blanchâtres sans qu'il existe d'abord de grosses modifications du liquide synovial. Les extrémités osseuses peuvent rester normales : elles sont parfois déformées par un double processus d'ostéite hypertrophiante et raréfiante ; le périoste est souvent incrusté ; le tissu spongieux épiphysaire n'est atteint qu'après l'effondrement du cartilage diarthrodial (Brogsitter).

L'examen histo-chimique confirme la nature uratique des incrustations ; la présence de substances adipo-lipoïdiques a été signalée par Loeper et Verpy et par Dyce Duckworth.

a) Lésions du cartilage. — Les cristaux uratiques se précipitent au-dessous de l'assise superficielle, à la fois dans les cellules cartilagineuses et dans la substance intercellulaire ; les cellules sont gonflées ou atrophiées : leur protoplasma prend une teinte métachromatique ; elles prolifèrent sans obéir à une ordination régulière. La substance fondamentale se fendille et se segmente. Lorsqu'on enlève les dépôts uratiques, on trouve des foyers d'apparence pseudo-nécrotique dans lesquels la substance fondamentale a un aspect homogène et légèrement granuleux. Letulle et M.-P. Weil ont trouvé associées de la « nécrose fibrinoïde » dans la substance fondamentale et de la « nécrose mucoïde » débutant dans les capsules cartilagineuses.

L'infiltration uratique peut s'étendre à la totalité du cartilage et faire irruption dans la cavité articulaire ; le cartilage présente alors des érosions et des géodes d'aspect cratériforme.

b) Lésions de la synoviale. — Les dépôts uratiques se développent dans le tissu sous-endothélial et suscitent une réaction intense de voisinage qui favorise leur résorption. Contrairement à l'opinion de Münck, l'atteinte du cartilage n'est pas subordonnée à celle de la synoviale.

c) Lésions épiphysaires. — Lorsque l'épiphyse est envahie après effondrement du cartilage, il se produit un processus d'enkystement qui, à un examen superficiel, pourrait faire admettre à tort l'existence d'une localisation osseuse primitive ; cette réaction est à la fois l'œuvre de la moelle osseuse et du prioste. Dans ces cas, on trouve en général des lésions très graves de la jointure qui peuvent exceptionnellement aboutir à la constitution d'une ankylose.

d) Lésions des ligaments, des tendons et du tissu périarticulaire. — Elles ne présentent aucun caractère histologique spécial. Ici encore les urates se déposent dans les régions les moins vasculaires et provoquent une réaction fibro-conjonctive, pauvre en vaisseaux et en éléments cellulaires.

En somme, la goutte articulaire réalise une arthropathie dégénérative dont le caractère le plus spécifique est l'incrustatation du cartilage ; les lésions associées à l'infiltration uratique offrent plus d'une analogie avec celles qu'on observe dans certaines formes du rhumatisme chronique (Knaggs et Pemberton ; Besançon et M.-P. Weil). Il est impossible d'établir une barrière absolue entre l'arthropathie goutteuse et le rhumatisme chronique dégénératif. La présence des dépôts uratiques dans les articulations du goutteux n'est d'ailleurs pas un phénomène constant. Il existe, en outre, une lésion commune au rhumatisme chronique et à la goutte : la nodosité d'Héberden, qu'on peut considérer comme une forme anatomique spéciale du rhumatisme goutteux (Léri, Brogsitter, M. P. Weil et Delarue).

Filiation des lésions dans l'arthropathie goutteuse. — D'après les classiques, l'infiltration uratique du cartilage précède et commande ses altérations ; cette infiltration serait elle-même la conséquence de l'hyperuricémie et de l'affinité du tissu cartilagineux pour l'acide urique. Les dépôts uratiques, dont la résorption est très difficile, entraîneraient secondairement une réaction inflammatoire atténuée et des lésions dégénératives du tissu cartilagineux. L'arthropathie goutteuse représenterait une sorte de tophus débutant par le cartilage.

Pour Letulle et M.-P. Weil, les altérations du cartilage précèdent la précipitation uratique : la nécrose fibrinoïde du cartilage représente la lésion initiale de la goutte articulaire. Il existe des arthropathies goutteuses avec ou sans précipitations uratiques et l'on peut admettre l'autonomie du « rhumatisme goutteux ». Cette interprétation permet de rapprocher dans une certaine mesure toutes les lésions anatomo-pathologiques de la goutte et d'esquisser une interprétation physio-pathologique d'ensemble basée sur l'allergie.

IV. — Rôle de l'allergie dans le déterminisme des lésions goutteuses

Les travaux récents sur « l'inflammation hyperergique » ont trouvé une application intéressante dans l'interprétation des lésions goutteuses après que les expériences de Klinge, de Chini et Magrassi eurent montré que les articulations réagissaient d'une façon élective à l'inflammation allergique expérimentale. Des arguments cliniques, biologiques et expérimentaux avaient d'ailleurs depuis longtemps suggéré un rapprochement entre les diverses manifestations de la goutte et de l'anaphylaxie.

La recherche des lésions de l'inflammation hyperergique dans les diverses localisations de la goutte est difficile sur des pièces d'autopsie, car la « turgescence fibrinoïde » qui représente la lésion initiale est éphémère et elle subit un remaniement profond à la suite des précipitations uratiques ; on la retrouve cependant sur des tophus récents prélevés par biopsie, plus rarement dans les cartilages à la suite d'accidents articulaires aigus, dans les nodosités d'Héberden avant la constitution du granulome périphérique et de la réaction productive du tissu conjonctif (M.-P. Weil et Delarue). La réaction giganto-cellulaire et histo-monocytaire est aussi un argument important pour ceux qui admettent un processus d'inflammation hyperergique à l'origine de toutes les lésions goutteuses. Une synthèse serait dès lors possible sur le terrain de la physio-pathologie. Cette interprétation séduisante appelle cependant quelques réserves et exige de nouvelles recherches d'ordre expérimental.

V. — Conclusion générale

Grâce au perfectionnement de sa technique et à son orientation nouvelle, l'anatomie pathologique conduit à une interprétation moins simpliste des lésions goutteuses. Le rôle du système réticulo-endothélial dans la constitution du tophus est une notion indiscutable ; l'étude de l'inflammation hyperergique permet d'envisager une synthèse prochaine des diverses localisations de la goutte ; mais il serait prématuré de lui demander la clef du mystère qui plane encore sur la nature de la maladie goutteuse.

Les Troubles des échanges nutritifs chez les goutteux

Par le Professeur LOEPER et le Professeur agrégé LEMAIRE

La mémorable expérience de Garrod découvrant l'acide urique dans les humeurs du goutteux marqua pour longtemps les conceptions pathogéniques que se firent les auteurs de cette affection : la notion d'hyperuricémie n'apportait-elle pas à la goutte, dont par ailleurs la nosographie était quelque peu imprécise, un substratum physio-pathologique et même un test diagnostique ? C'est elle qui guida les recherches de nombreux auteurs sur le métabolisme des nucléoprotéines, sur la rétention sanguine ou tissulaire, sérique ou globulaire de l'acide urique, sur l'élimination rénale, la destruction hépatique, l'affinité articulaire des corps uratiques. Il en naquit un grand nombre de théories pathogéniques, dont aucune n'est absolument satisfaisante, pour la raison majeure qu'elles incriminent toutes la seule intervention de l'acide urique.

C'est le mérite des auteurs modernes d'avoir prouvé que d'autres corps chimiques interviennent dans le mécanisme de l'accès de goutte, dans la formation du tophus, dans la genèse du rhumatisme goutteux. Chauffard et Wolf, Loeper et Verpy démontrent la précipitation simultanée dans le tophus de la cholestérine et de l'acide urique, Loeper, Garcin et Tonnet y décèlent de l'acide urique. Rathery étudie les éliminations calciques du goutteux. Ainsi la conception de la goutte devient-elle infiniment plus vaste, puisqu'elle n'est qu'un cas particulier du groupe des maladies précipitantes, sa pathogénie plus complexe puisqu'elle reconnaît une perturbation de métabolismes très différents. Le malade y gagnera peut-être une thérapeutique mieux adaptée à ses troubles, et le médecin une sécurité diagnostique plus grande, contatation d'autant plus rassurante que la maladie, au dire de Bouloumié, a perdu actuellement beaucoup de sa spécificité clinique.

Le rôle pathogène de l'acide urique s'affirme à la suite des

BIBLIOGRAPHIE

Tous les regimes alimentaires. GUIDE PRATIQUE DU MALADE ET DE SON ENTOURAGE, par Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. 15e édition. Prix : 10 francs. N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

L'accueil réservé à cet ouvrage, tant par les médecins que par les malades, a engagé l'auteur à revoir entièrement et à compléter ce livre qui constitue une des meilleures mises au point de la question importante de l'alimentation. Dans les maladies, l'institution d'un régime alimentaire tient la première place et passe souvent avant la question des médicaments. Le malade trouvera dans ce livre les bases sur lesquelles repose chaque régime, les raisons qui font recommander ou déconseiller tel ou tel aliment, la liste des aliments permis et défendus dans chaque maladie, des types de menus, enfin des recettes culinaires à l'usage de tous les malades, en particulier des dyspeptiques, des hépatiques, des diabétiques.

Quelques chapitres nouveaux ont été ajoutés : les vitamines, la méthode de Whipple dans l'anémie, les régimes de la goutte aiguë, des rhumatismes chroniques infectieux, de la lithiase rénale, urique et oxalique, etc., etc...

En apportant ces modifications et ces additions, l'auteur a écarté, comme il l'avait fait précédemment, tout ce qui n'est pas pratique, tout ce qui n'est pas dans l'intérêt du malade ; il a gardé le même souci de clarté et de précision qui a assuré le succès des éditions précédentes.

Appareil circulatoire, par Ch. LAUBRY. Un volume de 186 pages avec 32 figures (Collection des initiations médicales). 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le nombre des symptômes des affections de l'appareil circulatoire grossit chaque jour par la multiplicité et l'ingéniosité de leurs méthodes d'examen, la richesse et le rajeunissement continuel de leurs associations symptomatiques, ce qui a fait dire à l'auteur de ce livre que l'étude des affections circulatoires n'est qu'une vaste étude sémiologique. Il vise donc moins dans ce livre d'établir un bilan sémiologique intégral que de pénétrer dans le mécanisme des symptômes consacrés, savoir comment on en doit user, leur faire dire ce qu'ils doivent dire et rien que ce qu'ils doivent dire.

Il envisage donc successivement :

1° Les notions élémentaires de structure et de physiologie cardiaques.

2° La sémiologie cardio-vasculaire, qui se subdivise naturellement en deux chapitres :

a) La sémiologie objective : en dépit de certains points communs, elle mérite d'être traitée à part pour le cœur et pour les vaisseaux.

b) La sémiologie fonctionnelle qui comprend surtout les grands troubles fonctionnels et généraux cardiaques.

3° Les grands syndromes cardio-vasculaires comprenant :

a) Les grands syndromes cardiaques auxquels se rattachent quelques entités morbides.

b) Les grands syndromes vasculaires.

Une dernière partie est consacrée aux insuffisances ventriculaires.

Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires, par Paul CARNOT, Maurice VILLARET et René CACHERA. Un volume de 152 pages avec 1 figures (Bibliothèque de Thérapeutique hydro-climatologique). 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre constitue une mise au point, d'ordre pratique et théorique, d'un des chapitres les plus importants de l'hydrologie. Peu de maladies, en effet, comportent autant d'indications crénothérapiques que celles du foie et des voies biliaires.

A cause de la multiplicité même des indications cliniques envisagées les auteurs présentent au début de leur travail un exposé critique des affections hépato-biliaires réellement justiciables de la thérapeutique hydro-minérale.

Ils étudient ensuite les grandes caractéristiques hydrologiques des stations françaises utilisées dans le traitement de ces affections.

Le chapitre le moins important de cet ouvrage n'est sans doute pas celui qui traite du mécanisme d'action des eaux minérales. Les auteurs ont développé tout spécialement, en effet, l'étude de cette question, encore mystérieuse par bien des côtés.

A l'aide des données les plus récentes de l'hydrologie expérimentale, ils montrent comment s'éclairent aujourd'hui en partie les raisons de l'efficacité d'une thérapeutique millénaire.

Pour ne pas quitter son caractère pratique, ce précis fournit ensuite un exposé détaillé des techniques de cure et des divers modes d'applications des eaux minérales.

Les facteurs climatiques, souvent sous-estimés en pathologie hépatique, sont ensuite envisagés.

Cet ouvrage se termine par une liste et une description succincte des stations hydro-climatiques françaises utilisées dans les maladies du foie et des voies biliaires.

Tout en donnant une large place aux notions théoriques nouvelles, ce livre ne s'éloigne donc pas du but essentiellement pratique qui lui est assigné.


PHANODORME
procure un sommeil paisible
et réparateur
suivi d'un réveil euphorique
non toxique, aucune action nocive
sur l'appareil rénal ou respiratoire,
ni accumulation, ni accoutumance.
en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20
BAYER
Littérature et échantillons
EDMOND RIGAL & Cie
26, Rue Vauquelin, 26
PARIS - Ve


VALENTINE'S MEAT JUICE
Richmond Virginia - Etats-Unis
RECONSTITUANT & FORTIFIANT
par excellence
Opinion du Dr CRUEL
(Le Havre)
D'un goût délicieux le « Jus de viande Valentine » est pris avec plaisir par les personnes les plus délicates et parfaitement supporté par les estomacs les plus mauvais. D'autre part, il constitue, sous un petit volume, un fortifiant de premier ordre.
Echantillon sur demande
au
Dépôt Général
Pharmacie Anglaise
des Champs-Elysées
62, Avenue des Champs-Elysées
PARIS (8e)
VALENTINE'S PREPARATION
MEAT JUICE.
R. C. Seine 30.488


MALADIES DU FOIE
HEPATIC EFA
EXTRAITS VÉGÉTAUX SANS TOXICITÉ, SANS INTOLÉRANCE
VÉSICULES DOULOUREUSES
INSUFFISANCE BILIAIRE. LITHIASE
- COLIQUES HÉPATHIQUES -
CHOLECYSTITES - DERMATOSES,-
MODE D'EMPLOI 1° LE MATIN A JEUN, UN CACHET DANS UN PEU D'EAU
2° 1/4 D'HEURE APRÈS, UNE AMPOULE DANS 1/4 DE VERRE D'EAU
SE VEND EN BOITE DE 12 CACHETS ET 12 AMPOULES DE 5cc BUVABLES
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES EFA CARENTAN (MANCHE)

recherches de très nombreux auteurs. Il se résume à la fin du siècle dernier en un schéma simple : hyperuricémie qui va croissant jusqu'à la crise de goutte aiguë, hyperuricurie au cours de la crise, celle-ci pouvant être considérée comme une crise d'élimination. Plus tard, quand la maladie vieillit, l'hyperuricémie devient permanente, mais elle trouve un exutoire, d'ailleurs imparfait dans l'éruption tophacée et l'infiltration uratique du cartilage. Malheureusement, l'hyperuricémie, non plus que l'hyperuricurie post-critique n'est pas constante dans la goutte aiguë. L'hyperuricémie ne va pas forcément de pair avec les tophi dans la goutte chronique. Bezançon et ses élèves incriminent alors divers dérivés uriques, corps uricogènes, acide urique salifié et combiné, étudient leur solubilité et leur rétention dans le plasma et les globules sanguins, et précisent leur rôle respectif dans la détermination des tophi. Malheureusement, pour si poussée que soit l'étude du métabolisme urique, une grande inconnue demeure encore : c'est la cause même de l'hyperuricémie, aucune considération ne nous permettant de choisir entre les solutions suivantes : excès d'apport alimentaire, ou formation endogène anormale, ou insuffisance d'élimination, ou encore insuffisance de destruction.

Le goutteux est presque toujours un hypercholestérinémique, et surtout à la période des tophi. Il est surtout un cholestéropexique, c'est-à-dire qu'il précipite avant tout la cholestérine. Chauffard et Wolf ont par ailleurs montré combien la précipitation de la cholestérine semblait indispensable à la précipitation de l'acide urique. Aussi est-ce à l'étude du rôle pathogène de la cholestérine que nous nous sommes particulièrement attachés. Considérant avec beaucoup d'auteurs que les dosages comparatifs de rétention sanguine et d'élimination urinaire, biliaire ou digestive, n'éclairent que trop partiellement le problème de la goutte, justement parce qu'ils négligent l'étape tissulaire, et ne donnent du rôle des produits retenus qu'un aspect en quelque sorte statique, nous proposons les trois épreuves suivantes :

L'intradermo-réaction cholestérinique ;
La floculo-réaction cholestérinique du sérum ;
Le pouvoir cholestérolytique du sérum.

Elles nous semblent particulièrement aptes à définir les qualités potentielles et dynamiques des humeurs et du tissu cutané du goutteux.

L'intradermo-réaction se pratique au moyen d'une solution huileuse de cholestérol (nous avons vérifié que le solvant huileux n'intervenait pas dans la réaction) ou d'une suspension colloïdale de cholestérine.

Positive dans la goutte tophacée, elle ne semble pas dépendre rigoureusement du taux de la cholestérinémie, mais elle accompagne généralement les fortes hypercholestérinémies. Elle a la signification d'une précipitation, et non pas d'une neutralisation comme la réaction de Schick, ou une sensibilisation allergique comme la réaction tuberculinique. Nous avons pu constater chez l'animal que la cholestérine colloïdale injectée se transformait *in situ* en cholestérine cristallisée.

La floculo-réaction consiste à mélanger à des dilutions décroissantes de sérum une même quantité de suspension colloïdale de cholestérine. Elle se montre généralement positive dans les poussées aiguës.

Le pouvoir cholestérolytique du sérum définit la possibilité qu'ont certains sérums déjà hypercholestériniques mis en présence de cholestérine de dissoudre une partie de cette cholestérine ou au contraire de précipiter une partie de la leur.

Nous avons envisagé la question en 1928. Les belles recherches de Tixier ont montré l'intérêt de la réaction que nous avions proposée. Chez le goutteux, le pouvoir cholestérolytique est selon le cas positif ou négatif. Nous signalons qu'il se montre souvent accru par une cure insulinique. Nous avons aussi remarqué qu'il était accru chez d'autres par les rayons U. V.

Pouvoir floculant des humeurs, pouvoir précipitant de la peau, cholestérolyse du sérum nous semblent particulièrement aptes à définir les inter-actions hémo-tissulaires de la goutte, comme de la plupart des maladies précipitantes, à apprécier les tendances critiques ou précipitantes d'un organisme à un moment donné de son évolution.

Ces considérations peuvent s'appliquer aux troubles du métabolisme calcique. Rathery a montré l'habituelle rétention calcique et l'hypocalciurie du goutteux, contrastant avec l'hypercalciurie post-critique. « C'est l'élimination calcique tissulaire, semble-t-il, qui commande la crise de goutte ». Il serait intéressant d'appliquer au goutteux l'épreuve du tophus calcaire provoqué (au moins de l'injection intradermique d'hypophosphite de chaux) que l'un de nous a étudié avec Mahoudeau et Tonnet dans certains rhumatismes chroniques.

L'étude des quelques goutteux que nous avons pu suivre ne nous permet pas de donner ces résultats comme des conclusions définitives, mais comme des indications qui appellent et justifient de nouvelles recherches. Elle permet au moins d'apprécier l'instabilité du milieu humoral du goutteux, les possibilités réactionnelles de ses tissus. La rétention complexe, pour le moins uro-cholestérino-calcique, est sans doute la raison de cette instabilité ; elle explique aussi les modalités de la crise de goutte, qui, banale dans son essence puisqu'elle peut être déclenchée par l'injection de substances non spécifiques (Bezançon) ne doit ses caractères qu'au terrain ou au milieu chimique et humoral sur lequel elle survient. Cette crise est l'indice d'une rupture d'équilibre entre les composés anormalement ou excessivement retenus ; elle aboutit tout au moins au début de la maladie à leur élimination ; la floculo-réaction peut servir à la prévoir. C'est quand les émonctoires deviennent insuffisants que la précipitation arthro-dermo-viscérale apparaît. Elle semble pouvoir être prévue par les intradermo-réactions.

Le Métabolisme de l'Acide urique

Par P. BRODIN et A. GRIGAUT

Si les manifestations cliniques de la goutte étaient déjà connues des Grecs et des Romains, sa cause véritable a été longtemps ignorée et sa pathogénie reste encore obscure. Le rôle probable de l'acide urique, entrevu après la découverte de sa présence dans le tophus par Wollaston, a été généralement admis à la suite de la constatation par Garrod de sa présence dans le sang des goutteux, mais la cause de cette rétention et le mécanisme physio-pathologique de l'accès de goutte et des précipitations uratiques restaient à préciser.

De 1920 à 1922, nous avons entrepris dans ce but une série de recherches sous la direction de notre maître le Professeur Chauffard : grâce à une technique précise, mise au point par l'un de nous, et dérivée des travaux américains de Follin et Denis, nous avons pu établir la fréquence de l'hyperuricémie, dans le sang des goutteux, discuter le rôle du rein dans cette rétention et mettre en évidence chez l'animal, le rôle régulateur du foie dans le métabolisme de l'acide urique. De l'ensemble de ces recherches, Chauffard concluait : « L'accès de goutte est une rupture d'équilibre colloïdal, se produisant chez des sujets en état d'équilibre humoral instable, à l'occasion de causes diverses ».

Ces travaux de Chauffard paraissent avoir été un peu oubliés des divers auteurs qui ont depuis étudié ce problème, et c'est pour les rappeler que nous avons accepté l'honneur de résumer les données actuelles sur le métabolisme de l'acide urique.

L'acide urique a été longtemps considéré comme un produit de dégradation des matières protéiques, moins simplifié que l'urée, et n'ayant pas abouti à la production d'urée par suite d'une oxydation moins complète. Des recherches plus récentes ont montré qu'il dérive, non des matières protéiques, mais des nucléo-protéides par l'intermédiaire de leur groupe purique. En augmentant fortement la ration d'albumine dépourvue de nucléo-protéides, on n'augmente pas l'excrétion d'acide urique, au contraire, l'ingestion de nucléo-protéides ou de purines libres fait monter à volonté la quantité d'acide urique dans l'urine. Ces nucléo-protéides peuvent reconnaître deux origines, et provenir des tissus ou de l'alimentation ; il y a donc une source endogène et une source exogène d'acide urique.

Peut-être faut-il être plus éclectique, car des travaux de Terroine, il résulte que chez des animaux inanitiés ou soumis au jeûne protéique, il se produit une formation synthétique de purines au dépens des déchets protéiques résultant de l'usure des tissus. Si donc l'origine essentielle de l'acide urique est dans la dégradation des nucléo-protéides, il se peut que dans certaines circonstances ils prennent naissance au dépens des matières protéiques des tissus.

Pourquoi y a-t-il rétention d'acide urique chez les goutteux ?

Cette rétention pourrait être liée à une insuffisance rénale car le rein ne possédant vis-à-vis de l'acide urique qu'un faible pouvoir de concentration, l'hyperuricémie est fréquemment le premier signe de déficience rénale. Ce mécanisme ne paraît pas

cependant intervenir à l'origine de la goutte, car, d'une part, le rein des goutteux, s'il est souvent touché à la fin, est en général normal au début, d'autre part, il ne se produit pas d'accident goutteux dans les néphrites chroniques avec forte rétention d'acide urique. Il ne semble donc pas que les altérations du rein jouent un rôle important dans l'hyperuricémie des goutteux.

L'absence d'élimination par le rein de l'acide urique retenu tient à une autre cause qui paraît être l'état physico-chimique sous lequel cet acide urique est retenu.

L'acide urique existe en effet dans le sang sous deux formes : une forme de combinaison minérale (urates, acides de soude, de potasse,de chaux) que l'on peut appeler acide urique libre et une forme de combinaison organique qui est l'acide urique combiné.

Chez le goutteux l'acide urique libre augmente, sans doute parce qu'il existe sous une forme qui le rend impropre à l'excrétion rénale. Il en résulte un déséquilibre minéro-minéral avec tendance à la floculation et à la précipitation, ce qui explique d'une part que la goutte soit une maladie précipitante, d'autre part, que cette précipitation puisse être déclenchée lors d'une crise de goutte, par une cause en apparence minime, telle qu'une substance alimentaire pour lequel le goutteux est sensibilisé.

La Pathogénie de la goutte et la genèse du Tophus

Par Pr. MERKLEN et M. WOLF

Pour bien comprendre le problème de la pathogénie de la goutte, il faut se représenter qu'il se compose de quatre facteurs essentiels : l'uricogenèse, l'uricolyse, les éléments contribuant à la constitution de l'hyperuricémie, les facteurs d'élimination de l'acide urique.

Il est certain, en dépit de quelques objections que, depuis la découverte par Garrod l'aîné, en 1848, de l'augmentation dans le sang de l'acide urique, une des questions essentielles réside dans la connaissance des causes et de la persistance de cette augmentation.

I. — L'uricogenèse

L'acide urique naît de la désintégration des nucléines. Comprendre la présence de l'acide urique dans le sang humain, c'est d'abord saisir la genèse et la constitution des acides nucléiques. A ce sujet, il convient de rappeler les travaux qui, depuis l'école de Kossel à la fin du XIXe siècle jusqu'à ceux d'Emile Fischer et de Levene, ont contribué à fixer définitivement la formule et la constitution de l'acide nucléique. On sait qu'il en existe deux prototypes, l'un pour la série végétale qui est l'acide nucléique de la levure ou inosine acide, l'autre pour la série animale qui est l'acide nucléique du thymus ou thymosine.

En règle générale, il s'agit de polynucléotides formés par l'agglomération de quatre acides nucléiques simples, soit sous forme d'ester, soit sous forme d'une autre combinaison chimique. Ces acides nucléiques simples sont tous construits sur un type identique. Une purine, ou plus rarement une pyrimidine, est en liaison avec un hydrate de carbone qui lui-même est en combinaison ester avec l'acide phosphorique. Cette structure toujours identique diffère cependant de la série végétale à la série animale, du fait que l'hydrate de carbone dans la série végétale est une pentose (une dribose), tandis que, dans la série végétale, c'est une hexose, hydrate de carbone à 6 C dont la formule exacte est encore mal déterminée parce que les auteurs récents ne sont pas d'accord pour lui attribuer une structure en chaîne simple ou au contraire une structure cyclique (cyclohexose).

Le rôle exact de ces acides nucléiques dans les noyaux, d'après les recherches les plus récentes, semble être surtout un rôle de tampon pour les compensations de variations de l'acidité ou de l'alcalinité du milieu nucléaire. Les corrections que peuvent effectuer ces acides sont des plus subtiles.

Le problème de la synthèse des acides nucléiques n'est pas résolu à l'heure actuelle. On sait que l'organisme jeune est capable d'en faire la synthèse ; de nombreux exemples montrent comment s'en acquitte l'organisme en croissance. Pour celui de l'adulte, le problème reste entier. Toutefois, la présence d'énormes quantités de noyaux dans les tumeurs, dans la leucémie et dans les processus suppurés massifs comme l'empyème prouve qu'il est capable d'aboutir tout au moins dans des cas pathologiques.

Les acides nucléiques sont soumis à différents processus fermentatifs, et cela selon deux ordres différents :

A. — Une série de ferments aboutit à la désintégration des nucléides en passant par le stade des nucléosides, ce qui veut dire que presque jusqu'au bout la liaison purine-glucoside reste intacte. Les phénomènes se passent dans ce cas de la façon suivante :

1° Une nucléinase transforme les polynucléotides en nucléotides simples. Ce ferment existe dans tous les organes et dans le suc pancréatique.

2° Une nucléotidase dégage des nucléotides le radical phosphorique, c'est-à-dire qu'une hydrolyse libère la combinaison ester entre le nucléotide et l'acide phosphorique et donne naissance aux nucléosides. Ce ferment se trouve dans le suc de tous les organes et dans le suc intestinal, mais il manque dans le suc pancréatique.

3° Une nucléosidase sépare enfin dans les nucléosides, l'hydrate de carbone des purines. Ce ferment se trouve dans le suc de la plupart des organes, mais il manque dans les sécrétions physiologiques du tube digestif.

Ces trois ferments sont des ferments hydrolytiques. La désamination se passe soit sur la molécule nucléotide, soit sur la molécule nucléoside après séparation de l'acide phosphorique. C'est à la suite de cette désamination que la molécule se désagrège donnant naissance aux oxypurines dont l'oxydation aboutit à l'acide urique.

Le pivot de tout ce processus est la molécule nucléoside.

B. — Il existe cependant la possibilité, dans des cas bien moins fréquents, que des aminopurines libres non liées à un hydrate de carbone puissent subir des phénomènes de désamination et d'oxydation analogues aux précédents et que, dans ces conditions, sous l'influence de ces « purines désamidases » (par exemple guanase et adénase), naissent des purines puis des oxypurines, qui donnent naissance à l'hypoxanthine et à la xanthine, et par oxydation (xanthine, oxydase) à l'acide urique.

La plupart des extraits d'organes et de tissus fournissent des ferments aptes à agir sur l'acide nucléique. Dans cet ordre d'idées, la transformation des acides nucléiques en acide urique constitue un processus diffus dans l'organisme ; tous les tissus sont capables de donner naissance à l'acide urique. Peut-être certains co-ferments, notamment au niveau du foie, en favorisent-ils la genèse. Aussi est-il possible, mais non démontré, que le foie intervienne plus particulièrement dans ce sens et qu'au niveau du foie la production d'acide urique soit plus abondante qu'au niveau des autres tissus ; mais, insistons-y, il s'agit toujours d'une prédominance et non d'une exclusivité.

II. — Uricolyse

L'élimination des déchets azotés se fait chez l'homme sous la forme d'urée pour les déchets albumineux banaux, d'acide urique pour les déchets nucléiques. Les mammifères éliminent également de l'urée, mais transforment la majeure partie de l'acide urique d'élimination en allantoïne. Quant aux oiseaux, ils transforment même leur urée en acide urique, de sorte que l'élimination azotée se fait presque uniquement sous forme d'acide urique.

L'acide urique du métabolisme intermédiaire est-il éliminé comme tel ou une partie subit-elle une désintégration uricolytique ?

Le problème est de savoir si chez l'homme ce dernier processus est possible. De nombreuses recherches ont été faites dans ce sens et beaucoup d'auteurs ont montré que l'ingestion alimentaire d'acide urique aboutissait non pas à une augmentation de l'acide urique urinaire, mais, au contraire, à une augmentation de l'urée dans les urines, d'où cette conclusion que l'intestin et le métabolisme intermédiaire avait réduit l'acide urique à l'état d'urée.

Mais dans ces expériences par ingestion alimentaire il n'était pas tenu compte d'un facteur qui, dans ces derniers temps seulement, a bien été mis en évidence par Thannhauser, le rôle des microbes intestinaux. Aucune recherche d'autre part, n'a pu déceler dans le sang la présence d'un produit de désintégration de l'acide urique, et il n'existe pas dans le métabolisme intermédiaire de substance de désintégration au delà du stade de l'acide urique. Dans sa traversée digestive par contre, ce



dernier est soumis à l'action de ferments uricolytiques d'origine microbienne, d'où libération de substances de désintégration qui augmentent le taux de l'urée urinaire. Toutes les expériences d'ingestions alimentaires pèchent par la base, en négligeant le rôle uricolytique des microbes intestinaux et en acceptant une action uricolytique dans le métabolisme intermédiaire, laquelle n'existe pas.

L'acide urique urinaire, tel que nous le rencontrons chez l'homme sain ou chez le goutteux, se compose de deux éléments : l'acide urique d'origine exogène et l'acide urique d'origine endogène. Leur ensemble forme pour les urines une quantité de 0 gr. 25 à 0 gr. 80 d'acide urique par litre, et dans ce taux l'acide urique endogène peut, d'après les recherches très minutieuses de Burrian et Schur, être estimé de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par litre. On constate que les chiffres urinaires dépassent largement la concentration de l'acide urique dans le sang, ce qui permet de prendre sur le fait la capacité de concentration du rein pour l'acide urique.

III. — *Hyperucémie*

Quoique existent un certain nombre de cas de goutte sans augmentation du taux de l'acide urique du sang, la grande majorité comporte une élévation souvent notable, atteignant quatre ou cinq fois le taux normal. Cette hyperuricémie n'est pas spécifique de la goutte. On peut la rencontrer dans d'autres affections, notamment au cours de la pneumonie au moment de la crise, au cours de la leucémie, etc... Pourquoi ces maladies et d'autres ne donnent-elles jamais lieu aux accès goutteux et aux manifestations de la goutte ?

Un facteur important se manifeste dans la goutte, appuyé sur différents arguments relatés dans les travaux de Chauffard et ses collaborateurs, de Loeper, etc., dans de nombreux travaux étrangers. On constate, en effet, que le rein y présente une imperméabilité très précoce et tout à fait élective à l'acide urique. Cette rétention urique est un phénomène essentiel, peut-être même le phénomène fondamental de la goutte. C'est en tout cas lui qui conditionne l'hyperuricémie. Ne peuvent devenir goutteux que des malades dont le rein offre cette particularité d'une imperméabilité spécifique à l'acide urique, ou encore des malades qui, néphritiques anciens par néphrite toxique par exemple (plomb), présentent à côté d'une imperméabilité plus ou moins générale du rein aux substances uréifiables, une difficulté de l'élimination de l'acide urique. Cependant, le rein n'est pas tout. La meilleure preuve en est que restent à expliquer les accès goutteux et les localisations tissulaires de la goutte, notamment le tophus.

IV. — *Accès goutteux et tophus*

L'étude clinique des accès de la goutte montre une similitude frappante avec toutes les maladies à crises, tel l'asthme. Il y a, on le sait, de véritables groupements morbides : asthme, goutte, eczéma alternent chez les membres de la même famille. Widal et son école, Klinger et d'autres ont beaucoup insisté sur les modifications de l'état colloïdal du sang en pareilles circonstances. Les conditions de suspension et de transport de l'acide urique, peut-être même ses conditions d'élimination par le rein, en subissent le contre-coup. Ce phénomène d'instabilité humorale, première condition indispensable pour la réalisation des accès, s'accompagne d'un état d'hypersensibilité du système neuro-végétatif, qui, se répercutant sur la perméabilité rénale en même temps que sur la stabilité du sang, se manifeste comme un facteur propre à conférer à l'instabilité humorale des goutteux un caractère spécial.

Celle-ci s'accompagne d'un phénomène tissulaire qui est comme son corollaire histologique : l'intervention aussi bien au niveau du sang que des tissus de la série histiocytaire. On peut se demander si l'histopexie, la rétention tissulaire ne sont pas constituées essentiellement par une « diathèse histiocytaire », à mettre près des diathèses classiques. La participation des histiocytes dans la structure du tophus, celle du tissu réticulo-endothélial dans la précipitation tissulaire para-articulaire sont hors de doute. Elles soulignent les particularités spécifiques des tissus qui collaborent au syndrome de la goutte. Le mésenchyme des goutteux, qu'il y ait incapacité de maintien en solution des urates dissous dans les humeurs, qu'il y ait tendance exagérée à leur absorption, notamment en présence de dépôts locaux de cholestérine dont le rôle est important, montre des phénomènes d'hypersaturation locale.

En résumé, hyperuricémie par manque d'élimination ; instabilité sanguine avec tendance exagérée à la précipitation (maladie précipitante) sous l'influence de la cholestérinémie et de certains facteurs neuro-végétatifs ; participation du système histio-monocytaire ; telles sont les données qui expliquent avant tout aussi bien la pathogénie de la goutte que celle de ses accès et les manifestations tissulaires qui en résultent.

Goutte et allergie

Par PASTEUR VALLERY-RADOT et G. MAURIC

De tout temps, les cliniciens ont été frappés de l'extrême sensibilité des goutteux à l'égard de certains aliments. Cette constatation devait être à l'origine d'explications pathologiques concernant l'accès de goutte et la diathèse goutteuse.

Dès 1908 fut entrevue par Billard une pathogénie anaphylactique de la goutte. Depuis, une série de recherches ont été entreprises tendant à démontrer que l'accès de goutte est une manifestation d'anaphylaxie ou que les lésions histo-pathologiques de la goutte sont dues à une allergie tissulaire.

I. — Arguments cliniques. — Les auteurs, tels que Billard, Linossier, Léri, Llewellyn, ont invoqué les similitudes qui peuvent exister entre l'accès de goutte et les crises s'observant dans les cas où un processus anaphylactique est en cause. Ils ont insisté sur la production de l'accès chez certains malades après l'ingestion d'aliments spécifiques. D'autre part, on a signalé, pour en faire un argument en faveur de l'origine allergique de la goutte, l'association, l'alternance ou la succession, chez un même individu, de goutte et de maladies dites allergiques.

Aucun de ces arguments cliniques ne permet de conclure que l'accès de goutte est une manifestation d'ordre anaphylactique.

II. — Les arguments biologiques sont de plus grande importance. Ils commencent avec les travaux de Widal, Abrami et Joltrain. Ces auteurs, en 1925, montrent que certains goutteux ont une cuti-réaction positive avec certains vins.

Gudzent a repris en 1935 sur une très vaste échelle cette étude des réactions cutanées chez les goutteux. Il trouve des intradermo-réactions positives avec des albumines hétérogènes et constate que la suppression de ces albumines peut amener la sédation des accès.

Ces recherches, du plus haut intérêt, démontrent une hypersensibilité spécifique chez certains goutteux, mais ne permettent pas de conclure d'une façon indiscutable à un état anaphylactique. Il faudrait d'autres preuves, telle que la démonstration du transfert local des anticorps anaphylactiques par la réaction de Prausnitz-Küstner.

III. — On a voulu considérer le tophus goutteux comme étant l'image d'une allergie tissulaire (Gudzent, Rondoni, Chini). Cette conception est discutable.

IV. — Les auteurs qui admettent que la goutte est une affection allergique n'en reconnaissent pas moins le rôle prépondérant que joue l'acide urique dans la diathèse goutteuse. Les études expérimentales de Chini tendent à montrer, dans le cadre d'une pathogénie allergique, le rôle dévolu au trouble du métabolisme des purines.

V. — Les auteurs concluent que le rôle de l'allergie à l'origine de la goutte n'est pas démontré d'une façon hors de contestation. De nouvelles recherches biologiques sont nécessaires.

Je doute que la formule hospitalière moderne avec son faux luxe, son mélange des classes, et ses conceptions administratives, soit à ce point de vue très heureuse et je regrette de voir, avec le nom, disparaître les hôpitaux de la Charité.

Je ne pense pas d'ailleurs qu'une telle disparition soit définitive, que ce nom soit effacé à jamais, ce sera tout au plus une éclipse, nous avons vu la Révolution faire un vieil hôpital de la Charité, l'hospice de l'Unité : le rythme éternel des choses a tout remis en place et qui se souvient encore de cette unité !... nous aimerions que le nom de la Charité soit conservé, comme l'a été celui de la Pitié, de l'Hôtel-Dieu et tant d'autres qui tirent leurs sources de nos traditions les plus vieilles, et du plus profond de notre race. » (Docteur Raphaël Massart. — Pour un hôpital de la Charité. *Le Concours Médical*, 1er septembre 1935.)

Traitement de la goutte

Thérapeutique médicale

Par Maurice PERRIN et Emile ABEL

La thérapeutique médicale de la goutte comprend un traitement de fond, qui est celui de l'uricémie, et un traitement des accidents de la goutte aiguë ou chronique. C'est de ces derniers seuls que nous nous occupons ici, en nous limitant à leur traitement médicamenteux.

Qu'il s'agisse de goutte aiguë ou de goutte chronique, il convient d'instituer, concurremment avec les MÉDICAMENTS SYMPTOMATIQUES, tels que les analgésiques, les antiphlogistiques, etc., des MÉDICATIONS PATHOGÉNIQUES, en utilisant les données suivantes :

1) La crise aiguë de goutte a les caractères d'un choc colloïdoclasique, doublé de déséquilibre acido-basique et vago-sympathique ;

2) Le goutteux chronique acquis est un intoxiqué de longue date par surmenage digestif et déficience du foie : il est, de ce fait, en état de sensibilisation, transmissible par hérédité : le goutteux héréditaire est avant tout un sensibilisé.

Donc, à la notion classique de la lithopexie, de la goutte « MALADIE PRÉCIPITANTE », s'ajoute celle de la goutte « MALADIE ANAPHYLACTIQUE » (hémotholie de Paillard).

I. — Goutte aiguë

La question ne se pose plus de savoir s'il faut, ou non, respecter l'accès de goutte, mais de faire un choix judicieux des médications, en subordonnant le traitement au degré d'intensité de l'accès, au type évolutif de la goutte, à l'état des fonctions cardio-rénales.

Les médications symptomatiques principales sont au nombre de trois :

1° LES DÉRIVÉS DE L'ACIDE SALICYLIQUE dont le chef de file est le salicylate de soude ;

2° LES DÉRIVÉS CINCHOPHÉNIQUES, à base de quinoléine, elle-même dérivée de la quinine (atophan et similaires). Comme le salicylate de soude, ils ont une triple action, antiphlogistique, analgésique et antithermique, à laquelle s'associe, secondairement, une action cholérétique et peut-être uricolytique. Mais ils ne sont pas inoffensifs, comme en témoignent les cas d'intoxication publiés depuis quelques années ;

3° LE COLCHIQUE, remède par excellence de la goutte aiguë. Le colchique exerce sur l'accès de goutte une action sédative et résolutive quasi-spécifique, dont le mécanisme reste mystérieux. Mais il a ses inconvénients et ses contre-indications : son maniement est toujours délicat, et la conduite du médecin, parmi les avis divergents sur la posologie, le moment et la durée de son emploi, ne doit pas être immuable : il s'agit là de cas d'espèces. Nous réservons le colchique aux crises franchement aiguës et intenses, chez les goutteux sthéniques, dont les fonctions cardio-rénales sont indemnes.

A ces médications symptomatiques seront utilement associées des médications pathogéniques, désensibilisantes, telles que l'auto-hémothérapie (Paillard), l'auto-sérothérapie, l'amino-acidothérapie (Finck), etc...

II. — Goutte chronique

Indépendamment des indications thérapeutiques essentiellement variées que posent les diverses manifestations de la goutte abarticulaire, le traitement de la goutte chronique doit viser, selon nous, quatre buts principaux qui sont :

1° L'ACTION ANTALGIQUE, par les dérivés salicylés et cinchophéniques ; nous déconseillons le colchique. Le venin d'abeilles peut être tenté dans les cas rebelles ;

2° L'ACTION DESINTOXIQUANTE ET DÉSENSIBILISANTE par les cholérétiques et les cholagogues (calomel), les désinfectants intestinaux, les cures de diurèse ;

3° L'ACTION ANTIURIQUE par les médications uricolytiques, à base de lithine, acide benzoïque, pipérazine, acide thyminique ;

4° L'ACTION TONIQUE, par le fer, les arsenicaux, le vanadium, l'acide phosphorique, chez les goutteux asthéniques.

En outre, la MÉDICATION ALCALINE mérite une mention spéciale, par la notoriété qu'elle a acquise, par ses résultats, plus empiriques que scientifiquement établis, par les discussions qu'elle a suscitées et qui ont abouti à une méthode antagoniste, LA MÉDICATION ACIDE, qui, elle aussi, a des succès à son actif.

Enfin, la MÉDICATION IODÉE trouve son utilisation dans les arthropathies fixées et les scléroses viscérales des goutteux.

Comme on le voit, d'après ce court résumé, la thérapeutique médicale de la goutte n'est pas une : à chaque cas particulier doit s'adapter une technique thérapeutique appropriée. Sa difficulté, l'incertitude des résultats incitent à porter avant tout ses efforts vers le traitement PRÉVENTIF, notamment chez les descendants de goutteux.

Diététique et Hygiène

Par le Professeur agrégé Guy LAROCHE

Les directives que réclament la diététique et l'hygiène des goutteux doivent reposer à la fois sur les résultats des examens biochimiques de leurs humeurs et de leurs tissus et sur les constatations cliniques de la médecine traditionnelle.

Tous les travaux biochimiques concernant la goutte sont extrêmement intéressants mais ne peuvent en donner jusqu'ici qu'une vision fragmentaire, par cela même incomplète et fausse. Il serait donc dangereux de soigner les goutteux en se basant sur des idées doctrinales dégagées de ces recherches de laboratoire.

La médecine traditionnelle fondée sur l'observation clinique doit toujours garder la première place.

Pour formuler un régime, le diététicien n'oubliera pas que chez son malade peuvent exister à un stade plus ou moins précoce des défaillances fonctionnelles hépatique, pancréatique, intestinale, rénale, des dérèglagles des systèmes nerveux et endocriniens, des troubles de métabolisme lipolipidique, glucidique, etc., souvent associés au trouble basal du métabolisme azoté et urique, enfin des foyers d'infection et d'intoxication qui réclament des soins particuliers.

Pour conseiller un régime et donner des règles d'hygiène à un goutteux, de même que pour lui prescrire des médicaments, on doit se représenter le malade comme une personnalité clinique, résultat complexe d'une hérédité donnée et d'acquisitions toxi infectieuses multiples.

L'expérience montre qu'il faut : 1° régulariser les fonctions digestives, gastriques et intestinales si souvent déréglées chez les goutteux ; 2° mettre au repos le foie surmené ; 3° stimuler tous les émonctoires : le foie, les reins, les poumons, la peau ; 4° régler et calmer le système nerveux végétatif et régulariser le fonctionnement des glandes endocrines dont le rôle, encore obscur, n'est cependant pas douteux.

La goutte est fille de la bonne chère et de l'oisiveté physique, disent les Anciens. L'histoire montre que la podagre a sévi dans tous les pays où la richesse et le luxe ont permis des repas riches en viande et en bons vins. Le fait est encore exact dans les temps modernes. Le remède consiste, comme l'écrivait Pétrarque à être pauvre ou à vivre pauvrement.

Aussi le médecin doit-il insister sur la nécessité du régime en même temps que sur l'horaire et la régularité des repas. La réduction des aliments doit porter surtout sur la viande, mais aussi sur l'ensemble de la ration alimentaire qui doit être relativement faible. Le rapporteur discutant la question de la qualité des aliments a prescrire conclut qu'on ne saurait à l'heure actuelle envisager une simple restriction des aliments riches en nucléo-protéides.

Il semble bien que le processus goutteux ne dépende pas simplement, comme on a pu le penser, d'une alimentation trop riche en purines, mais bien plutôt d'un trouble endogène du métabolisme azoté, aboutissant à une formation exagérée ou à une mauvaise élimination d'acide urique.

Quelles que soient les théories, il est un fait qui ressort de l'expérience clinique et des analyses biochimiques, c'est que le régime carné est préjudiciable aux goutteux et que le régime végétarien leur est favorable. Ce fait doit servir de directive

aux prescriptions diététiques, ce qui n'empêche pas de supprimer à ces malades les aliments trop riches en purines et en oxalates.

On interdira également les boissons alcooliques. Le régime sera modifié d'ailleurs plus ou moins en cas de goutte compliquée d'une affection rénale, de diabète, d'obésité, de troubles hépatiques ou gastro-intestinaux ou s'il s'agit d'un goutteux oxalurique ou présentant une forte hypercholestérolémie.

Les mêmes principes d'hygiène alimentaires doivent s'appliquer aux enfants issus de race goutteuse, afin de corriger le plus tôt possible la tare héréditaire.

L'hygiène générale des goutteux adultes et des enfants de goutteux est aussi importante que leur régime alimentaire. Parmi les moyens qui sont en notre possession pour lutter contre la diathèse, il faut placer en tête les exercices physiques avec respiration méthodique. Leur nécessité n'est pas douteuse, surtout pour les habitants des villes dont l'activité physique très réduite ne compense plus une activité cérébrale excessive et ne règle plus d'une façon harmonieuse le développement et le fonctionnement du corps humain.

Par eux seront mieux équilibrés le système nerveux et les glandes endocrines, les organes d'excrétion et les muscles. Nombreux sont les exercices de gymnastique que l'on peut prescrire. La plupart sont excellents, ainsi que les sports sans compétition et les jeux, pourvu que les sujets fassent des efforts musculaires assez importants pour provoquer en peu de temps une sudation légère, mais avec des pauses entre les mouvements pour éviter tout surmenage et tout épuisement nerveux. Ils devront donc être méthodiques, progressifs, ne jamais atteindre la limite de tolérance.

Il est indispensable de faire surveiller les malades par un médecin qui se rendra compte des indices de résistance physique, des modifications du poids, de la tension artérielle, de la respiration, de l'état du cœur, etc., comme cela se pratique d'ailleurs dans la cure d'exercice physique faite à Vittel, qui peut être considérée comme un modèle du genre.

Chez les goutteux trop atteints pour bénéficier des exercices actifs, la gymnastique passive avec ou sans appareil sera utilisée pour dérouiller les jointures, empêcher les ankyloses et l'atrophie des muscles.

Discutant l'influence des climats, l'auteur ne pense pas qu'elle joue un rôle très important ; cependant les malades doivent éviter les perturbations atmosphériques violentes et les variations brutales de la température.

En général, les goutteux redoutent les vents froids du Nord et de l'Est. Les bords de la mer sont souvent mal supportés peut-être à cause des phénomènes congestifs qu'ils déterminent chez ces malades.

L'hygiène de la peau doit être enfin l'objet de soins attentifs et constants que l'expérience des médecins et des malades a rendus classiques. Elle ne doit pas se limiter aux frictions et au port de la flanelle. La balnéation tiède, sous toutes ses formes, les bains de vapeur, thermo-résideux, etc., permettront à la peau d'éliminer des poisons que des reins souvent insuffisants ne peuvent pas toujours exécuter.

Histoire thermale

Par le Professeur agrégé ETIENNE CHABROL

Le Docteur Etienne Chabrol, rapporteur, a eu la curiosité de confronter les doctrines médicales du passé avec l'orientation du traitement hydrologique de la podagre. Celui-ci a varié comme la goutte elle-même suivant les époques et aussi suivant les sujets.

La podagre respecta les Athéniens tant qu'ils restèrent fidèles aux doctrines de leurs philosophes, enseignant que la sobriété et les exercices physiques assurent les qualités du corps, comme l'éducation morale et la philosophie assurent les qualités de l'âme. Il n'est guère question de la goutte et de son traitement thermal dans l'œuvre d'Hippocrate, qui se borne à prescrire les ablutions d'eau froide pour diminuer la tuméfaction et calmer les douleurs de l'orteil enflammé.

C'est à Rome, sous le règne des Césars, que les cures hydrologiques de la goutte atteignent leur apogée. Horace et Auguste fréquentent les eaux chaudes des Baies, d'Albula et de Cutilies avant de céder aux injonctions des méthodistes, qui leur imposent la règle commune des bains froids. Cependant les « pneumatiques », fidèles à la doctrine stoïcienne, cherchent à ranimer la chaleur défaillante, en préconisant l'usage des eaux thermales, des bains de sable et de soleil. La théorie thermique de la podagre trouve ses défenseurs dans les travaux hydrologiques de Pline, Archigène, et surtout d'Hérodote, un contemporain de Galien. A la même époque, les disciples de l'Académie, parmi lesquels figure au premier plan Rufus d'Ephèse, signalent les dangers des métastases goutteuses que provoque l'usage intempestif du froid et des bains.

Les médecins du Moyen-Age s'inspirèrent confusément de toutes ces théories qui émanaient du Jardin d'Epicure, du Portique ou de l'Académie.

Au Ve siècle de notre ère, Jacques Psychriste, dénommé « le refroidi », eut moins de mérite en recommandant les bains froids qu'en prescrivant le premier le colchique d'automne. L'Ecole de Naples, dans le cours du XIe siècle, remit les eaux chaudes en honneur et inspira les multiples écrits qui figurent dans la collection « de Balneis ». Cette renaissance thermale ne cessa de grandir durant la longue période de vie facile et de sensualité qui succéda aux guerres d'Italie. La découverte de Gutenberg contribua par ailleurs à divulguer largement les vertus des stations d'Italie, des Pyrénées, de Suisse et de Lorraine. Les goutteux se rendaient alors aux eaux sans directives médicales, trouvant l'exemple de l'indiscipline dans les écrits de Michel de Montaigne. Il convient de souligner que les grands médecins de l'époque, Fernel, Baillou, Sennert, pas plus que Sydenham (1685) ne s'attachaient à orienter la crénothérapie de la goutte. Ce dernier observateur ne fait aucune allusion au colchique et aux bains dans la magistrale description qu'il nous a donnée de l'accès goutteux.

Il faut arriver à la seconde moitié du XIXe siècle pour assister au redressement qu'avait tenté de faire l'observateur antique, en conseillant d'aider la nature, de respecter les crises et d'éviter les métastases malencontreuses. Nous voyons revivre cette doctrine dans le cadre d'Aix-en-Savoye, où les Despine (1830) et surtout Vidal (1859) dénoncent l'abus des thermes et de la sudation, en réagissant contre la « brutalité sauvage » des pratiques thermales du passé.

Comme leur mode d'emploi, le choix des eaux a, lui aussi, son histoire. Il fut dicté d'abord par la thermalité. C'est à cette qualité physique que les eaux sulfureuses durent leur crédit au siècle d'Auguste et pendant la renaissance italienne, aussi bien qu'à l'époque où la cour de Béarn fréquenta les stations pyrénéennes.

Vint ensuite l'heure thermale des stations du centre de la France, qui avaient le privilège d'entourer le berceau des Bourbon. Vichy, l'ancienne « aquis calidis » de la carte de Peutinger, groupait déjà depuis le bas-empire les gros mangeurs et les dyspeptiques podagres. En 1835, l'Académie de médecine devait lui consacrer d'importantes discussions doctrinales, inspirées par le bien-fondé de la cure alcaline de la goutte.

De nos jours, les grandes stations de diurèse que représentent Vittel, Contrexéville et Evian, se partagent les faveurs de nos contemporains uricémiques. Elles se sont inspirées des enseignements de l'histoire en instituant les cures de lavage et en facilitant le jeu des émonctoires, en condamnant au profit de la culture physique préventive, les heurts violents de la douche et du massage au lendemain des accès. Suivant les doctrines du Timée de Platon, nous y voyons revivre le gymnaste du passé, qui revendique pour son art et pour son aliptique les prérogatives de la médecine et de la philosophie.

« Les ennemis du médecin en clientèle....

Le plus en vue de vos ennemis est incontestablement le descendant de M. Homais. Beaucoup de nos confrères mettent sur le compte de sa rapacité le besoin de nous concurrencer. Ce n'est pas tout à fait exact, l'explication en est tout autre. Le pharmacien, de par ses études, a une formation de carrière libérale qu'il estime fort. A peine installé, il s'aperçoit qu'il est devenu épicier au détail, après dix ans de lycée et cinq ans de Faculté. Il y a là une blessure d'amour-propre inimaginable pour ceux qui n'ont pas approché la famille pharmaceutique. Cette blessure produit, comme première réaction, le besoin d'imiter (de loin), le médecin en faisant de la consultation. La deuxième réaction est de chercher à panser la blessure avec un cataplasme d'espèces sonnantes. Introduisez cette notion dans vos rapports avec le pharmacien et soyez persuadés que vous vous en trouverez bien. » (Docteur HUGUET. — Réflexions d'un praticien de province. *Le Concours Médical*, 11 août 1935.)

Thérapeutique hydrominérale

Par le Professeur A. LEMIERRE
et le Professeur agrégé L. JUSTIN-BESANÇON

Appuyée de longue date sur des observations cliniques étendues, étayée plus récemment par les données des analyses humorales, la thérapeutique hydrominérale joue un rôle de premier plan dans le traitement de la goutte.

Les indications des cures thermales sont fondées, avant tout, sur un examen méthodique et complet de chaque goutteux. C'est donc la clinique qui dicte le genre de cure qui convient à telle ou telle forme de goutte urique constituée (forme sthénique ou asthénique des classiques, goutte articulaire ou tophacée). Les indications hydrominérales diffèrent profondément suivant les phases évolutives de la maladie goutteuse. Mais ce sont les lésions viscérales associées, en particulier l'atteinte rénale, qui conditionnent l'emploi ou la contre-indication de la cure hydriatique. Les eaux minérales ont également leur emploi dans le traitement de la goutte oxalique, et d'une façon plus générale dans la thérapeutique des perturbations métaboliques apparentées à la diathèse goutteuse.

Le mode d'action générale des cures thermales dans la goutte est encore entouré des obscurités qui planent sur la pathogénie de la goutte elle-même. On peut cliniquement reconnaître aux traitements hydrominéraux un triple effet. D'abord, ils exercent une sédation sur certaines manifestations de la maladie goutteuse. Ensuite, et plus encore, ils semblent agir sur le terrain diathésique : tour à tour on a invoqué leur effet sur la formation des éléments en excès dans le sang des goutteux, sur leur élimination rénale, sur leur destruction hépatique ou tissulaire, sur leur mode de précipitation. Enfin, il ne faut pas négliger l'action du traitement thermal sur les lésions viscérales associées.

Une étude d'hydrologie générale répartit les stations proprement dévolues au traitement de la goutte en cures de diurèse, stations sulfatées, calciques, eaux bicarbonatées sodiques et sources radio-actives. Un exposé d'hydrologie spécial envisage les principales stations françaises utilisées dans le traitement de la goutte et mentionne certaines cures complémentaires. Une brève étude des techniques de cures et des précautions dictées par l'examen clinique de chaque malade, n'oublie pas le rôle adjuvant du régime et de la physiothérapie, associés à la cure hydrominérale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1935

La cristallisation cholestérolique des calculs biliaires. — *M. Noël Fiessinger* et *Mlle S. Gothie*, en s'aidant de document de pathologie comparée et d'expériences sur l'animal, démontrent, tout d'abord, l'exclusivité de la lithiase cholestérolique spontanée à la race humaine. Les raisons qui président à cette cristallisation sont multiples et variables, infection, irritation, stase; il en résulte une instabilité de l'équilibre biliaire dont l'abaissement du rapport sels biliaires, cholestérol est la première manifestation, et dont les modifications du pH, dans les deux sens, sont une raison ultérieure. Après avoir montré que les modes de cristallisation *in vitro* n'engendrent jamais de cristallisations compactes, les auteurs, en s'aidant de l'examen de coupes de calculs en lumière polarisée, établissent que la pénétration cristalline se produit dans les masses bilirubino protéiques de dehors en dedans et suivant une orientation radiaire centripète et à mesure que se déposent des couches concentriques externes, qui durcissent la périphérie, il se produit ensuite un remaniement cristallin du calcul d'une façon centrifuge par des cristallisations en plumets, s'entrecroisant en ogive. Ces études prouvent que, dans le calcul biliaire de l'homme, la cristallisation cholestérolique est un processus secondaire, variable et progressif.

Une thérapeutique nouvelle des infections aiguës par le carbone intraveineux. *M. Eugène Saint-Jacques.* En conclusion : Disons que l'idée de proposer le carbone intraveineux comme une panacée universelle et toujours effective, est loin de nous.

Tout un champ reste à explorer, celui des infections des centres nerveux : telles que les encéphalites, méningites, poliomyélites, etc.

Quelle médication d'ailleurs peut se flatter de guérir tous les malades, ni le sérum anti-diphtérique, ni antitétanique, ni antigangréneux, pourtant si effectifs.

Il est des conditions d'âge, de terrain, de virulence, de temps qui influeront toujours sur l'effet de toute thérapeutique.

Mais du carbone intraveineux nous pouvons dire :

1° Le carbone est un *adjuvant précieux* et généralement effectif.

2° *Il est inoffensif ?* S'il produit une réaction générale, ce n'est que « rarement » et apparaît-elle que la descente de la température vers la normale se manifeste presque immédiatement. La guérison serait-elle fonction de la pyréto-thérapie ?

3° *La suspension de carbone doit posséder certaines particularités propres :*

A. — Les particules de carbone doivent être *particulièrement fines*, exigées.

Auguste Lumière ne signalait-il pas, après une expérimentation sérieuse avec le carbone à l'Académie des Sciences, je crois, que les plus grosses particules de carbone ne devaient pas dépasser 1 à 3 centièmes de millimètres — et que mieux vaut encore des particules de 2 à 5 millièmes de millimètre — car, dit-il, « l'hyperleucocytose persiste un peu plus longtemps quand on fait usage de préparations à grains fins », ce qui représenterait pour Lumière de 8 à 250 millions de particules par millimètre cube.

B. — De plus les particules doivent être *chimiquement pures.*

C. — Et enfin être en suspension dans de *l'eau distillée*.

Faute de ces précautions, on aura des chocks ou des échecs, dont il ne serait pas juste d'accuser la méthode.

1° *Dosage :* commençons par 3 cent. cubes et montons à 5 et 6 cent. cubes chez l'adulte.

Si le cas est grave, très grave, donnons le matin et soir, et répétons plusieurs jours de suite. J'ai noté ailleurs qu'il avait été donné en une seule dose et absolument impunément 12 cent. cubes de carbone intraveineux dans un cas d'empoisonnement aigu par un barbiturique, et que le malade était le lendemain sorti de son coma toxique.

Faute de ces précautions : particules de carbone microscopiquement très fines, suspension en eau distillée à 2 p. 100, mélange de sang et de la suspension de carbone dans la seringue, lenteur de l'injection, des échecs ou ennuis arriveront peut-être, mais n'en accusons pas la méthode, plutôt une préparation défectueuse ou une mauvaise technique.

Disons donc que le *carbone intraveineux est un agent supplémentaire à notre armementarium thérapeutique*. Employons-le sans crainte, puisqu'il est à la fois *inoffensif et actif.*

Sur la présence constante d'un os intercarotidien chez le cheval. *MM. R. Argaud* et *P. de Boissezon.*

Effets produits sur le rat par l'hormone masculine administrée par différentes voies *MM. J.-C. Mussio-Fournier, P. Engel, W. Buffo* et *A. Albrieux*

Rien n'est plus difficile que d'être exactement renseigné sur un poste médical vacant. Si l'on s'adresse aux notables d'un bourg : maire, notaire, pharmacien, curé, commerçants, tous vous diront qu'un médecin installé chez eux fera des affaires d'or, qu'on est obligé d'aller chercher le médecin à dix ou quinze kilomètres, qu'on doit l'attendre longtemps et que le coût de la visite avec l'indemnité kilométrique rend l'appel du praticien prohibitif. Or, si l'on a habité le pays, tout en reconnaissant que ces gens sont sincères, on peut facilement se rendre compte qu'un médecin ne peut pas s'y faire une clientèle suffisante pour équilibrer le plus modeste budget. Le public ne se doute pas des frais qu'entraîne l'exercice de la médecine et se laisse trop facilement illusionner, son propre intérêt l'y aidant. » (Docteur J. Noir. La répartition des médecins. *Le Concours Médical*, 1er septembre 1935.)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

La vie médicale aux XVIe, XVIIe, XVIIIe siècles. *Sur une grand livre de l'armée, l'opinion autorisée d'un historien de la médecine, le Docteur de Fourmestraux* (ARCHIVES MÉD. CHIR. DE PROVINCE, juillet 1935).

Le livre de Paul Delaunay (1) est difficile à analyser ; nous conseillons à ceux d'entre vous qui n'ont pas borné leur horizon à leurs salles hospitalières, de lire le récent ouvrage de l'auteur du *Monde Médical parisien au XVIIIe siècle*. Ils y puiseront une joie profonde et sans amertume, en apprenant l'histoire des morts, auxquels personne ne pense plus, et dont les jours gris clairs furent souvent si proches des heures que nous vivons.

Delaunay évoque en d'harmonieuses périodes où la précision du verbe se mélange à un doux scepticisme qui aurait ravi notre bon Maître Jérome, alors qu'il avait le grand bonheur d'être le secrétaire de Mgr de Sées ; la vie scolaire, familiale, professionnelle et sociale dans les trois siècles dont le dernier devait se terminer par la mort civique de toutes les écoles ou sociétés dotées ou patentées par la nation un soir d'août de 1793.

Etude de la vie des étudiants et des médecins au XVIe siècle, à l'âge de la science errante. Montpellier et Paris sont les pôles d'attraction en France, des escholiers qui, légers d'espèces trébuchantes et riches d'espérance, sont venus y chercher la vérité. Les clercs ont en partie renoncé à l'enseignement médical, mais les pratiques religieuses strictes restent d'obligation. La Faculté chôme la veille de toutes les solennités et elles sont nombreuses, *Confessionis causa.* Il est vrai que les disciples d'Hippocrate avaient trop souvent une conduite peu louable. Une ordonnance du 20 août 1551, reproche aux étudiants de rôder par la ville « avec des habits dissolus, des chemises de mailles, des épées, des des dagues et des chapeaux si bas qu'à grand'peine pouvait-on les reconnaître », de piller et détrousser les (allans et venans) et recommande aux sergents d'arborer à leur rencontre « leurs épées et leurs chemises bigarrées et escarteles ».

Heures troublées de la Réforme, l'unité du monde chrétien est rompu, les esprits férus de nouveautés cherchent asile au gré de leurs convictions. Padoue, au seuil de laquelle capitulent les exigences de l'orthodoxie. Oxford et Cambridge, attirent ceux qui n'ont qu'une confiance médiocre dans la supprématie du Pape. Wittemberg réunit en Allemagne les disciples de Luther, en France, à Montpellier ainsi qu'à Paris, l'Université demeure la fille aînée de l'Eglise, mais si sa réputation reste grande, les études y sont longues et onéreuses. S'il n'en coûte pour prendre ses degrés que trois cents livres à Nancy, J.-F. Roussille de Champseru sur son contrat de mariage — 1776 — reconnaît une avance de 7.000 livres, à lui faite par ses parents pour ses études et réception doctorale... Il est vrai que les candidats étaient tenus d'offrir une hospitalité tangible à leurs juges ; et jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, pendant les actes quodlibétaires, cardinaux pastillaires, les argumentateurs à bout de force, vont ingurgiter aux frais du candidat, échaudés, dragées, rafraîchissements et chercher *inter pocula*, des arguments subtils. En 1765, Pourfour du Petit, ayant déconseillé dans sa thèse de boire en mangeant des huîtres, Corvisart sortit du buffet un verre de chablis à la main, le vida d'un trait, en ajoutant : *Sic argumentabor contra conclusionem.*

Delaunay, après avoir étudié la vie de l'étudiant au cours de sa jeunesse ardente, le suit quand il a revêtu le bonnet doctoral, conduit le lecteur au logis de nos ancêtres, celui de l'humble praticien de province, comme le Breton de la Bigne, qui à Ploërmel, nourrit sa progéniture nombreuse à une tabl[e] modeste

(1) Editions Hippocrate, 7, rue des Grands-Degrés, Paris, 1935.

où le pain de seigle et le lait caillé tiennent une place de premier plan ; et celui du doyen Patin, qui, considérant sans doute, que le vin de Beaune est le meilleur antidote de l'antimoine, traite en 1560, au cours de son décanat, quelques confrères, hommes de joyeuse compagnie, en leur faisant apprécier les qualités d'un bourgogne que lui a adressé un confrère, et vraiment dit-il : *Nihil melius dederit natura hominibus.*

Dans un chapitre bien curieux sur lequel aucun travail d'ensemble n'avait été fait, Delaunay montre que les médecins fonctionnaires ne sont pas une conquête (elle s'est singulièrement élargie) de la troisième République, une et indivisible.

Si, en 1411, Bordeaux possédait déjà ses « médecins ordinaires » qui ne pouvaient sortir de la ville sans l'autorisation du sous-maire, du prévôt ou de quatre jurats ; quelque cent ans plus tard, Lille possède également ses médecins jurés, ancêtres des médecins légistes. Le Conseil des Flandres, en 1660, exige d'eux dans les procès de sorcellerie, la recherche des *stigmata diaboli*, qu'ils découvrent sans trop de peine, jusque sur l'épiderme de certains de leurs confrères.

Les postes officiels entraînèrent plus tard, pour ceux qui les avaient acceptés, quelques désagréments. En 1707, Sylva inscrit pour le concours à une chaire professorale vacante à Bordeaux, doit déclarer renoncer à toute religion contraire à la religion catholique et abhorrer spécialement le judaïsme.

La Mettrie doit se démettre de sa charge de médecin des Gardes Françaises, émigrer en Hollande après la publication de son livre sur l'Histoire naturelle de l'âme.

Le chapitre le plus intéressant, en tout cas le plus original, est celui que P. Delaunay consacre à la vie intellectuelle du corps médical et à son évolution doctrinale au cours des trois siècles dont il étudie l'histoire. Le XVIe siècle, l'heure de la *libido sciendi*. A la poursuite de la science, le médecin se fera philosophe, périgrinant, helléniste, arabisant, et devant ses yeux éblouis surgira l'antiquité perdue, puis retrouvée.

En 1532, Rabelais traduit les *Aphorismes* d'Hippocrate.

Quarante années plus tard, Ambroise Paré publie ses œuvres en langue française au grand scandale de la Faculté, précédé il est vrai, par Jean Canape de Lyon, qui, pour le profit et l'utilité des chirurgiens avait osé traduire Galien et Guy de Chauliac.

A la fin du XVIe siècle l'œuvre de restauration des textes anciens est accomplie ; au milieu du XVIIe siècle, la langue française régentée par l'Académie (1635) se prête aussi bien à l'expression scientifique précise qu'à la spéculation philosophique. Mots nouveaux, tendances nouvelles, régression de l'humanisme, abandon du dogmatisme. La claire vérité ne peut provenir de la seule étude des textes anciens. Si Galilée est le précurseur de la méthode expérimentale, Pecquet et Laporte en tirent des déductions pratiques. En 1633, Galilée est condamné par l'Inquisition, quarante années plus tard, après les découvertes d'Harvey, de Malpighi, de Pecquet et d'Aselli, le problème des circulations sanguine et lymphatique est sorti de l'empirisme dogmatique.

Dans la deuxième moitié du XVIIe siècle le galénisme et la synthèse doctrinale de Fernel vont subir de rudes assauts et le vieil édifice est sapé par sa base par l'esprit cartésien.

Un homme surgit qui répudie le principe d'autorité, proclame la suprématie de la raison individuelle et le contrôle de l'expérience, prétend ramener la biologie à la mathématique, soumettre le problème circulatoire et les fonctions physiologiques à la loi mécanique, René Descartes en proclamant l'existence de deux réalités, l'une intérieure, la pensée ; l'autre extérieure l'espace géométrique ou l'étendue ; la vie demeurant une résultante du mouvement dans l'étendue, devait changer d'une façon absolue l'orientation et l'évolution des doctrines médicales à la fin du XVIIe siècle. Issu du dualisme cartésien, le dualisme physiologique aboutit, soit à une biologie animiste, l'animisme de Stahl (Vitalisme de Montpellier) soit au biomécanisme.

Les conceptions médicales du XVIIIe siècle sont orientées par la doctrine électrique de Boerhave, qui, en 1715 exposait devant l'Académie de Leyde sa méthode quelque peu compliquée, mais qui réunit la plupart des suffrages de ses contemporains, médecine collective, compromis, dit Delaunay, médico-chimico

humoral. Avarie du contenant, obstruction absolue ou relative du calibre vasculaire, soit par lésion matérielle, soit par atonie, soit par spasme, viciation du contenu par acrimonie ou viscosité des humeurs. Ceci n'est pas fort clair, mais peut expliquer toute la pathologie et motiver toute la thérapeutique.

Diminuer le volume des humeurs peccantes par la saignée, qui permettra également de les évacuer ; tempérer l'acidité des fluides par les édulcorants, résoudre les obstructions et les engorgements par les incisifs et les purgatifs : telle est la pratique qui, de l'école de Leyde, passa à Vienne avec Van Swieten, en Angleterre avec Mouro, en France avec La Mettrie.

Delaunay dans son travail met quelque clarté dans les théories assez obscures de Leibnitz, plus ou moins modifiées par Hoffmann et Haller ; conception dynamique de la biologie, qui va finalement aboutir aux théories de Condillac, qu'élargit Cabanis dans son étude sur les rapports du physique et du moral de l'homme.

Il y a dans l'ouvrage de Delaunay un chapitre particulièrement intéressant à lire sur l'histoire des doctrines médicales de la fin du XVIIIe siècle, et où l'auteur résume avec bonheur l'histoire de l'évolution philosophique et médicale du biomécanisme, de Descartes à Boerhave, et de Leibnitz à Cabanis.

L'auteur termine son livre par un chapitre qui ne semble pas écrit sous le signe de l'optimisme, mais dont les conclusions auraient avantage à être méditées par beaucoup de jeunes et d'anciens... insouciants de la gravité de l'heure.

Le cadre corporatif de l'ancien régime commandait à la fois la pensée, son expression didactique et l'exercice de l'Art.

Ce cadre, la Révolution le brisa et imposa au médecin l'isolement dans la liberté. L'évolution corporative actuelle, par un singulier paradoxe, ramène le praticien, en partie tout au moins, cent cinquante ans en arrière. Associations, sociétés spécialisées, syndicats, demain l'ordre des médecins, et plus tard sans doute, le médecin entièrement fonctionnaire le placent sous une tutelle plus lourde à supporter, que celle des règles de la corporation...

Soins aux blessés du travail, aux assurés sociaux, aux agents des grandes firmes civiles ou militaires, sont désormais réglementés et le seront sans doute encore de façon plus étroite.

Fonctionnarisme, syndical par contrat collectif, fonctionnarisme étatif ou administratif par contrat individuel, telle est la destinée que l'avenir offre désormais au médecin, dont l'indépendance est d'une façon lente, mais sûre ensevelie sous la marée montante des papiers, des circulaires plus ou moins impératives.

Le libre praticien ne sera plus qu'un souvenir.

L'encombrement médical, produit à la fois par le jeu des équivalences, la gratuité accordé à tout venant des études secondaires, l'hospitalité vraiment trop large accordée aux étrangers, marquent l'ouverture d'une énorme pépinière de déclassés. La Faculté jadis proposait à ses adeptes le serment d'Hippocrate.

Un parlement lamentable leur impose, leur propose le livre journal et le carnet de reçus. De l'homme de Cos, au député Catalan, mesurez la chute, conclut Delaunay.

C'est à Boston que le Congrès international de physiologie tenait ses assises. En arrivant à Persys Hall, chacun de nous, en pénétrant dans son cabinet de travail, — entre sa chambre et sa salle de bains, — trouva sur sa table une fort belle médaille de bronze à l'effigie de W. Beaumont « pionnier américain de la physiologie » et un volume relié reproduisant en fac-similé son livre tel qu'il fut imprimé en 1833 : *Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of the digestion.*

« Cette médaille, ce livre, quel enseignement pour nous... comme ils tiennent à montrer leurs lettres de noblesse ces jeunes peuples au présent glorieux, alors que nous n'avons le plus souvent qu'indifférence pour notre passé... Je sais bien que de ce côté nous sommes trop riches et pouvons beaucoup laisser perdre. Mais il y a là tout de même une leçon. » (Professeur COLLET, Français d'Amérique. *Lyon Médical*, 28 juillet 1935.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 42 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 OCTOBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS-Vᵉ

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1ᵉʳ de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1ʳᵉ zone	70 fr.
Étranger 2ᵉ zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — A l'occasion de l'anniversaire de la fondation de l'Université Pierre Pazimany (de Budapest), plusieurs savants seront nommés docteurs *honoris causa*, parmi eux se trouve le Professeur Gustave Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury est définitivement composé de M. Chenevier, secrétaire général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, président ; MM. les Docteurs Ombrédanne (Louis), Papillon, Pagniez, Crouzon, Boidin, L. Ramond, Lian, Cadenat, Sauvé, Desplas, Leveuf, Portes, Fèvre, Lamy, Renard.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 11 mai 1936, devant la Faculté de médecine de Toulouse.

Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 23 mars 1936 au siège de ladite Ecole.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Clinique des maladies mentales. (Professeur : M. Henri Claude.) — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.* (Année 1935-1936.) — 17 novembre : Généralités. Examen d'un psychopathe. (M. Lévy-Valensi). — 24 novembre : Hallucinations. (M. Borel). — 1er décembre : Idées délirantes. (M. Borel). — 8 décembre : Syndromes d'excitation. (M. Lévy-Valensi). — 15 décembre : Syndromes de dépression. (M. Lévy-Valensi).

8 janvier : Troubles mentaux de l'épilepsie. (M. Ceillier). 12 janvier : Syndromes confusionnels (1re leçon). (M. Borel). — 19 janvier : Syndromes confusionnels (2e leçon). (M. Borel). — 26 janvier : Obsessions, phobies, impulsions. (M. Codet). 2 février : Perversions, toxicomanies. (M. Codet). — 9 février : Syndromes démentiels (1re leçon). (M. Génac). — 16 février : Syndromes démentiels (2e leçon). (M. Génac). — 23 février : Syndromes démentiels (3e leçon). (M. Génac). — 1er mars : Psychiatrie infantile (1re leçon). (M. Baruk). — 8 mars : Psychiatrie infantile (2e leçon). (M. Baruk). — 15 mars : Médecine légale psychiatrique (présentation de malades). (M. Ceillier).

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 h. 1/4, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis XIVe), à partir du dimanche 17 novembre 1935, à 10 h. 30, leçon clinique de M. le Professeur Claude.

Institut de statistique. — Un cours sur l'hygiène, la médecine et l'assistance sociales, est fait par C. Ichok, tous les jeudis, du 7 novembre 1935, au 30 janvier 1936, à 17 h. 30, à la Faculté des sciences, à la Sorbonne, amphithéâtre Le Verrier escalier E, troisième étage.

Programme du cours. — La législation sociale et le domaine de l'hygiène, de la médecine et de l'assistance sociales. — La famille, la femme et l'enfant. Puériculture pré- et post-natale. Le domaine du travail. Chômage. Travail des malades et des infirmes. Accidents de travail et maladies professionnelles. — Alimentation. Les problèmes du lait et de l'eau potable. — Habitation. Casier sanitaire des immeubles. Vie urbaine et rurale. Extension des villes. Le dépeuplement des campagnes. — L'alcool et les autres stupéfiants. Réglementation internationale. — Les maladies sociales et les épidémies. Les maladies mentales. La criminalité. Les suicides. — Vieillards, infirmes et incurables. L'assistance et l'assurance sociales. — Action médico-sociale nationale et internationale. Budget de la Santé publique. Immigration. Emigration.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — Sont admis à l'Ecole du Service de santé, à la suite du concours de 1935 (section de médecine) :

Candidats à quatre inscriptions (déduction faite des candidats Lebreuil et Tessier, classés respectivement huitième et vingt-deuxième qui ont fait connaître leur option pour l'Ecole principale du Service de santé de la marine) :

Camain, Bourgeot, Prudhomme, Renaud, Ducournau, Lannaux, Chaize, Aines, Martres, Lahitte, Montillier, Pouchet, Bodiguel, Sanchette, Boulesteix, Cassan, Thuillier, Verger, Collin, Bédorède, Ferrand, Vanhems, Moutet, Denis, Warme-Janville, Chenet, Poirier, Falcou, Magnani, Castel, Proust, Bonin, Rual, Bonnard, Gelin, Pourpre, Laberrou, Moreau, Caumon, Hautin, Faivre, Thirion, Cheirezy, Deltour, Gardes, Auffret, Delrieu, Joncourt, Jean Louis, Pagliano, Samuel, Nury, Drouin, Gillet, Simonet, Jeanne, Jagerschmidt, Rachou, Jacquin, Collodin, Cerret, Chapellaubeau, Ruellan.

Candidats P. C. B. : 1° Troupes métropolitaines : Pierrou, Darbon, Déchen, Perrin, Treilhou, Brignon, Bernard, Brun, Galtier, Maral, Padritge, Violette, Jacquemart, Huser, Moulinard, Lefèvre, Martin.

2° Troupes coloniales : Rabechault, Verhoeven, Gamet, Roigt.

Une liste complémentaire de candidats à quatre inscriptions sera éventuellement publiée pour remplacer les candidats démissionnaires.

Les élèves admis à la suite du concours de 1935 devront se présenter au médecin-général directeur de l'Ecole de Lyon, le 15 octobre 1935.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel : Fauque, de l'hôpital militaire de Bordeaux, président de Commission de réforme.

Les médecins commandants : Galan, stagiaire à l'École supérieure de guerre, affecté à la région de Paris ; Guillobey, du 26e d'infanterie, à la section technique du Service de santé ; Marican, stagiaire à l'École supérieure de guerre, affecté à la région de Paris.

Les médecins capitaines : Habert, stagiaire à l'École supérieure de guerre, affecté à la région de Paris ; Blot, du 19ᵉ C. A., à la légion de la Garde républicaine, Paris ; André, de la 1ʳᵉ légion de la Garde républicaine mobile, à l'hôpital d'Amélie-les-Bains ; Le Renard, de la légion de la Garde républicaine, à la région de Paris ; Falconnet, du 2ᵉ, au 18ᵉ rég. du génie ; Portalier, de la 13ᵉ Compagnie régimentaire du train, au 13ᵉ escadron du train.

Le médecin lieutenant Broch, de l'hôpital Legonest, à Metz, au 2ᵉ régiment du génie.

Association internationale des médecins radiesthésistes. — La prochaine réunion aura lieu le 26 octobre à 20 h. 30, à la mairie du VIᵉ, place Saint-Sulpice (rez-de-chaussée, salle Herbet).

Ordre du jour. — 1° Etude du statut légal de la radiesthésie médicale. — 2° Les remèdes à envisager contre l'extension charlatanesque sous le couvert de la bio-radiesthésie. — 3° Etude radiesthésique des aliments. — 4° Présentation d'appareils : le châssis du Docteur Naret (de Thonon). Ses applications aux recherches radiesthésiques de laboratoire. — 5° Où en est l'enquête de l'A. I. M. R. sur les radiations du sol. (Médecins et vétérinaires seuls admis).

Pour tous renseignements, écrire au Secrétariat général de l'A. I. M. R., 9, rue Etex, Paris (XVIIIᵉ).

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le jeudi 31 octobre, à 17 heures, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIᵉ).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIᵉ).

Avis de concours. — *Sanatorium.* — Un concours sur épreuves et sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin-chef de pavillon au Sanatorium Roux, à Arnières, près Evreux.

Les candidats devront justifier d'une pratique antérieure dans un établissement de cure, d'une connaissance approfondie de la phtisiologie et d'une certaine expérience dans la conduite d'un sanatorium.

Outre les avantages ordinaires consentis aux médecins des sanatoriums, le traitement varie de : 2ᵉ classe : 50.000 à 56.000 francs ; 1ʳᵉ classe : 58.000 à 65.000 francs.

La limite d'âge pour l'inscription des candidats est de 40 ans. Il pourra être tenu compte pour le recul de cette limite d'âge des services rendus dans un sanatorium public ou assimilé.

Adresser les demandes de renseignements et les dossiers à M. le médecin inspecteur des Etablissements de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (IVᵉ). Le registre d'inscription sera clos le 10 novembre.

Pour le bon pain. — Du 20 octobre au 15 décembre sera fabriqué et mis en vente à Paris chez un boulanger par arrondissement (ce boulanger étant le syndic habilité par la Chambre syndicale de la boulangerie), du « bon pain » provenant de blés exclusivement français, — farine ayant une haute teneur en gluten sec (11 à 12 %).

Cet essai est effectué sous une forme rigoureusement anonyme.

Ceux qui désireront en consommer demanderont à ces boulangers le pain du Syndicat de la boulangerie, pain actuellement en expérience.

Ce pain dont la saveur est agréable et la conservation excellente, réalise au mieux les desiderata exprimés par les hygiénistes et les médecins qui se sont occupés de la question.

Nous engageons vivement les médecins parisiens à faire eux-mêmes, et à faire faire autour d'eux un essai de ce pain et d'adresser à la Confédération des Syndicats médicaux telles remarques qui leur paraîtront judicieuses au sujet de cette expérience.

Ci-dessous la liste des boulangers — fournie par la Chambre syndicale de la boulangerie — qui fabriqueront le « pain d'expérience » du 20 octobre au 15 décembre.

Liste par arrondissements et circonscriptions. — 1ᵉʳ arr., M. Issanchou, 318, rue Saint-Honoré ; 2ᵉ arr., M. Métivier, 4, rue des Petits-Carreaux ; 3ᵉ arr., M. Bertin, 183, rue du Temple ; 4ᵉ arr., M. Tarrier, 14, rue des Nonnains-d'Hyères ; 5ᵉ arr., M. Fabry, 11, rue Frédéric-Sauton ; 6ᵉ arr., M. Baranger, 25, rue Dauphine ; 7ᵉ arr., M. Hercent, 18, rue du Bac ; 8ᵉ arr., M. Aumoine, 111, boulevard Haussmann ; 9ᵉ arr., M. Derain, 41, boulevard de Clichy ; 10ᵉ arr., M. Rivière, 126, faubourg Saint-Martin ; 11ᵉ arr., M. Evrard, 26, avenue Parmentier ; 12ᵉ arr., M. Martineau, 26, rue Erard ; 13ᵉ arr., M. Laboue, 4, boulevard de la Gare ; 14ᵉ arr., M. Sandre, 81, avenue d'Orléans ; 15ᵉ arr., M. Denojean, 1, rue du Général-Beuret ; 16ᵉ arr., M. Chevet, 33,

rue Lauriston ; 17e arr., M. Filassier, 10, rue Brochant ; 18e arr., M. Galy, 64, rue Championnet ; 19e arr., M. Garrivet, 100, avenue Simon-Bolivar ; 20e arr., M. Rocher, 77, rue d'Avron.

30e circ., Bagneux, M. Naissant, 16, place de la République ; Bois-Colombes, M. Guilliée, 53, rue des Bourguignons ; 21e circ., Boulogne, M. Tibor, 78, rue du Vieux-Pont-de-Sèvres ; 28 circ., Charenton, M. Pegaz-Bl nc, 20, avenue Jean-Jaurès ; 22e circ., Clichy, M. Leyrahoux, 47, boulevard Jean-Jaurès ; 25e circ., La Courneuve, M. Legendre, 8, rue de la Convention ; 27e circ., Nogent-sur-Marne, M. Nass, 138, Grande-Rue ; 26e circ., Pavillons-sous-Bois, M. Schœffter, 32, avenue Victor-Hugo ; 24e circ., Saint-Denis, M. Langin, 19, rue Jean-Jaurès ; 29 circ., Vitry, M. Georges, 18, avenue du Chemin-de-Fer.

Enseignement de l'homéopathie moderne. — Les conférences spéciales de l'homéopathie moderne, reprendront le mardi 22 octobre 1935, à l'Institut homéopathique moderne, 31, rue d'Amsterdam, Paris (VIIIe).

Les cours auront lieu les mardi et vendredi de chaque semaine de la façon suivante : 1° Les auditeurs seront divisés en trois groupes :

Première année, le vendredi, de 20 h. 30 à 21 h. 30 : Matière médicale, par M. L.-A. Rousseau, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan ; de 21 h. 30 à 22 h. 30 : Thérapeutique homéopathique, par M. Ch. Noailles, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan.

Deuxième et troisième année, le mardi, de 20 h. 30 à 21 h. 30 : Matière médicale par M. L. Renard, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan ; de 21 h. 30 à 22 h. 30 : Thérapeutique homéopathique par M. M. Fortier-Bernoville, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan.

2° En outre, des conférences spéciales d'entraînement ont lieu sous la direction des Docteurs G. Dano, P. Kollitsch et P. Lefèvre, qui groupent les assistants de chaque année. Les groupes sont composés de dix auditeurs au maximum, qui se réunissent une fois par semaine. Ces conférences d'entraînement ont pour but l'étude pratique de l'homéopathie (questions de matières médical s, thérapeutique, répertoire, applications cliniques) ;

3° L'enseignement clinique a lieu comme par le passé à l'hôpital Léopold-Bellan, dans les différents services.

Inscription et renseignements aux bureaux de l'*Homéopathie Moderne*, 33, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe). Téléphone Laborde 26-69.

Monument Grandclaude. — Le Groupement odontotechnique de Paris a décidé en vue de perpétuer la mémoire de Charles Grandclaude, professeur à l'École odontotechnique, professeur à la Faculté de médecine de Lille, mort victime de son dévouement professionnel, de faire exécuter un bas-relief qui sera apposé dans le nouvel amphithéâtre de l'École en attendant la construction d'une nouvelle salle pour le laboratoire de recherches biologiques qu'il a créé.

Une souscription est ouverte à cet effet, tout souscripteur d'une somme de 40 francs (pour les étudiants 30 francs) recevra une réplique du médaillon.

Les souscriptions sont reçues par le Docteur Gérard Maurel, 4, rue Lapérouse, Paris, ainsi qu'au secrétariat de l'École, 5, rue Garancière, Paris.

En outre, au cours des prochaines Journées dentaires de Paris, qui auront lieu à l'École odontotechnique fin novembre de cette année, une des séances de la Société odontologique de France sera consacrée à la mémoire du Professeur Charles Grandclaude, et à l'exposé de son œuvre par ses principaux collaborateurs.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Dedieu-Anglade, médecin-chef de l'Asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), parsuite de la nomination de M. le Docteur Dedieu-Anglade à l'Asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

Station de La Malou. — Les médecins de La Malou rappellent à leurs confrères qu'en raison de sa situation géographique sur le versant méridional des Cévennes et de son climat méditerranéen ensoleillé, La Malou jouit d'une arrière-saison particulièrement appréciée de ses visiteurs. En conséquence, il est encore temps d'envoyer dans cette station, pour la saison d'automne, les malades du système nerveux et les rhumatisants chroniques, qui forment sa clientèle.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement chirurgical de certaines coxarthrites de l'adulte

(Forage et double greffe intracervicale et sus-cotyloïdienne)

Par A. AIMES

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier

Le médecin est très embarrassé lorsqu'il a épuisé, sans succès, dans les coxarthrites non tuberculeuses de l'adulte, les traitements classiques médicamenteux, physiothérapiques, crénothérapiques.

La radiographie montre, souvent, une aggravation progressive : déformation, subluxation de la tête fémorale.

Les douleurs augmentent, des contractures s'installent, de plus en plus pénibles, survenant par crises de plus en plus rapprochées ; la claudication s'aggrave avec les progrès de la subluxation et des contractures douloureuses.

Les crises d'abord calmées par le repos, permettaient au malade de reprendre, dans leur intervalle, une vie active, mais progressivement, il s'immobilise plus souvent et pour un temps plus long : il devient un infirme.



Emplacement des greffons

Que proposer aux malheureux atteints de ces coxarthrites, si fréquentes ? arthrites douloureuses, coxarthrites congénitales vraies (hanches désaxées), séquelles d'ostéochondrites, arthrites juvéniles, arthrites déformantes, coxites sèches de l'adolescence, certaines arthrites rhumatismales, certaines arthrites sèches gonococciques, syphilitiques et peut-être tuberculeuses (G. Roederer), arthrites mécaniques, si souvent observées après la réduction des luxations congénitales, dans la coxa-vara, dans les fractures du col, etc... Le problème est surtout délicat dans les arthrites bilatérales (A. Trèves et Vidal-Naquet).

L'arthrodèse extra articulaire, suivant l'excellente technique décrite par le Professeur Mathieu, donne de très bons résultats : elle stabilise l'articulation et supprime les douleurs mais au prix d'une ankylose ; elle n'est donc pas applicable dans les lésions bilatérales.

Le forage du col fémoral améliore les douleurs, mais ses résultats sont souvent temporaires. Cette opération a été faite par Cléret en décembre 1930 et décrite par Graber-Duverney dans sa thèse de 1932.

Dès le 16 mars 1929, nous avons opéré une malade par une opération plus complète, qui a fait l'objet d'une communication au Congrès de Chirurgie de Paris, en 1929 ; opération qui nous a donné, depuis, sauf dans un seul cas des résultats excellents. Cette opération de décongestion-drainage avec appui, comprend trois temps que nous exécutons, presque toujours, sous anesthésie locale :

— forage du col et de la tête fémorale ;
— mise en place d'un greffon dans le col et la tête ;
— mise en place d'un greffon dans le toit du cotyle.

Ce forage, suivi de double greffe intracervicale et sus-cotyloïdienne, agit de la façon suivante :

1° Elle décongestionne par l'évidement du col et de la tête : « Si l'on se rapporte aux importants travaux de physiologie chirurgicale de Leriche et Policard, on peut noter que le fait dominant de l'arthrite chronique de la hanche est une hyperémie qui provoque une résorption osseuse de la tête et du col du fémur et secondairement, des ossifications anormales. En supprimant les foyers de nécrose épiphysaire, on pourrait donc prévenir la formation de ces ossifications anormales » (A. Trèves et G. Vidal-Naquet) ;

2° Elle amène un remaniement de l'architecture articulaire, déjà signalé par M. Vignard.

3° Par des modifications circulatoires et par l'apport de matériel osseux neuf, elle provoque une recalcification plus régulière des os et une diminution des irrégularités des surfaces articulaires, tout à fait remarquable chez notre première opérée ;

4° Les greffons placés dans le sourcil cotyloïdien arrêtent les progrès de la subluxation de la tête fémorale, comme dans l'opération de Lance, et, en maintenant la tête fémorale, diminuent ou suppriment les déplacements articulaires, cause des douleurs et de la boiterie ;

5° L'acte opératoire, par l'exposition de l'article, la dissociation, cependant discrète, des masses musculaires, l'attaque des os, amène ultérieurement, comme tout traumatisme périarticulaire, une certaine raideur, il resserre les tissus périarticulaires, les réadapte contre la laxité, donc limite les déplacements et atténue les douleurs ;

6° Enfin, la greffe intracervicale conserve les bons effets du forage, nous ne savons pas par quel mécanisme (drainage actif ?), mais il est certain que le forage seul amène une sédation des douleurs moins durable et moins complète que lorsqu'on place un greffon dans le col (G. Roederer et P. Graffin).

Cette intervention facile et bénigne, puisqu'elle est extra-articulaire et que nous l'exécutons sous anesthésie locale, doit donc être conseillée dans les arthrites de la hanche douloureuses, de longue durée, s'aggravant progressivement, malgré la mise en œuvre des traitements classiques. La sédation des douleurs est rapidement obtenue, avec conservation des mouvements. Le traitement crénothérapique complète d'ailleurs, heureusement, les bons effets de l'opération. Le forage avec greffe intracervicale doit être réservé aux sujets âgés ; l'opération de Mathieu, qui donne une articulation plus stable, convient aux cas graves de coxarthrite unilatérale.

« Mais, Monsieur, les médecins qui réclament des chambres de discipline ou des commissions de censure, ne ressemblent-ils pas un peu aux grenouilles qui demandaient un roi à Jupiter ». (1829. — Rphe Munier. — Lettres sur quelques-uns des inconvénients qui sont attachés à la pratique de la médecine et sur les moyens de les faire disparaître. (Lettre V.)

Les anévrismes jugulo-carotidiens

(Etude clinique et thérapeutique)

Par **Paul DAMBRIN**

Interne des Hôpitaux de Toulouse
Ancien aide d'anatomie à la Faculté

C'est à propos d'un cas d'anévrisme jugulo-carotidien observé dans le service du Professeur Dambrin que nous nous proposons de réaliser ce mémoire. Nous présenterons d'abord l'observation de ce blessé, puis, après un chapitre d'historique où nous indiquerons les diverses étapes de l'évolution des idées à ce sujet, nous en ferons une étude clinique et enfin nous envisagerons le traitement de ces anévrismes.

Observation. — T... chauffeur de taxi, âgé de 26 ans, est blessé de plusieurs coups de revolver, dans la nuit du 7 au 8 mars 1934, sur la route de Montauban, par des clients qu'il transportait. Il est amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulouse et admis salle Saint-Lazare dans le service du Professeur Dambrin. A son arrivée, état de shock très marqué, interrogatoire impossible. Une balle tirée à bout portant a pénétré dans la région droite du cou et après un trajet oblique en avant est ressortie au-dessous de la branche horizontale du maxillaire. Une deuxième balle a traversé la main gauche, une troisième balle n'a produit qu'une plaie superficielle. Le blessé qui respire difficilement est très pâle et en proie à une dyspnée intense.

Examen de la région cervicale. — L'examen soigneux des orifices d'entrée et de sortie de la balle montre que la trajectoire passe au voisinage immédiat de la bifurcation carotidienne. Une tuméfaction importante s'étend de l'apophyse mastoïde jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, occupant donc la presque totalité de la région carotidienne et envahissant en avant la moitié postérieure de la région sous-maxillaire. Une quantité de sang absolument minime s'écoule des orifices d'entrée et de sortie.

La palpation montre que cette masse, cet hématome diffus présente un thrill absolument caractéristique ; cette tumeur est rénitente.

L'auscultation montre l'existence d'un souffle à renforcement systolique et dont l'intensité maxima correspond à un point situé en arrière de la grande corne de l'os hyoïde sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Les jours qui suivent, tous ces signes persistent et se précisent en même temps qu'on peut pratiquer un examen plus complet ; le signe de Terrier est positif, si avec un crayon on comprime le point carotidien sur l'horizontale, passant par la grande corne de l'os hyoïde. Il existe aussi des signes fonctionnels importants. Le blessé accuse une impression de bourdonnement d'oreille et surtout une sensation particulièrement pénible de coups de marteau constants et rythmés dans toute la moitié droite de la tête.

Le diagnostic d'anévrisme artério-veineux jugulo-carotidien n'est pas douteux. Une intervention chirurgicale est indiquée, mais elle est différée pour permettre à la circulation artérielle anastomotique de bien s'établir. Vers la onzième semaine apparaissent quelques troubles cardiaques, de la tachycardie, un peu d'essoufflement et des phénomènes douloureux au niveau de l'anévrisme. On décide alors l'intervention qui sera donc pratiquée au troisième mois, comme le recommande Grégoire.

Intervention. — Le 9 juin 1934. Opérateur : Professeur Dambrin. Aides Louis et Paul Dambrin ; anesthésie générale à l'éther, gaz carbonique. Longue incision parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, s'étendant de l'apophyse mastoïde jusqu'à deux travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire ; une deuxième incision sous-maxillaire est branchée sur la précédente. La poche de l'anévrisme est disséquée sur la face superficielle très adhérente en arrière au muscle sterno-cléido-mastoïdien. On place un fil d'attente sur la carotide, puis on sectionne entre deux ligatures la veine jugulaire interne et la carotide interne au-dessus de la poche, très haut, dans l'espace latéro-pharyngien. Cette dissection est particulièrement difficile ; on sectionne les muscles stylo-hyoïdiens et digastrique dans leurs segments supérieurs, ensuite après avoir lié la veine jugulaire interne en bas, puis la carotide externe au dessus de la poche anévrismale, on doit encore sectionner successivement entre deux ligatures les pédicules des artères laryngée supérieure, linguale et faciale. On lie la carotide primitive. On dissèque alors la partie postérieure de la poche qui est très adhérente ainsi que sa face profonde au niveau de laquelle on doit véritablement sculpter de proche en proche le nerf pneumogastrique sur près de trois centimètres. La poche anévrismale est enfin enlevée. A la fin de l'opération, l'évidement de la région carotidienne est complet, seuls, le grand sympathique, dont on voit très nettement le ganglion, et le pneumogastrique restent au fond de la plaie. Suture avec des crins. Mise en place d'un petit drain. Large pansement stérilisé.

Les suites opératoires furent excellentes, aucun accident nerveux ne se produisit. La cicatrisation fut obtenue sans incident. Notons qu'une poussée d'arthralgies apparut quelques jours après l'intervention et disparut grâce à un traitement par le salicylate de soude. Le blessé a depuis repris sa vie active, il est chauffeur de taxi et fait le service de nuit. C'est dire que l'on peut considérer sa guérison comme parfaite.

Historique

Longtemps les chirurgiens refusèrent purement et simplement d'intervenir opératoirement dans cette affection. Ils voulaient à tout prix éviter l'hémorragie et les accidents cérébraux.

Déjà, en 1907, De Fourmestraux, dans sa thèse, étudiera les troubles cérébraux consécutifs aux ligatures carotidiennes.

Mais la guerre avec la multiplicité des cas et les perfectionnements chirurgicaux a montré définitivement que l'on doit opérer les anévrismes jugulo-carotidiens et qu'ainsi on les guérit.

Dès 1916, Baudet réunissait treize observations, parmi lesquelles sept cas avaient déjà été signalés par Monod et Vanverts ; les autres appartenaient à Quenu, Rouvillois, Duval, Guibal, Marquis et lui-même. Dix-neuf autres ont été publiés dans les périodiques français au cours de la guerre.

L'observation de Rouvillois est semblable à la nôtre quant au siège de la lésion, sur la bifurcation carotidienne.

Depuis la guerre, quelques observations ont encore été publiés par Cotte, Toupet, Barthélemy et quelques autres. En outre, quelques travaux importants achevèrent de préciser les idées actuelles sur les anévrismes artério-veineux, en général, et jugulo-carotidiens, en particulier. Nous ne ferons que citer les noms de Leriche, Stulz, Delbet, Grégoire, Matas, Lejars, Moure. Tous ont grandement contribué à la mise au point de la question.

Symptomatologie

L'anévrisme artério-veineux jugulo-carotidien succède toujours à une blessure du cou qui par cela même a attiré immédiatement l'attention la plus rigoureuse de la part du médecin.

Dès le premier examen d'un blessé du cou on doit penser à la possibilité d'une lésion vasculaire importante, même si l'hémorragie externe n'est pas abondante comme c'est le cas le plus fréquent dans les blessures par balles. Le déplacement des couches musculo-aponévrotiques limite, dans l'espace celluleux carotidien et dans les espaces celluleux voisins, l'étendue de l'hématome profond diffus et seulement une hémorragie de moyenne abondance s'écoule à l'extérieur.

Il est alors de première importance de préciser la situation exacte, par rapport aux repères anatomiques des orifices d'entrée et de sortie. On aura ainsi une notion juste de la direction de la trajectoire et de sa profondeur. Il suffira de la comparer à la situation normale des vaisseaux. D'ailleurs, très précocement apparaissent deux signes importants : la tumeur et le thrill.

Dans certains cas où l'existence de la lésion serait méconnue, c'est seulement plusieurs mois plus tard que le malade se présenterait pour une tumeur du cou ou pour des signes fonctionnels que nous décrirons longuement au cours de cette étude.

Nous devons enfin savoir qu'exceptionnellement il est vrai, on peut être en présence d'un anévrisme constitué secondairement sur une lésion de « plaie sèche ». Cette éventualité est absolument rarissime.

Nous venons d'envisager rapidement les divers modes de début clinique de ces anévrismes artério-veineux, nous allons étudier maintenant les divers signes, locaux ou à distance, qui vont les caractériser.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

A) Signes locaux

Eléments fournis par l'inspection

1° Recherche et localisation des lésions cutanées correspondant a la blessure. Nous avons déjà insisté sur leur intérêt.

2° La tumeur est en général petite, pulsatile, expansive à chaque systole. Nous reviendrons sur certains de ses caractères à l'occasion des signes fournis par la palpation.

La tumeur peut être extrêmement réduite dans le cas d'anévrisme artério-veineux simple, sans sac.

3° La dilatation veineuse. — Les veines du cou et du côté correspondant de la face et du front deviennent énormes et se dessinent en saillies serpentines. Le moindre effort en augmente encore le volume au point que chez certains blessés, la face devient asymétrique. Ces veines dilatées battent.

4° L'œdème n'est pas rare, et dans les cas anciens il est dur. Enfin, il peut exister quelquefois des troubles trophiques que nous ne faisons que citer : troubles sudoraux, par exemple.

Eléments fournis par la palpation

C'est la palpation qui nous fournira la clef du diagnostic avec les signes que nous allons maintenant décrire.

1° Le thrill de William Hunter est un frémissement vibratoire, une sensation tactile que perçoit le doigt appliqué au voisinage de la communication artério-veineuse : elle a été comparé « au frémissement des vitres d'une maison ébranlée par le passage d'un lourd camion, à celui du thorax d'un chat qui ronronne » (Grégoire).

Le thrill est continu, à renforcement correspondant avec les systoles cardiaques ; il est synchrone du pouls.

Il faut savoir que l'intensité du thrill n'est pas proportionnelle aux dimensions de l'orifice de communication. Il se propage à distance aussi bien sur l'artère que sur la veine. Ajoutons que le thrill est rarement perçu par le blessé s'il ne porte pas la main à son cou.

2° La tumeur est, nous l'avons dit, souvent peu volumineuse, animée de *pulsation* et *d'expansion*. La compression de l'artère en amont fait cesser tous ces signes, la compression de la veine en aval les augmente, mais ces manœuvres sont souvent difficiles à réaliser au niveau du cou.

3° Signe de Terrier. — C'est un signe de certitude : la compression en un point limité, répondant à l'orifice de communication fait cesser tous ces signes.

Elements fournis par l'auscultation

Le souffle. — C'est un signe constant, c'est avec le thrill un signe capital. Comme le thrill, dont il est l'expression auditive, il est continu à renforcement systolique. Son timbre est variable d'un cas à l'autre. Il ressemble, dit Broca, au bruit d'un rouet, d'une lime, d'une scie. Le souffle se propage dans les deux sens : centrifuge et centripède. D'ailleurs, ce souffle en raison du voisinage de l'oreille est entendu d'une façon pénible et insupportable. Ce bruit de jet de vapeur devient obsédant au point d'empêcher le sommeil.

B) Signes à distance

Nous envisagerons deux ordres de signes à distance : des signes cérébraux et des signes cardio-vasculaires.

1° Signes cérébraux. — L'encombrement de la circulation cérébrale se manifeste par des vertiges. Aussi, tout ce qui peut augmenter la tension cérébrale devient-il une cause d'étourdissement ou de sensation vertigineuse. Grégoire, cite un malade qui préférait rester plusieurs jours constipé plutôt que de faire effort.

Le fait de baisser la tête suffit souvent à amener une sensation nauséeuse accompagnée de vertige. Ajoutons à ces signes cérébraux des signes nerveux proprement dits en rapport avec des lésions du pneumogastrique ou du grand sympathique. Ces phénomènes peuvent être immédiats ou secondaires et consistent en myosis, troubles respiratoires, palpitations.

2° Signes cardio-vasculaires. — Grégoire a été le premier à les mettre vraiment en évidence dans un important mémoire présenté à la Société nationale de chirurgie de Paris, le 5 avril 1922. Nous nous bornerons ici à résumer ses idées :

Une des premières répercussions cardio-vasculaires de l'anévrisme sera une hypertrophie du cœur gauche, résultant de l'augmentation considérable de la tension artérielle en amont. Peu à peu, le cœur va devenir impuissant à lutter contre cette hypertension et la défaillance cardiaque entrainera la mort du malade.

a) *Les modifications de la pression artérielle.* — Celle-ci est constamment augmentée dans la circulation générale. Nous avons déjà insisté sur ce phénomène et son explication. Notons avec Cunéo que l'augmentation de la pression veineuse se rencontre dans certains cas. Au Pachon la maxima artérielle atteindra 22 et 24, en revanche la chute de la minima est toujours considérable, elle sera 8-6.

La pression différencielle est donc énorme.

b) *La défaillance du cœur et l'asystolie.* — La pression veineuse est très élevée entre la communication et le cœur. A un moment donné, cœur droit et cœur gauche se trouvent forcés. La pression artérielle diminue parce que le cœur gauche se contracte avec moins de force. La pression veineuse augmente parce que le cœur droit se trouve encombré et le malade évolue vers le tableau clinique de la grande asystolie.

Formes cliniques

On peut classer les formes cliniques des anévrismes jugulo-carotidiens suivant leur siège, suivant leur forme anatomique, suivant leur cause.

I. Suivant le siège

Anévrisme de la carotide primitive et de la jugulaire interne. — Le siège des signes est nettement dans la moitié inférieur de la région carotidienne, au-dessous de la grande corne de l'os hyoïde. Son abord est facile, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien et surtout on peut espérer que par l'intermédiaire des anastomoses faciales et la carotide externe, la circulation se rétablira suffisante dans la carotide interne.

Anévrisme de la carotide interne et de la jugulaire interne. — Cette forme est rare et grave, son abord est plus difficile.

Le blessé est plus exposé à des troubles nerveux post-opératoires, non seulement d'ordre cérébral, mais encore dans le territoire des nerfs crâniens qui peuvent être englobé dans la poche ou lésés au cours de l'intervention.

Anévrisme de la carotide externe et des veines voisines. — Ces veines peuvent être soit la jugulaire interne soit l'une quelconque des branches thyro-lingo-faciale de ce réseau veineux qui constitue la « veine carotide externe » de Farabœuf, Sebileau, Latarjet.

La circulation veineuse au niveau de la face, l'œdème et la cyanose sont au maximum. Le pronostic, au point de vue des accidents cérébraux est bon, mais l'hémostase sera souvent délicate au cours de l'intervention.

Anévrisme de la carotide interne et du sinus caverneux. — Il se manifeste par de l'exophtalmie pulsatile, des battements avec thrill isochrone au pouls visible à distance, prédominant à angle supéro-interne de l'orbite. Un souffle continu à renforcement systolique. Des troubles portant sur la cornée, le tractus uvéal, les deux chambres, la rétine et le nerf optique. Les troubles sont dus à l'exophtalmie associée à la dilatation veineuse au niveau des différentes parties constituant le globe oculaire. On note aussi des paralysies pouvant porter sur le IIIe paire, la IVe et surtout sur la VIe paire. Le malade perçoit lui-même des bruits intracrâniens intenses : bourdonnements, sifflements, rendant tout sommeil impossible. Follet et Dechef en ont présenté un cas en 1919. Miginiac et de Saint-Martin en ont publié en autre en juillet 1930.

II. *Suivant la forme anatomique*

Nous opposerons surtout les anévrismes avec sac et les anévrismes sans sac.

LES ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX SANS SAC. — Simples « fistules artério-veineuses » ce sont les plus bénins des anévrismes, ce sont les « phlébartéries simples » de Broca, les « artério-phlébostomies » de Lerche.

Les auteurs modernes insistent sur leur relative fréquence. Un canal peut unir les deux vaisseaux fistulisés. Pour Grégoire, ce canal n'a pas de réalité anatomique, c'est une création du chirurgien qui étire les vaisseaux ; il est réalisable lorsque l'orifice est étroit.

LES ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX AVEC SAC. — Il en existe plusieurs types suivant la forme du sac.

1° *Anévrismes enkystés artériels de Broca.* — Le sac est au contact de l'artère. Ces anévrismes sont très rares et toujours très petits. Ce sont les anévrismes artérioso-veineux « compliqués d'anévrisme artériel » de Grégoire.

2° *Anévrisme enkystés veineux de Broca* — Ce sont plus exactement des fistules artério-veineuses avec distension veineuse.

3° *Anévrismes enkystés intermédiaires de Broca.* — Ils sont assez fréquents. Ce sont ceux où les limites de la poche sont constituées par les tissus repoussés par l'hématome. Cette poche est tapissée par une membrane endothéliale qui, n'étant pas doublée d'éléments élastiques ou musculaires n'a pas le caractère d'une paroi vasculaire, il ne répond nullement à la définition d'un sac : c'est un faux sac, car il n'est pas constitué par les diverses parois de l'artère. Seuls ici l'endothélium a proliféré.

Ainsi en dehors des rares anévrismes enkystés artériels, il n'y a pas de *vrai sac* dans les anévrismes artérioso-veineux.

III. *Suivant la cause*

Nous savons la possibilité d'anévrisme jugulo-carotidien spontanés (Queirel, Grégoire).

Citons aussi les diverses causes possibles : armes à feu, armes blanches nous nous rappellerons l'importance du petit diamètre de l'agent vulnérant et l'importance du facteur « septicité » de celui-ci.

Complications

Nous les classerons d'abord en immédiates et secondaires ; puis parmi ces dernières, nous distinguerons des complications locales et des complications à distance.

I) *Complications immédiates*

Elles peuvent être mortelles et sont inhérentes à la blessure causale plus qu'à l'anévrisme, aussi nous serons bref dans leur description.

Nous ne ferons que citer l'hémorragie, soit externe et forçant la main au point de vue opératoire, soit interne et diffusant dans les espaces celluleux du cou pouvant constituer un hématome considérable. Cette tumeur peut gêner énormément la déglutition et la respiration.

Enfin, l'infection du foyer de la blessure est toujours à craindre, on devra désinfecter soigneusement les orifices cutanés et y maintenir, jusqu'à cicatrisation, des pansements aseptiques.

II) *Complications secondaires*

Celle-ci sont à proprement parler, les complications de l'anévrisme.

Complications locales

L'AUGMENTATION PROGRESSIVE DE LA TUMEUR. — Quelquefois, un deuxième traumatisme semble être la cause déterminante de cette évolution rapide.

La *rupture* peut se produire avant que l'on ait pu traiter l'accroissement rapide de la tumeur dont elle constitue l'évolution normale.

La *gangrène* peut être envisagée, s'il existe des caillots dans le sac anévrismal.

Complication à distance

Plus le calibre des vaisseaux anastomosés sera important, plus la gravité des troubles sera grande. Plus rapidement se produira l'évolution vers l'asystolie.

Les troubles cérébraux que nous avons décrits céphalées, vertiges peuvent aussi par leur intensité revêtir l'aspect de véritables complications.

Diagnostic

Le diagnostic d'anévrisme jugulo-carotidien est certainement facile à poser. La présence d'une tumeur expensive avec battement, thrill, souffle succédant à une blessure de la région carotidienne suffit à poser le diagnostic.

Diagnostic différentiel

Il faudra néanmoins éliminer quelques causes d'erreur.

LES COMPRESSIONS. — Le thrill peut exister sans anastomose artério-veineuse. P. Duval et P. Delbet ont signalé ce fait. *Une compression* par des ganglions ou par une tumeur de voisinage de quelque nature qu'elle soit suffit à le provoquer.

L'ANÉVRISME CIRSOÏDE, avec artères serpentines, entremêlées en tête de Méduse avec ses veines fortement distendues et saillantes sera facilement différencié. Il est souvent consécutif à un angiome, siège de préférence au cuir chevelu ou sur la face. Le thrill est peu intense, le signe de Terrier est impossible à mettre en évidence.

LA TUMEUR TÉLANGIECTASIQUE est tout à fait exceptionnelle au niveau du cou. Ces tumeurs peuvent présenter battement et expansion. On peut parfois percevoir un souffle à leur niveau, mais jamais de thrill. Ce sont le plus souvent des sarcomes.

L'ANÉVRISME ARTÉRIEL SIMPLE présente un souffle systolique et non continu à renforcement systolique. Il n'existe pas de thrill, pas de modification de la circulation veineuse. Ch. Walter a présenté, en février 1916, un cas d'anévrisme isolé de la carotide. Notre maître le Professeur Dambrin en a lui-même observé un cas, qui a guéri spontanément.

Diagnostic de siège

La radiographie après injection intra-artérielle opaque pourrait dans certains cas aider à préciser un diagnostic quant au siège exact de la communication artério-veineuse.

C'est surtout l'étude rigoureuse de la trajectoire et la notion de son point de rencontre avec les vaisseaux. Si la blessure ne comporte que l'orifice d'entrée du projectile, il pourra être difficile de reconstituer la trajectoire, l'interrogatoire soigneux pourra y aider. Enfin, c'est surtout le maximum des signes au point de communication et le signe de Terrier qui seront ici particulièrement utiles. Nous avons vu l'intérêt vraiment très grand qu'il y a, au point de vue pronostic fonctionnel post-opératoire, à préciser exactement ce signe.

Diagnostic d'intervention

Nous reviendrons sur ce point primordial, disons seulement, d'ores et déjà qu'il ne faut pas se hâter à intervenir à moins d'y être forcé par l'apparition de complications.

Plus on attend, plus on a de chances qu'une bonne circulation de suppléance se soit organisée au niveau de l'héxagone de Willis. Plus, on attend aussi, malheureusement, plus les troubles cardiaques risquent de s'aggraver et de devenir définitifs. Les auteurs modernes fixent à trois mois après la blessure la date de l'intervention.

Marquis, après avoir étudié un certain nombre d'observations, avait cru trouver quelques règles permettant d'expliquer les accidents cérébraux. Le danger, dit-il, reconnaît deux causes :

1° *Le niveau de la ligature.* La ligature de la carotide primitive est moins grave que celle de la carotide interne, car on peut espérer que la voie de la carotide externe, grâce à ses anastomoses médianes, permettra le retour du sang dans la carotide interne.

2° *L'âge de l'anévrisme.* Si la lésion est récente, les voies de suppléance n'ont pas eu le temps de se développer. Marquis estime qu'il faut au minimum vingt jours pour que cette adaptation puisse se réaliser. Il proposait donc comme règle de ne jamais intervenir avant cette date sur un anévrisme jugulo-carotidien.

Disons cependant que la durée de l'attente n'atténue pas selon certains auteurs (Delbet, Baudet, Barthélemy), les risques d'hémiplégie, car celle-ci serait due bien plus à des embolies par mobilisation de caillots qu'à une ischémie par insuffisance de la vascularisation de suppléance.

Traitement

Le traitement des anévrismes artério-veineux jugulo-carotidiens est passé par une série de phases répondant à l'évolution et au progrès de la chirurgie vasculaire.

A) Traitement non sanglant

Le traitement non sanglant des anévrismes artério-veineux jugulo-carotidiens est complètement abandonné à l'heure actuelle. Nous indiquerons pour mémoire : *la compression* qui a pu donner quelques succès et qui sera seule citée. Nous laissons complètement dans l'ombre : l'expectative pure et simple, les tentatives de coagulation par injections coagulantes la galvano-puncture et l'introduction de corps étranger (ressort de montre, par exemple). Toutes ces lignes de conduite doivent être absolument proscrites de la thérapeutique moderne.

Pendant la grande guerre (1914-1918). Routier constatant qu'une certaine position de la tête diminuait le thrill et le souffle, obtint après plusieurs mois de patience la guérison d'un anévrisme jugulo-carotidien. Cette guérison peut être rattachée aux méthodes de compression. Nous n'insistons pas davantage sur ces méthodes. Nous avons dit qu'elles sont à rejeter.

B) Traitement sanglant

A l'heure actuelle, étant donné les notions physio-pathologique d'une part, le progrès de la technique chirurgicale d'autre part, le seul traitement logique est le traitement chirurgical. Il existe deux ordres de méthodes : méthodes radicales et les méthodes conservatrices.

I) Méthodes radicales

1° Les ligatures. — Nous ne ferons que citer : la ligature de l'artère au-dessus du sac, la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac, cette intervention a donné quelques rares succès, mais dans le seul cas d'anévrisme de la carotide interne, car cette artère ne donne aucune collatérale au niveau du cou.

On a proposé également la double ligature de la jugulaire au-dessus et au-dessous de la communication. Le petit segment veineux ainsi exclu devient une sorte de petit sac suspendu à l'artère.

La méthode suivante est plus intéressante à étudier :

La quadruple ligature sans extirpation. — C'est une opération grâce à laquelle le sang ne pénètre plus dans le sac ; mais il vaudrait mieux dire pluriligature car de nombreuses collatérales doivent souvent être liées. C'est une bonne méthode qui a a son actif de nombreux succès. Mais, si toutes les branches ne sont pas parfaitement liées, l'anévrisme ne manquera pas de se reproduire ultérieurement. Aussi la méthode que nous allons maintenant décrire est-elle de beaucoup préférable.

L'extirpation après quadruple ligature (Delbet). — C'est une très bonne méthode qui est née des échecs de la quadruple ligature sans extirpation que nous venons de décrire. Ce procédé fut surtout vulgarisé pendant la grande guerre de 1914-1918 ; il est né du principe suivant : puisque souvent l'anévrisme se reproduit du fait de branches collatérales s'abouchant au voisinage de l'orifice de communication et ayant échappés aux ligatures, le plus sûr moyen de supprimer leur effet est de pratiquer l'ablation de la lésion en totalité. L'opération commence comme la précédente par les pluriligatures, puis on pratique l'ablation de la poche. Mais la dissection est souvent difficile car le sympathique et le pneumogastrique sont en rapport intime avec la poche, ils sont souvent englobés dans la gangue cicatricielle ou dans la paroi néoformée de l'hématome organisé du sac. On devra les sculpter prudemment, de proche en proche dans cette paroi profonde de la poche. Quelles que soient les difficultés de l'intervention la pluriligature avec ou sans extirpation du sac restera l'opération la plus employée.

Dans les treize observations de quadruple ligature rapportées par Baudet, cet auteur ne signale aucun incident d'ordre cérébral. En revanche, Marquis, sur quinze cas d'anévrisme jugulo-carotidiens opérés par quadruple ligature note cinq morts par hémiplégie.

Un blessé opéré par Lecène présente, quarante-huit heures après la quadruple ligature, une hémiplégie définitive.

3° L'endo-névrismorraphie oblitérante (Opération de Matas). — Cette intervention consiste à suturer les orifices vasculaires de par l'intérieur de la poche. Cette méthode est difficile et elle expose à des hémorragies. Moure est, en France, son seul défenseur. Nous ne pensons pas qu'elle soit réalisable pour les anévrismes jugulo-carotidiens étant donné l'hémostase préventive qu'elle implique.

II) Méthodes conservatrices

On désigne sous ce nom les opérations qui ont pour but de conserver la continuité du canal artériel. On ne pourra les pratiquer que si l'artère est en assez bon état et si il n'existe pas de sac. Ce sont des interventions grevées d'une assez grosse mortalité par hémorragies, thromboses immédiates et plus tard par endartérite chronique oblitérante, ectasie, rupture tardive. Nous allons envisager successivement des méthodes conservatrices.

1° Ligature du canal de communication. — On la pratiquera à l'aide de deux fils de catgut dont l'un est placé contre l'artère, et l'autre contre la veine. Cette opération qui implique une phlébartérie simple n'est évidemment pas souvent réalisable.

2° Suture de l'orifice de communication après séparation des deux vaisseaux. — C'est surtout l'hémostase artérielle qui compte, car la veine peut être réséquée. Cette intervention doit se faire sous hémostase totale. On pratique la séparation rapide de l'artère et de la veine, on suture l'artère au fil de soie préalablement trempé dans de l'huile de vaseline stérilisée et l'on fait un surjet simple. L'aiguille ne doit pas traverser toutes les parois de l'artère. Les couches superficielles seules doivent être prises. Comme la précédente, cette opération ne peut guère être tentée que dans les cas de fistule artério-veineuse simple, sans adhérence notable. Cette opération délicate n'est pas souvent réalisable.

3° Endo-anévrismorraphie transveineuse avec suture de l'orifice de communication (Matas). — Cette intervention est encore appelée endo anévrismorraphie transveineuse *réparatrice*, s'il y a une plaie latérale que l'on suture et *reconstrutive* s'il est nécessaire de consolider la suture par un segment de poche que l'on suture en un deuxième plan par dessus la première suture.

Afin de n'avoir pas à séparer les vaisseaux, ce qui est souvent très délicat et impossible, Matas eut l'idée de supprimer délibérément la veine en passant par sa cavité, opération idéale, mais il faut : 1° que l'orifice de communication ne soit pas très grand car la suture entraînerait une sténose ; 2° que les bords de l'orifice artériel ne soient pas trop minces.

4° Suture bout a bout. — Nous ne faisons que citer cette intervention possible sur les membres, mais qui n'a jamais été réalisée pour un anévrisme jugulo-carotidien. Cependant

◆◆

Petit-Dutaillis a pratiqué une suture bout à bout de la carotide externe et de la carotide interne après avoir reséqué un anévrisme artériel de la fourche carotidienne.

En pratique, la suture artérielle n'a été employé que dans quelques rares cas. Il faut bien reconnaître que cette opération est particulièrement émouvante et risquée. Il est naturellement impossible de faire une hémostase totale et on doit savoir qu'il faut redouter l'hémostase tronculaire temporaire, même de courte durée. C'est donc le plus souvent en pleine hémorragie qu'il faut avoir l'adresse et la rapidité suffisante lpour suturer la carotide.

Les exemples de Lefort, de Matas, de Lecène, permettent de penser que les chirurgiens devraient, plus souvent qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici, tenter de conserver la voie de circulation carotidienne.

Si décourageant que puissent paraître les résultats obtenus, le bon sens et la logique obligent à persévérer néanmoins, car il est évident que l'intervention conservatrice, c'est-à-dire celle qui garde la voie normale de l'irrigation cérébrale est physiologiquement la plus satisfaisante.

En terminant répétons que le grave danger opératoire est l'hémiplégie. Quel est dans sa production le rôle de l'ischémie par insuffisance de la vascularisation de suppléance ? Quel est le rôle de l'embolie par mobilisation de caillot ? Malgré les travaux importants d· Fourmestraux, Marquis, Barthélemy, Grégoire et bien d'autres, cette question n'est pas définitivement résolue. Quoiqu'il en soit, il semble logique d'admettre que les deux facteurs peuvent intervenir. Notre conclusion sera inspirée de prudence. Nous croyons bon d'attendre tout en surveillant attentivement l'apparition de troubles circulatoires par examens systématiques de la tension artérielle et du muscle cardiaque. Mais après avoir attendu et décidé l'intervention, nous croyons qu'il sera bon, dans la mesure du possible de faire, au début de l'acte chirurgical, la ligature du bout distal de la carotide pour avoir le maximum de chance d'éviter la mobilisation d'un caillot vers le cerveau.

ACTUALITÉS

Le Xe Congrès international d'Histoire de la Médecine

Madrid 22-30 septembre 1935

Par **Raymond NEVEU**

Le Xe Congrès international d'histoire de la médecine, qui vient de se tenir à Tolède et à Madrid a remporté un très grand et très légitime succès. Tout l'honneur en revient au Professeur Marañon, président du Congrès, et à ses collaborateurs le Professeur Francisco Oliver, le Docteur Nicosio Mariscal y Garcia ainsi qu'aux membres du Comité d'organisation.

Par une heureuse pensée des organisateurs, la séance d'inauguration eut lieu à Tolède, dans l'antique hôpital de Santa Cruz, qui était le cadre rêvé pour les historiens de la médecine.

Tout Tolède était sur la grande place lorsque les congressistes arrivèrent. Ils furent reçus par les hauts dignitaires de la Ville, par l'Armée, et par les délégations de la province en costumes régionaux.

Le discours de bienvenue fut prononcé par le président de la Junte des monuments historiques, D. José Polo Benedito.

A l'hôpital dans une allocution d'une très grande élévation, le Professeur G. Marañon, salua les congressistes, et, le Professeur Giordano, président de la Société internationale d'histoire de la médecine, apporta le salut des membres étrangers, avec cette courtoisie et cette finesse d'esprit qui lui sont coutumières.

Après un somptueux déjeuner dans l'Alcazar, on visita la cathédrale, et, ses incomparables trésors, la maison du Greco, et toutes les richesses artistiques de la Ville. La soirée se termina dans la délicieuse propriété du président, le Cigarral « Los Dolores », qui domine Tolède, et, dont Mme Marañon fit les honneurs avec une bonne grâce exquise qui alla au cœur de tous les congressistes.

Les travaux du Congrès commencèrent le lendemain dans le palais du Sénat. Rarement, pour notre part, nous avons vu une si parfaite organisation, une telle abondance de documents, une si large compréhension de l'importance des services annexes. Il est vrai que le cadre s'y prêtait. Secrétariats, salles de correspondances postes, agence de voyage, tout tenait à l'aise dans le hall d'entrée du palais.

Les communications furent si nombreuses que l'on dût créer deux sections ce qui était une solution indispensable mais, qui, malheureusement, ne permit pas d'assister à tous les rapports.

Il nous est impossible de résumer ici tous les travaux. Nous nous contenterons d'en rappeler quelques-uns en nous excusant auprès de nos collègues que nous ne ferons que citer.

Le programme comprenait plusieurs questions biens distinctes : La médecine arabe en Espagne, la médecine en Amérique durant la colonisation espagnole, le Folklore médical dans les pays civilisés, et, enfin les communications de thèse libre.

Le Professeur Guiart, lut une étude sur les origines Persanes de la médecine de langue arabe. Il montra que c'est au premier roi de la dynastie sassanide Ardéchir Barbekan, ou du moins à son fils Sapor, que revient l'honneur d'avoir fondé en Perse, la première Ecole de médecine à Kondishapour au IIIe siècle après J.-C.. De bonne heure l'Ecole se compléta par la création d'un hôpital et d'une pharmacie. C'est au VIe siècle, que l'Ecole prit une grande extension à la suite de l arrivée de médecins grecs chassés de l'empire byzantin.

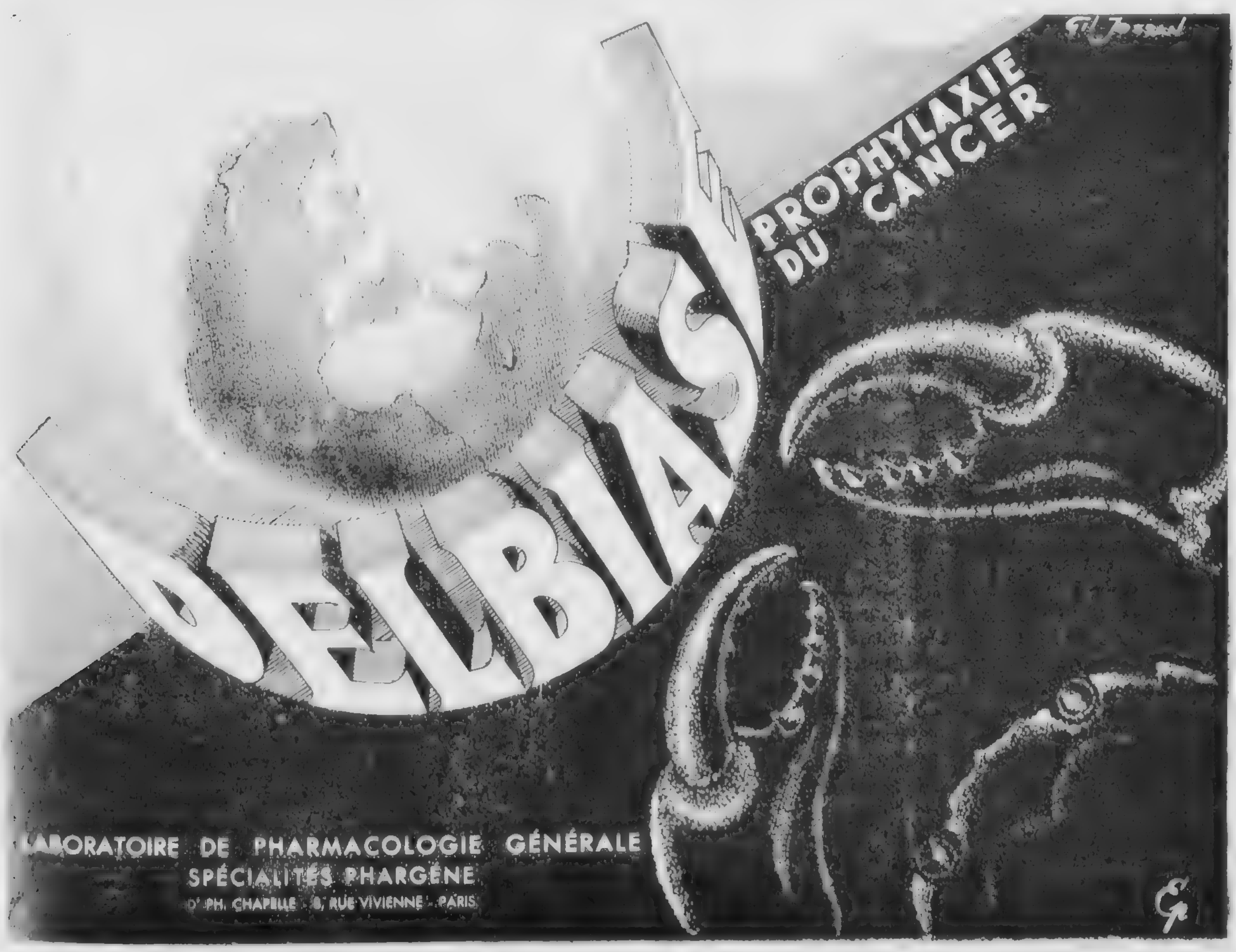
En 765, le calife Al Mansour étant tombé malade, convoqua à Bagdad Djordjis ibn Baktishon, chef des médecins du grand hôpital de Kondishapour.

Dès lors une Ecole de médecine se développa dans cette ville, et prit bientôt un essor considérable.

Nous n'avons pas lieu de nous étonner d'avoir à constater que les grands médecins, qui seront la gloire du Xe et du XIe siècles, tels que Rhazès, Ali-Abbas et Avicenne, aient été des Persans. Les Arabes ont essayé de les revendiquer comme étant des leurs, sous prétexte qu'ils ont écrit en Arabe. Aujourd'hui les Turcs les revendiquent à leur tour en invoquant des arguments, qui ne paraissent guère d'accord avec les données de l'histoire. Jusqu'à preuve du contraire nous admettons, avec la plupart des auteurs, que les grands coryphées de la médecine musulmane, Rhazès, Ali-Abbas et Avicenne, étaient bien des Persans. D'ailleurs les Persans ont joué un rôle considérable dans le développement de ce qu'on a appelé l'art, la littérature et la science arabes. Marcel Dieulafoy, le génial inventeur des vieilles civilisations persanes, a montré que l'art arabe d'Espagne n'était qu'un emprunt fait à la Perse sassanide ; d'autre part les Contes des Mille et une Nuits et les proverbes arabes sont d'origine persane et parmi les historiens, philosophes, naturalistes, astronomes soi-disant arabes, les plus grands furent souvent des Persans. Pourquoi en aurait-il été autrement en médecine.

En réalité s'il y eut beaucoup de Persans parmi les médecins soi-disant arabes, il y eut aussi des Grecs, des Syriens,




DELBIASE
PROPHYLAXIE DU CANCER
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
SPÉCIALITÉS PHARGÈNE
Dr PH. CHAPELLE - 8, RUE VIVIENNE - PARIS

des Egyptiens, des Berbères, des Marocains, des Espagnols, des Arabes et peut-être aussi des Turcs.

Il convient donc de rendre à chacun ce qui lui est dû et dans ce but il convient d'étudier dorénavant la médecine dite arabe dans un nouvel esprit.

On l'appelle médecine arabe, parce qu'elle fut écrite en arabe ; M. Guiart se joint donc aux auteurs, qui ont proposé de l'appeler *médecine de langue arabe*.

Après un très intéressant rapport du Professeur Capparoni sur la médecine arabe en Espagne, Mme Av. Panayotatou étudia surtout la médecine arabe dans la péninsule au XII[e] siècle. Alors que les croisades portaient le trouble et le ravage en Orient, les Arabes versaient à pleines mains sur l'Occident les trésors de leur science.

L'Espagne tient une large place dans l'histoire des sciences par les traductions qui s'y firent et qui élargirent ainsi le champ des études. Ces travaux au XII[e] et au XIII[e] siècles eurent Tolède pour centre.

Les plus éminents médecins du Kaliphat Ouest furent Abulcasis, Avenzoar, Averroes et Maimonides. Mme Panayotatou, fit allusion également à l'Ecole de Bougie, qui eut son heure de célébrité au XIII[e] siècle, nous lui en savons gré, car on semble un peu trop oublier aujourd'hui que cette admirable ville fut un grand foyer scientifique.

M. Fidel Fernandez fit une communication sur la médecine arabe en Espagne dont il traça un tableau très saisissant. Il rappela la richesse inestimable de la bibliothèque de Cordoue qui renfermait plus de 600.000 volumes. Il passa en revue les grandes figures arabes de l'époque, notamment Aben Fareg qui créa un Jardin botanique où il acclimata les plantes médicinales les plus diverses, et surtout Abenzoar qui donna une véritable impulsion aux études médicales.

M. Zakiali résuma nos connaissances sur la chirurgie arabe en Espagne. Arib ibn Said el Klateb, Abul ala Zuhr et son fils Avenzoar, Ibn Rouchd (Averroès) et, surtout, Abul-Kassim furent les personnalités dominantes de la chirurgie de l'époque.

Ils créèrent la clinique chirurgicale, on peut dire que les Arabes furent les maîtres de la chirurgie jusqu'à la fin du XV[e] siècle. Avenzoar conseilla la trachéotomie, décrivit la dacryocystite, les abcès du péricarde, le cancer de l'estomac.

Albucasis, dont le vrai nom était Abul Kassin Khalef ibn Abhas az Zahrawi fut, sans conteste, le plus grand chirurgien qu'eut l'Espagne musulmane. Son traité, Al Tasrif fut traduit maintes fois en latin par Gérard de Crémone. Son influence sur le développement de la chirurgie en Occident fut immense. A partir du XV[e] siècle tous les grands chirurgiens y puisent des renseignements précieux.

Dans Guy de Chauliac on trouve deux cents citations d'Abulcasis.

On peut dire que la chirurgie moderne est fille de la chirurgie arabe.

M. Julian Bravo présenta deux études, l'une sur les hôpitaux de l'époque musulmane, l'autre sur un manuscrit apocryphe sous Sacedose par Agmer ben Ab-dala, médecin de Tolède.

M. Max Meyerhof, membre de l'Institut d'Egypte, fit un rapport sur un ouvrage médical inconnu de Maimonide. En effet, Moclé ben Maimon est connu de nos jours comme philosophe. Or, de son vivant il était surtout célèbre comme médecin et comme chef du judaïsme oriental.

Son livre « Explication de la drogue » Sarh-el-Aggar est tout à fait curieux, Maimonide est né à Cordoue en 1135 et a dû quitter cette ville envahie par les Almohades en 1148 avec sa famille et errer dans le sud de l'Espagne, et, au Maroc avant de s'établir à Fez d'où il partit plus tard pour le Caire. Il écrivit ses œuvres de 1170 à 1200 environ.

Le livre du grand savant juif est plein de remarques importantes pour la nomenclature botanique et pharmacologique de l'époque.

M. Renaud, professeur à l'Institut des Hautes Etudes marocaines, fit une très belle conférence sur la médecine arabe en Espagne au X et XI[e] siècles, dans laquelle il développa des idées tout à fait nouvelles.

La place nous manque pour analyser cette remarquable étude sur laquelle nous reviendrons en détail un jour, car elle mérite un article spécial.

M. J. Vinar, de Prague, fit également à l'Académie nationale de médecine une conférence fort intéressante sur Raymond Lulle et ses ouvrages médicaux.

La deuxième section fut consacrée à la médecine en Amérique durant sa découverte et sa colonisation.

Tout d'abord, il convient de signaler le rapport de M. Da Silva Carnavalho, ancien professeur d'histoire de la médecine à Lisbonne, sur la médecine dans la découverte et la colonisation du Brésil. C'est un chapitre d'histoire du plus haut intérêt. Tour à tour, l'auteur étudia les fièvres paludéennes qui firent tant d'hécatombes, notamment en 1656 et en 1662, le charbon, les myases, et non pas les mycoses comme les traducteurs l'ont écrit par erreur, le tétanos, le typhus exanthématique, le scorbut, le béri-béri, la syphilis et enfin, et surtout, la fièvre jaune qui, au cours du XVII[e] siècle, fit des apparitions si fréquentes.

M. Bazzochi étudia la médecine et la chirurgie au Pérou avant la conquête espagnole. M. Guiseppe Mazzini résuma nos connaissances sur la médecine au Pérou, et, au Chili durant la conquête, enfin, M. Andel, délégué de la Hollande, retraça la figure si captivante de Willem Piso, médecin de la « Dutch West Indian Company » au Brésil (1636-1644).

La troisième section s'ouvrit par un remarquable rapport du Professeur Laignel-Lavastine sur l'introduclion du Folklore médical.

Le Folklore médical a un double intérêt, théorique et pratique. Son étude met en lumière dans un domaine circonscrit tous les facteurs de la civilisation humaine. Et l'investigation thérapeutique moderne confirme souvent en la précisant la valeur de substances employées par la médecine populaire.

Les observateurs du Folklore médical peuvent être classés en trois groupes :

a) Mutilations ethniques ;
b) Pratiques magiques et religieuses relatives aux esprits ;
c) Médecine populaire.

Indiquant pour mémoire le Folklore vétérinaire, l'ethnologie médicale des animaux, l'obstétrique et la chirurgie populaire, le Professeur Laignel-Lavastine dans la médecine populaire analyse successivement la matière médicale, la manière de faire et l'opérateur.

Il dégage ensuite les facteurs psychologiques et sociaux du Folklore médical. Les uns sont génétiques, les autres évolutifs.

Les facteurs génétiques sont essentiellement l'instinct, l'analogie, l'animisme et ses dérivés, l'empirisme, et les facteurs évolutifs sont essentiellement la dégradation et le maquillage.

Cette étude des cadres et des facteurs du Folklore médical dépend de la méthode clinique qui a permis un classement objectif indépendant de toute hypothèse.

Et pour pénétrer dans le déterminisme des faits observés, le Professeur Laignel-Lavastine a eu recours à la psycho-sociologie qui, appliquée dans ses techniques et sans métaphysique, doit être aujourd'hui maniée par le médecin qui ne peut plus n'être qu'un biologiste en raison de l'importance toujours croissante du social dans la pathologie.

M. Fosseyeux résuma un travail fort intéressant sur les saints protecteurs contre la « male mort », c'est-à-dire la mort subite qui ne laisse pas le temps de mettre en ordre ses affaires temporelles, de se repentir et de recevoir les sacrements, celle qui attend le pèlerin au détour de la route, ou le pestiféré avant les soins utiles. Ce sont St Christophe, St Sébastien et Ste Barbe. M. Fosseyeux rappela l'histoire de leur culte, de leur liturgie, et donna sur leur iconographie des indications provenant des musées, des

miniatures, des livres d'heures, des images de confréries, en les rattachant aux événements et aux épidémies de l'époque.

Le Professeur DIEPGEN montra tout l'intérêt de cette communication étayée par une solide érudition, et il y ajouta des documents personnels.

Dans un rapport sur le Folklore médical français, le Professeur GUIART montra que le Folklore a une origine magique et religieuse, mais qu'il est bien difficile d'établir la limite entre les deux. Tour à tour il étudia la médecine magique et la médecine religieuse, insistant sur les survivances ligures, sur le culte des pierres, des arbres, des sources, sur les survivances gauloises, et, enfin, sur les superstitions religieuses.

En réalité il s'agit presque toujours d'anciens dieux du paganisme qui se transformèrent en saints guérisseurs à la période chrétienne.

En somme, le Folklore médical français tire son origine de la magie et des différentes religions qui se sont succédées sur notre sol, et que nous ont transmises les superstitions primitives.

Le Professeur TRICOT-ROYER, qui s'est spécialisé depuis longtemps dans l'étude des Folklores médicaux, retraça avec sa minutie habituelle les pratiques populaires en Belgique.

M. André GUISAN, de Lausanne, présenta une étude sur le Folklore médical en Suisse. Dans le peuple, la vue du sang a toujours quelque chose d'impressionnant. Les moyens employés pour arrêter une hémorragie diffèrent selon les cas. On emploie soit la traditionnelle toile d'araignée, soit de l'urine, soit des pelures d'oignon, enfin, certaines formules magiques.

Les excrétions ou sécrétions humaines constituent, elles aussi, d'excellents procédés thérapeutiques. Ainsi on utilise les selles de nourrissons en application dans les cas de mastite ; l'urine de petits enfants pour stimuler la repousse des cheveux dans l'herpès tonsurant. Elle guérira de même les plaies et les verrues ; celle des jeunes filles est plus particulièrement indiquée en frictions pour traiter le rhumatisme, les varices et les plaies.

Nombre de produits thérapeutiques sont empruntés au règne animal ; contre les poux du cuir chevelu, on utilise des frictions à chaud de saindoux et vinaigre. Le sang de porc combat l'anémie. Dans l'incontinence d'urine, on fait absorber à l'enfant le cordon ombilical du porc cuit sous forme d'un petit gâteau.

Le fumier frais de vache guérit rapidement les brûlures. Le fumier de cheval en applications chaudes agit bien dans les gelures des mains et des pieds. Contre la tuberculose il faut faire au malade de la graisse de chien liquide et contre l'asthme une soupe de hannetons est tout à fait recommandable.

A considérer la médecine populaire, il y a lieu de relever que bon nombre de procédés thérapeutiques modernes ont leur origine dans des moyens n'ayant pas de base scientifique. Il y a longtemps que dans le peuple on avait constaté que les plaies suppurantes hébergeant des larves de mouches guérissaient souvent plus vite. N'est-ce pas là l'origine de l'asticots-thérapie. Le traitement du rhumatisme par piqûres d'abeille ou par le venin d'abeille était consacré en Suisse romande au début du XIX[e] siècle. De longue date déjà, le foie était administré aux anémiques. N'est-ce pas ce que réalise aujourd'hui la méthode de Whipple ? Il serait facile de multiplier les exemples.

M. V. GOMOIU fit un tableau très complet du Folklore médical dans les Etats balkaniques. Comme il le dit fort justement, pour éviter des conclusions erronées, on doit ne pas perdre de vue le folklore primitif, le folklore particulier mais altéré par emprunts faits aux étrangers ou à la médecine scientifique, le folklore adapté aux circonstances et, enfin, emprunté à la science et conservé comme tel.

M. VARIAN étudia plus particulièrement les origines et les caractères du Folklore en Roumanie. M. STOIANNOFF, dans un très long travail, le Folklore en Bulgarie, et M. SUHEYL UNVER le Folklore en Turquie. Il faudrait pouvoir résumer ces trois intéressantes communications qui fourmillent de renseignements précieux pour le médecin et pour l'ethnographe.

M. GIUSEPPE NARDI, dans un très brillant exposé, montra la médecine populaire en Toscane. La vie familiale du peuple Toscan présente de nombreux points communs avec celle des Etrusques.

La physionomie propre restée intacte à travers les siècles, subit cependant une transformation profonde quand la Toscane fut réintégrée au royaume d'Italie en 1861.

M. V. TORKOMIAN envoya un travail sur le Folklore médical en Arménie. M. Silvestre BELLO sur le Folklore médical aux Canaries et M. BUGIEL sur le Folklore médical en Pologne.

Le Professeur CASTIGLIONI, dans une étude très soigneusement documentée traça un vaste tableau du Folklore médical en Italie, et montra en quoi il différait des autres pays.

Parmi les communications de thème libre citons : l'histoire de la médecine et de la sociologie médicale par M. SIGERIST, directeur de l'Institut d'histoire de la médecine à l'Université Hopkins de Baltimore. Raymond LULL et son œuvre médicale par M. J. VINAR, de Prague. La balnéothérapie de Pouzzoles au Moyen-Age par M. L. KARL. l'histoire de la médecine médiévale en Norvège par Frederik GRON, d'Oslo. Sur l'Herbarius pseudo apulei, par M. HUNGER, de Hollande. la physiognomonie pathologique, par Edgard GOLDSCHMID, de Lausanne, ainsi qu'une très curieuse et très intéressante étude de M. GUDRUN-NATIND sur les vieilles mesures quarantenaires en Norvège.

Enfin, nous devons signaler tout particulièrement deux communications fort intéressantes de M. F. DE ALCADE, l'une sur l'histoire des hôpitaux de Madrid : hôpital San Lazarro, del campo del Rey, de nuestra Senora de la Paz, de la Latina, etc., etc.

L'autre, sur les enseignements médicaux que l'on peut tirer de la lecture de Don Quichotte.

* * *

Comme il n'y a pas de Congrès sans «festivités» pour se servir d'un mot cher à nos amis de Belgique, il y eut, à Madrid, de très nombreuses et très belles festivités.

Réceptions au Palais du Sénat, à l'Hôtel de Ville, au Musée naval si splendidement installé dans le Palais du ministère de la Marine, au ministère des Affaires étrangères, visite de l'Institut du comte de Valencia de Don Juan, du merveilleux Prado où tant de richesses sont accumulées, de la cité universitaire qui est l'orgueil des Madrilènes, où l'on a su grouper dans un terrain immense, tous les instituts scientifiques, toutes les écoles supérieures de la capitale... C'est là également, en bonne place, que se trouve la Casa Velasquez, dont le directeur M. le Recteur Mesnard nous fit les honneurs avec sa courtoisie et sa bonne grâce habituelles.

Pour ma part, je n'oublierai jamais les heures passées dans le patio d'où la vue s'étend merveilleuse sur la sierra de Guaderrama, et où nous avons évoqué des souvenirs communs, parlant de disparus qui nous étaient également chers. Ce n'est pas sans émotion et sans orgueil que nous avons tous constaté que la villa Velasquez avait produit une impression profonde sur tous les congressistes. On ne se doute pas assez chez nous combien une fondation de ce genre peut servir à l'irradiation de la pensée française.

Ce fut aussi l'accueil si cordial chez le Professeur et Mme Alcade. Ce fut la très belle soirée de gala à l'Opéra, et la réception si grandiose par le Président de la République dans les salons vraiment féeriques du Palais national.

Enfin, ce fut la visite de l'Escorial, et le lendemain, la réception à l'Alcala de Henares où une séance académique fut organisée par le collège des docteurs de Madrid en l'honneur des congressistes.

Le banquet qui se tint à l'hôtel Ritz, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique fut particulièrement

BIBLIOGRAPHIE

Les nourrissons débiles et prématurés. *Etude diététique*, par L. Ribadeau-Dumas et Marie Lataste. Un volume de 106 pages avec 10 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*), 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette étude diététique approfondie du prématuré et du débile est indispensable. En effet, le nombre important des enfants appelés à la naissance « enfants débiles » rend utile, d'un point de vue social autant que médical, l'étude de leurs bonnes conditions d'élevage. La statistique récente d'une maternité de Paris comprend 35,8 p. 100 de nouveau-nés pesant moins de 3.000 grammes ; les nourrissons paient un lourd tribut à la mortalité précoce et à celle de la première année. Si la faiblesse congénitale est parfois responsable de ces morts, elles sont dues aussi à un défaut de soins, souvent à une faute de régime immédiatement grave, chez ces nourrissons imparfaits et fragiles.

Traitement de l'éclampsie. *Technique actuelle du traitement prophylactique*, par B. Stroganoff. Préface de H. Vignes. Un volume de 112 pages (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*), 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le nom de l'auteur de ce livre est inséparable des progrès accomplis au cours des dernières années en gynécologie et en obstétrique. La presse scientifique et un nombre considérable de savants ont donné leur approbation à ses méthodes soigneusement analysées et vérifiées par la pratique, dont on trouvera ici une mise au point pratique. En quoi consistent-elles ?

On sait que deux théories se partagent la faveur des accoucheurs en cas d'éclampsie : la première consiste à accélérer l'accouchement, à terminer immédiatement ; — la seconde consiste à empêcher les crises et, en particulier, à éviter toute manœuvre qui comporte les risques inhérents à l'accouchement forcé, de provoquer par voie réflexe une crise nouvelle. L'idée maîtresse du traitement conservateur nous est familière en France ; c'est cet enseignement que l'on retrouve dans les publications précédentes de Stroganoff et dans son livre actuel.

En France la saignée est le centre du traitement médical. Or, une idée autre que l'idée de désintoxication, idée qui s'esquisse dans les travaux récents consacrés à l'état du système neuro-endocrinien dans la la grossesse, semble plus féconde. Cette idée s'apparente mieux à la théorie de Stroganoff. L'élément neuro-végétatif apparaît, de plus en plus, comme l'élément principal de la maladie ; l'essentiel est donc de calmer le système nerveux. La crise convulsive n'étant pas seulement une conséquence de la maladie, mais aussi une cause d'aggravation secondaire de la maladie, il est nécessaire de commencer par couper les crises. Pour cela il ne s'agit pas d'improviser ; il y a une méthode certaine : c'est la méthode de Stroganoff. Il faut la connaître dans tous ses détails, d'où la nécessité de ce livre.

Histoire de Touraine, par Eugène Pépin. Un volume in-8° écu illustré de 16 planches hors-texte. Broché, 20 francs. (*Collection : Les Vieilles provinces de France*). Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Il faut qu'il y ait, dans la situation et la nature de cette *incomparable Touraine*, des raisons de souveraineté, des causes de commandement, puisque à tant d'époques et si différentes elle a donné le branle à une certaine vie de la France », constate Camille Jullian.

En effet, la *Touraine*, par un heureux concours de circonstances physiques et géographiques, a été à travers les siècles et dès les temps néolithiques, un nœud de communications entre les diverses parties de la France ; pendant tout le haut Moyen-Age, le tombeau de saint Martin a attiré vers lui, en pèlerinage, toute la chrétienté.

Berceau — avec l'Anjou — de la dynastie des Plantagenets, ducs de Normandie et rois d'Angleterre, la Touraine est rattachée à la couronne dès le début du XIIIe siècle ; et, à peine touchée par les malheurs de la guerre de Cent Ans, elle devient pendant près de deux siècles, avec Charles VII et ses successeurs, *le centre politique, gouvernemental* et *artistique de la France*. La plupart des événements qui touchent à l'existence même du royaume s'y déroulent : ainsi Jeanne d'Arc vient à Chinon obtenir de Charles VII la reconnaissance de sa mission libératrice. Avec la Cour, s'installe en Touraine la richesse ; le pays se couvre de châteaux ; des industries de luxe se développent ; et les arts connaissent le magnifique essor d'une pure renaissance française, encore exempte de profondes influences italiennes.

M. Eugène Pépin, qui a déjà donné de nombreuses contributions à l'histoire des institutions et des arts en Touraine, s'est efforcé de dégager le rôle essentiel de la Touraine dans l'histoire générale de la France, et les raisons permanentes qui ont imprimé à ce pays et à ses habitants une physionomie très particulière.

Tous ceux qui viennent en Touraine évoquer le souvenir des grandes époques, ou admirer ses incomparables monuments, trouveront en ce livre, si heureusement complété par une illustration de premier choix, le premier guide historique qui manquait jusqu'à ce jour.

brillant. Au nom des délégués étrangers, le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, dans un discours très applaudi remercia les organisateurs du Congrès, et, particulièrement le Professeur Marañon qui en fut l'animateur.

Il est juste enfin de signaler la très intéressante exposition de manuscrits et de documents médicaux qui était organisée dans le Palais du Sénat.

Comme on le voit, le Xe Congrès international d'histoire de la médecine fut une très belle manifestation scientifique. Par la valeur et le nombre des communications, par sa parfaite organisation, par la splendeur des festivités, ce congrès remporta un très grand succès. Une fois encore, il convient de féliciter le Professeur MARANON et ses dévoués collaborateurs, et, de leur exprimer toute notre gratitude.

CHRONIQUE

La médecine sociale

A l'heure actuelle, le terme de « médecine sociale » est très souvent employé, mais sans aucun doute les définitions envisagées sont variées et contradictoires. La confusion qui règne, dans les esprits, au sujet d'une branche plus ou moins nouvelle de la médecine fait plaisir aux ennemis d'une tendance, considérée comme dangereuse à certains points de vue. Heureusement, leur joie n'est que de courte durée. Avant de prétendre quelque chose, avant de juger et de condamner, il faut bien s'entendre, il est indispensable de connaître, d'une façon aussi précise que possible, le délit.

Aux hommes de bonne volonté qui ont le souci d'objectivité, et qui voudront se faire une opinion sans parti-pris, la leçon de M. Etienne Burnet (1), professeur suppléant au Collège de France, ancien directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis et expert à la Société des Nations, rendra un grand service. Certes, le lecteur ne pourra pas profiter de l'influence si personnelle, exercée par le professeur dont on ne peut ne pas subir le charme, mais, par contre, il aura l'avantage de lire, de relire les lignes convaincantes et d'en peser, en toute tranquillité, les divers arguments.

C'est à l'aide de l'exemple de la lèpre que M. Burnet, à la fois expérimentateur et sociologue, aborde le problème de la médecine expérimentale et de la médecine sociale. Comme le dit, à juste raison, l'éminent conférencier, on y trouve à peu près tous les problèmes actuellement posés en médecine expérimentale, du moins dans le domaine des maladies infectieuses, et dont les plus pressants et les plus passionnants ne sont pas encore résolus en ce qui concerne cette maladie. On y rencontre, d'autre part, les problèmes pratiques qui se posent à la médecine en tant que fonction organisée par la société humaine pour se défendre ou se délivrer des endémies les plus tenaces. Bien entendu, ces deux aspects de la médecine sont complémentaires.

Devant la lèpre, encore si redoutable pour les représentants de la thérapeutique pure, la médecine sociale, issue directement de la science pastorienne, peut faire preuve de sa valeur, car elle n'est point, quoiqu'en disent les ignorants et les malveillants, une administration bureaucratique, mais une technique, fondée sur la science, technique ayant le droit de cité dans la médecine dont elle est une poussée récente, mais depuis longtemps préparée.

On ne doit pas oublier cette vérité de chaque jour, banale et poignante, à savoir que malgré tant d'efforts et tant de connaissances acquises, nous sommes encore loin du but de la médecine, qui est de guérir la maladie dans l'individu et dans la société. Hélas, on a traversé tous les problèmes sans trouver la solution qui intéresse le plus l'humanité. Devant la lèpre, comme devant tant d'autres maladies, on est obligé de reconnaître que la médecine expérimentale n'est pas toute la médecine et que celle-ci dépasse les limites de l'hôpital et du laboratoire.

***

La première notion fondamentale et décisive, qui se dégage de l'étude des maladies, c'est qu'il n'y en a guère qui concernent seulement l'individu, mais il y en a dont la connaissance et le traitement ne sont pas possibles si l'on se borne à la considération de l'individu ; il faut passer au groupe, à la famille, à la nation à l'humanité. C'est toujours l'individu qui est le malade, mais la maladie est attachée à la société en tant que représentant quelque chose de plus que la collection numérique des individus ; un milieu extérieur enveloppant le milieu intérieur qu'est l'organisme ; le « macrocosme » opposé au « microcosme ».

Les maladies, appelées maladies sociales, sont surtout les maladies contagieuses, comme la tuberculose, la syphilis et la lèpre, mais aussi d'autres maladies, comme l'alcoolisme, le cancer. Leur extension, leur ténacité, leur évolution, dépendent de la solidarité et de la densité du groupe humain. Il faut tenir compte du fait que la société est partagée en catégories ou classes fort différentes les unes des autres par leurs moyens d'existence, c'est-à-dire par leurs moyens de résistance à la maladie. La médecine sociale tient compte du fait qu'il y a des riches et des pauvres et qu'il faut, pour lutter contre les maladies, compenser ces inégalités. On a même pu dire qu'elle consiste dans l'égalisation des classes par rapport à la santé. On voit tout de suite, que, par définition, elle n'est pas seulement biologique, mais aussi économique et psychologique.

M. Burnet nous amène, comme on le voit, avec une logique implacable, vers une définition de la médecine sociale. Et pour renforcer sa conclusion, il cite les vaccinations jennérienne et anticharbonneuse, ainsi que le sérum et l'anatoxine antidiphtériques dont les magnifiques découvertes n'ont pas terminé la tâche de la médecine. L'application des découvertes ne se fait pas toute seule. Il faut mettre le traitement à la disposition de tous ceux, sans exception, qui en ont besoin. Cette obligation se fait sentir, avec une force particulière, pour les maladies contagieuses, parce que la vaccination et le traitement ont beaucoup plus qu'une valeur individuelle : ils assurent la préservation de l'ensemble. C'est ainsi qu'au Danemark la législation comporte le traitement public et gratuit de toutes les maladies infectieuses, y compris la tuberculose : public, c'est-à-dire que les autorités sanitaires peuvent prendre des mesures spéciales pour l'isolement du malade et la réquisition des locaux nécessaires ; gratuit, pour ceux-là mêmes qui ne seraient pas couverts par l'assurance.

Suivant une série de circonstances que, seul, le médecin ne pourra expliquer, ni même comprendre, vu leur complexité, l'utilisation d'une découverte aura des effets plus ou moins rapides. Il y a plusieurs années, on s'est demandé pourquoi, avec des médicaments tels que le mercure, les arsenicaux, le bismuth, on n'obtient pas une diminution plus rapide de la syphilis. Etant admis que ces médicaments sont bien préparés, on ne peut en chercher la cause que dans les modes d'application à la grande masse des malades. La Société des Nations a entrepris sur ce sujet une enquête extrêmement laborieuse.

(1) E. BURNET. — Médecine expérimentale et médecine sociale. *Revue d'hygiène*, t. 57, n° 5, 1935, p. 321-344.

Elle a demandé aux meilleurs hôpitaux et aux meilleurs dispensaires leurs observations, elle en a entrepris le dépouillement, le classement et l'interprétation avec l'idée qu'il sera possible d'en dégager une forme de traitement meilleure que d'autres, et qu'il serait utile de la recommander, ne serait-ce que de l'indiquer. Un médecin jeune, non encore spécialisé, n'ayant pas encore acquis son expérience personnelle tirera certainement profit de l'expérience accumulée par ses aînés. Cette enquête est une opération de médecine sociale.

* * *

Le sens du mot social — (ici M. Burnet entre dans le vif du sujet) — est très vaste. Il faut le décomposer ; on ne lui trouvera pas seulement une signification matérialiste. La ténacité des maladies sociales a, en plus des causes économiques, des causes psychologiques. Et lorsqu'on parle des causes économiques, on veut insister sur le fait que les maladies persistent parce que, par exemple, la population est pauvre, le vêtement ne défend pas assez contre le froid ; l'habitation est malsaine, surpeuplée, obscure ; l'alimentation est insuffisante, soit en quantité, par sa teneur en calories, soit en qualité, par les proportions entre les diverses espèces d'aliments, la monotonie, le manque de vitamines et de sels. Il est prouvé que ces insuffisances diminuent la résistance d'une population.

Les années de la guerre, la crise économique et le chômage n'ont que trop accusé les causes économiques et ont permis de les étudier avec un fort grossissement.

Un grand nombre de pays ont demandé à la Société des Nations de réunir une documentation, aussi exacte que possible, sur la crise et d'inscrire à son programme les grandes questions de l'alimentation et de l'habitation, non seulement dans les villes, mais aussi dans les campagnes, en milieu rural ; non seulement en Europe, mais aussi dans les sociétés moins avancées d'Afrique et d'Extrême-Orient. La médecine sociale n'avance plus qu'en collaboration avec l'économie. A la Société des Nations, l'organisation d'Hygiène et le Bureau international du Travail unissent leurs moyens. On ne conçoit plus une Commission médicale à laquelle des économistes ne participeraient pas. On a aussi besoin d'ingénieurs pour l'exécution, mais les économistes sont nécessaires dès l'établissement du principe.

Grâce au concours d'un grand nombre de spécialistes, la médecine franchira des obstacles auparavant insurmontables. Notamment, l'extinction des maladies épidémiques et endémiques deviendra possible parce qu'on aura affaire, non à la médecine individuelle, mais à la médecine sociale. D'autre part, on s'engagera de plus en plus dans le domaine de la médecine préventive. D'une manière générale, la méthode par excellence de la médecine préventive est l'examen périodique de tous les sujets. Déjà, il entre dans nos mœurs pour la tuberculose, surtout dans les écoles et les universités : il convient naturellement à la prévention des autres maladies, surtout des maladies chroniques, entre autre les maladies du cœur.

* * *

L'examen périodique d'une masse d'individus, nous amène vers la notion de la médecine collective.

A cette occasion, M. Burnet cite Auguste Comte. En effet, sa maxime que le général a la prépondérance sur le particulier, le social sur l'individuel, a une signification concrète en médecine sociale. Collective, elle l'est dans ses deux termes, les médecins qui traitent et les sujets qui sont traités ; médecins et public sont organisés par groupes : par exemple, en face des centaines et des milliers d'ouvriers d'une usine ou d'une commune, se trouvent groupés les services médicaux, y compris les spécialités qui sont nécessaires à cette population.

La médecine collective ou médecine par groupes est plus ou moins vivement attaquée dans un certain nombre de pays. On lui reproche surtout de détruire le médecin de famille, le tête-à-tête du médecin et du malade et de ne pas garantir, d'une façon absolue, le secret médical. Sans nier ce qu'il y a encore d'excellent dans la médecine traditionnelle, on peut répondre que le tête-à-tête d'un malade et d'un médecin ne cesse pas d'exister dans un dispensaire, que le secret médical peut être gardé dans toutes les conditions et que la médecine de groupe s'organise surtout quand la médecine individuelle risque de ne plus suffire. Une des plus fortes raisons de son développement, c'est l'accroissement de l'outillage médical et la place que prennent les spécialités, le développement des examens de laboratoire et des traitements physiques (rayons, chaleur, électricité, bains, massages), et, par dessus tout, l'obligation d'assurer ces traitements à tous ceux qui en ont besoin.

Médecin traitant, mais en même temps médecin préventif, faut-il y voir une espèce de contradiction ? Non, répond M. Burnet. Ce qui caractérise la médecine, c'est qu'elle rapporte tout à l'homme, le milieu où il vit étant étudié par rapport à lui. C'est de l'homme qu'il s'agissait, même dans cette phase de l'hygiène qui paraissait toute consacrée aux phases : la phase des adductions d'eau, des égouts, des techniques de désinfection : c'étaient les applications les plus urgentes de la doctrine pastorienne.

Dans la phase qui a suivi, l'hygiène est revenue à l'homme, elle est redevenue médecine, avec les dispensaires, les infirmières visiteuses, le service social, les examens cliniques en séries, la protection de la mère et de l'enfant. Aujourd'hui s'accomplit la synthèse de l'hygiène sanitaire et de la médecine humaine ; les problèmes de l'alimentation et de l'habitation, l'alimentation des écoliers dans les écoles, l'alimentation rationnelle des ouvriers passent au premier plan.

La prévention déclare ses droits et on aura mauvaise grâce de ne pas les reconnaître. Aussi sera-t-on d'accord avec M. Burnet lorsqu'il pose en principe : que la société doit créer les conditions, propres à préserver l'individu depuis la naissance, et que de son côté l'individu doit se soumettre aux dispositions, prises par la société ; puis, au point de vue de la médecine curative, que tout citoyen doit recevoir le traitement indiqué par la science médicale, mais que le malade, de son côté, ne peut se refuser à ce traitement, même si celui-ci ne peut être donné que hors de chez lui, dans un hôpital ou un sanatorium. Ce dernier point, très important pour la prophylaxie des maladies infectieuses, n'est encore inscrit dans la loi qu'au Danemark, en Allemagne et en Angleterre ; cette inscription a une force dynamique qui dispense presque toujours de recourir à la contrainte matérielle.
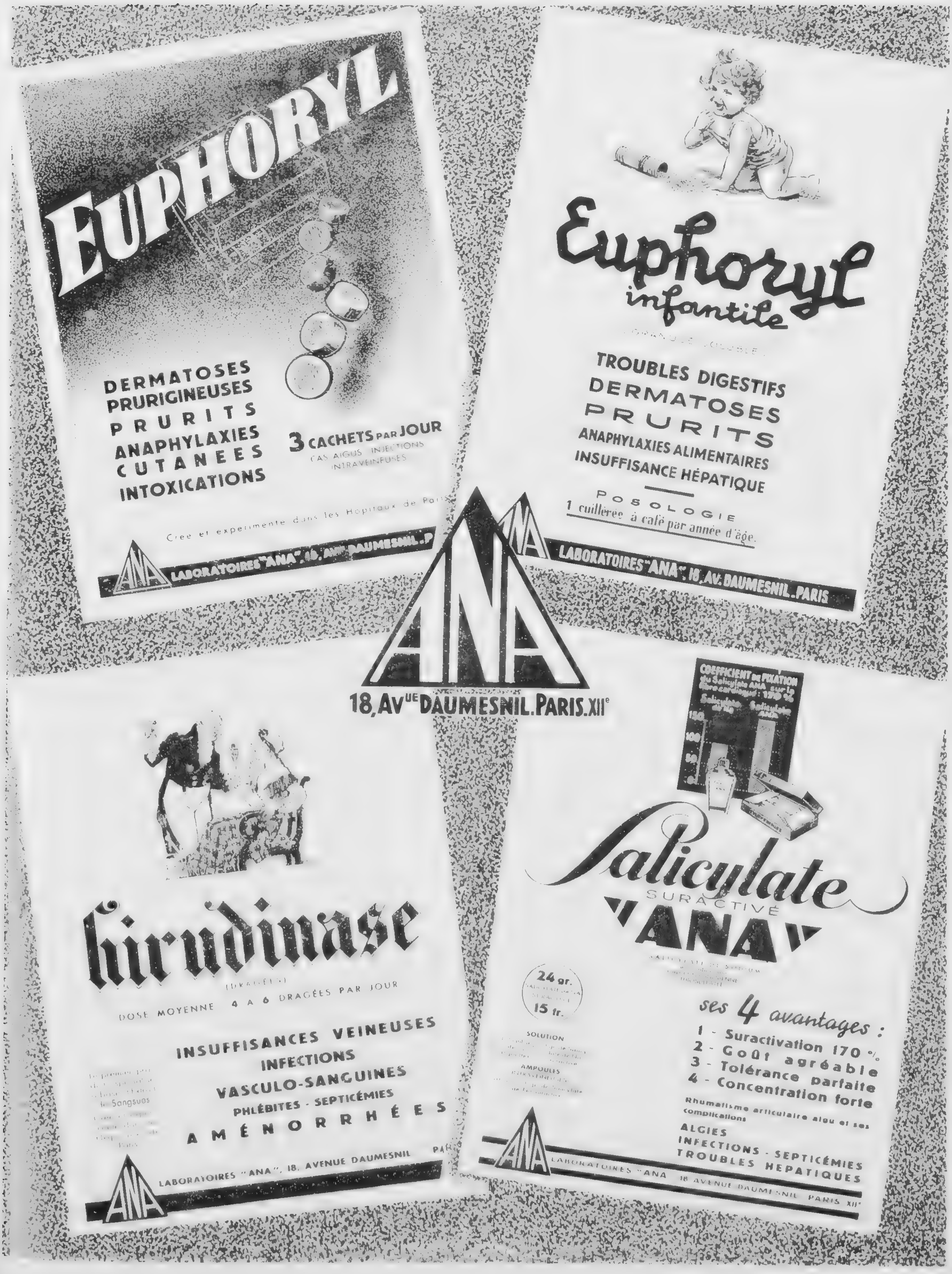
* * *

A titre de conclusion, l'on peut dire qu'il existe entre la société et l'individu un contrat comportant des droits et des devoirs réciproques, sur lequel repose la santé publique, et que M. Burnet appelle le « Contrat social médical ». Il implique l'exercice d'une autorité de la part de la société, d'une docilité civique de la part de l'individu.

L'individu est justifié à réclamer de la société des garanties pour sa santé personnelle ; la société, à réclamer de l'individu des garanties pour la santé générale. Ce contrat couvre toute la santé publique et d'abord les maladies sociales, qui sont principalement des maladies contagieuses. Il existe dans les faits et il est déjà implicite dans la loi.

Si le contrat social médical entrait dans nos mœurs, des horizons vastes et nouveaux pourraient s'ouvrir devant le corps médical dont les difficultés économiques inspirent de si vives inquiétudes. L'armée des médecins aurait ainsi l'occasion, non seulement d'assurer son existence, mais de remplir une de ses plus belles missions.

G. Ichok.


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, P
Euphoryl infantile
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS
ANA
18, Av^ue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
DOSE MOYENNE 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL PAR
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
24 gr.
15 fr.
SOLUTION
AMPOULES
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA" 18 AVENUE DAUMESNIL PARIS XIIe

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies infectieuses

Les récidives de la scarlatine sont rares. Mais pour rares et peut-être exceptionnels que soient les faits de récidive, ils n'en demeurent pas moins certains. Il y a quelques années, à l'hôpital Claude Bernard, un interne en pharmacie contracta la scarlatine. Il fut hospitalisé et examiné quotidiennement par le Professeur Teissier. La scarlatine évolua dans une forme normale. Le délai de quarante jours atteint, le malade devait aller pour une convalescence dans sa famille, quand, au jour fixé pour son départ, il se sentit mal à l'aise et il souffrit de la gorge. Le voyage fut différé et... une nouvelle scarlatine se déroula sous les yeux des assistants du Professeur Teissier et de lui même, aussi normale que la première jusques et y compris à la desquamation importante.

Un tel fait ne laisse guère de doute sur la possibilité des récidives de la scarlatine. Il constitue un cas très exceptionnel parce que généralement les récidives sont à lointaine échéance et parce que, le plus souvent, elles sont précisément atténuées, se présentant souvent sous la forme d'angines.

(H. Cambessédès et M. Millau. Les scarlatines frustes. Leur importance épidémiologique. *Paris Médical*, 1er juin 1935.)

Tuberculose

Toutes les fois que l'on soupçonne l'origine tuberculeuse d'une affection méningée, il faut recourir à la méthode indiquée ci dessous et qui a donné 100 p. 100 de résultats positifs, sur 89 liquides céphalo-rachidiens étudiés.

Ensemencer directement sans centrifugation le liquide céphalo rachidien sur 6 à 8 tubes de milieux électifs à l'œuf-asparagine-vert malachite et procéder à l'examen systématique des produits de raclage à partir du septième jour de séjour à l'étuve 38°. On peut ainsi poser un diagnostic précoce et précis lors que l'examen direct du culot de centrifugation n'a pas montré de bacilles. Cette méthode est plus rapide et remplace l'inoculation au cobaye.

L'application de cette méthode d'ensemencement au diagnostic bactériologique de produits pathologiques secondairement infectés a permis de faire les constatations suivantes :

Lorsque ces produits présentent des bacilles à l'examen direct, la culture et l'inoculation donnent 100 p. 100 de résultats positifs ; la culture suffit pratiquement et peut remplacer l'inoculation au cobaye.

La sensibilité de la culture, l'économie de frais et de temps qu'elle procure la rendent préférable, quand il s'agit de produits contenant des bacilles à l'examen direct, à toutes les autres méthodes de diagnostic bactériologique.

Cependant, il est indispensable pour les crachats, les sédiments urinaires ou les liquides de lavage d'estomac négatifs à l'examen direct, de pratiquer simultanément la culture et l'inoculation au cobaye, car ces deux méthodes se complètent. Il arrive assez souvent, pour des produits paucibacillaires, que les résultats donnés par la culture et l'inoculation soient discordants. En employant un seul de ces procédés, on courrait donc le risque de poser un diagnostic inexact dans un cas po[illegible]

[illegible]a culture permet également la caractérisation immédiate [illegible] types d'origine bovine ou humaine. Sa simplicité et sa [illegible]sion présentent un réel intérêt dans la pratique courante [illegible] la recherche du bacille de Koch dans les produits patho[illegible]ques de diverses provenances.

A. Saenz et L. Costil. Résultats de quatre années d'application de la méthode de culture du bacille de Koch à l'étude des produits pathologiques d'origine tuberculeuse. *Paris Médi*[illegible] [illegible]

Diabète

Pendant une période de vingt quatre heures, le taux de la glycémie subit même chez le sujet normal des oscillations ; elles sont chez ce dernier de peu d'amplitude, mais elles acquièrent chez le diabétique simple et surtout chez le diabétique consomptif une étendue beaucoup plus grande. On avait pensé que ces oscillations tenaient aux repas ; il est certain que l'ingestion de glucides doit provoquer des élévations de la glycémie, et il est certain qu'on peut s'expliquer ainsi certaines des oscillations. Mais les auteurs avaient été frappés de ce fait, que, surtout chez les diabétiques, les repas ne sont pas toujours suivis d'une montée de la glycémie, parfois même on constate une baisse au lieu d'une montée. On a voulu faire intervenir ici des mécanismes complexes, touchant notamment l'excitation du pancréas sous l'influence des repas ou l'état du foie.

En réalité, l'étude des sujets à jeun montre que, même sans aucun repas, la courbe glycémique journalière est *irrégulière* ; ses montées ou ses descentes sont souvent importantes, et elles semblent l'être tout particulièrement chez les *diabétiques graves*.

Faut il avec Hatlehol décrire une montée paradoxale nocturne et une chute diurne ? C'est un type fréquent de courbe glycémique chez le diabétique, mais il apparaît qu'*aucun type constant ne peut être retenu* ; chaque diabétique fait sa courbe glycémique *à sa manière* et, qui plus est, il ne la fait pas *constamment suivant le même type*.

Ces variabilités de la courbe glycémique sont très importantes à connaître, car elles expliquent bien des incidents qu'on peut rencontrer au cours du traitement insulinique.

On comprend aisément que si l'insuline est administrée au moment de la chute spontanée de la glycémie, elle ne produira rien d'utile, mais au contraire des accidents d'intolérance, parfois graves.

Souvent la chute de la glycémie se produit vers midi ou 5 heures et la glycémie est maxima le matin et le soir ; or on sait fort bien que les accidents d'intolérance sont surtout fréquents à midi et dans la journée, et exceptionnels le matin et la nuit. A citer ainsi le cas d'un malade ayant reçu de l'insuline le matin, n'en recevant pas à midi, prenant à ce moment son repas et faisant immédiatement des accidents d'intolérance.

Si on pouvait décrire un type constant de courbe glycémique, à montée le matin, baisse à midi et à 5 heures, remontée le soir, on en conclurait, comme le conseillent certains auteurs, qu'il faut donner l'insuline le matin et le soir et que l'injection de midi est inutile, voire nuisible.

Or les faits viennent souvent donner tort à un semblable mode d'administration de l'insuline ; les sujets font leur accident d'intolérance le matin ou dans la nuit, et les résultats obtenus concernant l'effet de la médication sur la glycosurie sont médiocres.

C'est qu'en effet on a trop de tendance à généraliser les phénomènes observés chez certains sujets ; chaque diabétique a son type de réaction particulier ; un seul phénomène est constant, c'est la variabilité de la courbe glycémique chez le diabétique.

Il est non douteux qu'avant de prescrire l'insuline, il serait très important de connaître le type de la courbe glycémique de chaque malade. Malheureusement, le conseil est tout théorique, car ce type de courbe non seulement varie d'un malade à un autre, mais varie chez le même malade.

(F. Rathery et Maurice Rudolf. Les variations spontanées de la glycémie chez le diabétique durant le nycthéméré. *Paris Médical*, 6 juillet 1935.)

Reins

La réaction xanthoprotéique (R. X.) a été proposée, il y a quelques années, par Becher, dans le but de mettre en évidence la rétention de certaines substances de la série aromatique, survenant au cours des néphrites et surtout dans les cas s'accompagnant d'insuffisance rénale.

La réaction xanthoprotéique possède une valeur incontestable au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic de l'insuffisance rénale. Les causes pouvant augmenter la quantité des corps aromatiques dans le sang (hyperproduction, défaut de neutralisation), mises à part, l'élévation de la valeur de la réaction xanthoprotéique peut être considérée comme une preuve de l'insuffisance fonctionnelle des reins et rendre le pronostic assez réservé. Il semble, en effet, que la perméabilité rénale pour les corps aromatiques est perturbée longtemps après celle de l'urée. Mais cette apparition tardive de la rétention des corps aromatiques, si elle constitue un élément de pronostic, ne saurait, au point de vue du diagnostic, remplacer la détermination de la fonction uréo sécrétoire des reins, dont la valeur est toujours plus grande, cette fonction étant plus sensible et plus précocement atteinte.

En résumé, la détermination de la valeur de la réaction xan-

thoprotéique dans les cas de néphrites peut donner des indications précieuses surtout au point de vue du pronostic de l'insuffisance rénale. A ce titre, elle peut compléter utilement les renseignements que fournit le dosage de l'urée sanguine.

(Nechat Omer Irdelp, Muzaffer Guchan et Mlle Mufide Kazim. La valeur de la réaction xanthoprotéique comme élément de diagnostic dans l'insuffisance rénale. *La Presse Médicale*, 7 sepbre 1935.)

Système nerveux

Dans les hémorragies méningées spontanées de l'adolescence, la conduite à tenir peut être schématisé de la façon suivante :

Le traitement symptomatique est réduit au minimum et repose essentiellement sur la ponction lombaire, surtout si les signes méningés accentués, la céphalée vive, traduisent l'hypertension céphalo-rachidienne.

Le traitement de fond sera dirigé contre la cause dès que celle-ci sera établie.

Il faudra toujours penser à la syphilis et, devant une réaction suspecte, entreprendre de suite un traitement énergique.

Si on se trouve en présence d'une encéphalite léthargique, on tentera un abcès de fixation, un traitement anti-infectieux par salicylate de soude intraveineux, sans pouvoir être sûr de mettre le malade à l'abri des accidents secondaires de parkinsonisme.

(Leçon clinique du Professeur Rathery. Les hémorragies méningées spontanées de l'adolescence. *Paris Médical*, 25 mai 1935.)

Stomatologie

Les affections cutanées d'origine dentaire sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. L'attention du médecin n'est peut-être pas encore suffisamment attirée sur ce point dans les traités classiques.

Ces affections cutanées sont très diverses et de fréquence variable : prurigos, eczémas, pelades semblent pourtant prédominer à côté de cas moins fréquents : sycosis, impétigo, urticaire, herpès, acné, zona, dermatites microbiennes ou hypodermites...

M. P. Sassier, rapporte quelques nouveaux cas très démonstratifs.

Il ne faudrait pas cependant tomber dans l'erreur, trop fréquente chez certains spécialistes — les Américains en particulier. — de rejeter sur les dents la responsabilité de tous les troubles d'étiologie inconnue, mais il ne faudrait pas non plus en méconnaître l'existence, parce qu'elles paraissent presque heurter nos habitudes courantes.

Est-il possible, devant une affection cutanée, de pouvoir cliniquement en assurer l'origine dentaire ? Il ne le semble pas. Tout au plus, certains indices permettront-ils de la soupçonner :

1° Son apparition, parfois héréditaire (certains cas de pelade), chez des sujets prédisposés, les uns émotifs, hypervagotoniques pour la plupart ; les autres, surmenés, affaiblis par une maladie infectieuse récente, une intoxication ou une auto-intoxication chronique, intestinale ou hépatique le plus souvent (nos malades rentraient dans une de ces deux catégories) ;

2° L'échec des traitements habituels, locaux et généraux.

Et c'est en face de cette lésion devenue désespérément chronique, pour laquelle on discute les causes les plus variées : nasales, sinusiennes, intestinales, utéro-ovariennes, endocriniennes... qu'il faut alors songer à examiner la bouche du malade. Seul alors le traitement, de par les résultats qu'il apporte, en affirme ou infirme le diagnostic.

Les moyens thérapeutiques à employer doivent successivement s'adresser :

1° Aux lésions buccales, ce qui amène une désensibilisation de l'organisme souvent suffisante à elle seule à apporter la guérison ;

2° Aux lésions cutanées : au cas où le traitement dentaire serait inopérant ;

3° A l'état général, en ayant recours :

soit aux auto vaccins ;

soit à une médication antispasmodique capable de calmer ces malades qui sont avant tout des nerveux et des déprimés.

(Pierre Sassier. A propos d'affections cutanées d'origine dentaire. *Paris Médical*, 7 septembre 1935.)

Pédiatrie

Le babeurre est un aliment acide, d'une digestibilité parfaite très voisine de celle du lait de femme, d'un transit gastrique rapide, ce qui en fait donc le régime par excellence des débiles congénitaux et de certains hypertrophiques, des enfants à transit digestif prolongé : les vomisseurs par stase.

La débilité congénitale, les vomissements par stase, les diarrhées de putréfaction, constituent les indications majeures du babeurre. Dans les autres cas, dans les diarrhées de fermentation, et surtout dans les diarrhées cholériformes, il faut se méfier et lui préférer un régime moins agressif, qui est constitué par les farines azotées.

(Denise Ronget. Le babeurre dans l'alimentation des nourrissons. *Le Bulletin Médical*, 27 juillet 1935.)

Médecine pratique

L'hydronéphrose est souvent méconnue par les praticiens de médecine générale.

Un exemple typique.

Une femme de 45 ans se plaint de souffrir de la région lombaire et de l'hypocondre gauches. Douleur modérée, mais subcontinue et avec poussées assez réitérées pour que les répits soient de peu de durée, poussées se renouvelant sans raisons définies soit dans la journée et surtout pendant la marche, soit durant le sommeil de la nuit. La situation persiste pendant trois ans.

Plusieurs médecins sont consultés ; les uns parlent de troubles nerveux, d'autres de colite du descendant, d'infection utéro-ovarienne, d'adhérences.

Une radiographie rénale pratiquée fut des plus démonstratives.

Un calcul solitaire siégeait à la partie inférieure du bassinet gauche et donnait lieu à une petite hydronéphrose.

(P. Merklen et F. Bilger. Ne pas oublier d'examiner les reins. *Journal des Praticiens*, 17 août 1935.)

Varia

En huit à dix jours au plus, une fracture du nez est consolidée et cette consolidation est vicieuse si l'on n'y prend pas garde.

(E. Feldstein. — Les fractures du nez en clientèle. *Journal des Praticiens*, 15 juin 1935.)

***

Je veux attirer l'attention sur l'urgence de décentraliser la Physiothérapie, sur la nécessité pour les moyens et les petits hôpitaux de banlieue et de province d'organiser à leur échelle des services consacrés à cette spécialité.

Cette nécessité s'impose en raison de la multiplicité des séances qu'exige chaque traitement et de l'impossibilité pour les malades de se rendre à la grande ville trois fois par semaine pendant plusieurs semaines.

(Dejust. — La physiothérapie doit être décentralisée. *Le Mouvement Sanitaire*, mars 1935.)

« Dans une étude parue à la *Revue des Sciences politiques* (1), M. Albert Rivaud, un des éducateurs les plus considérés de notre temps, exprime sa tristesse et les déceptions de son esprit.

Notre enseignement est devenu exclusivement verbal. L'érudition règne, mais l'agilité de l'intelligence s'est déplorablement ankylosée. Des latinistes et hellénistes farcis d'érudition sont incapables de traduire le moindre texte. Les détails commandent, l'ordonnance de leur signification ne trouve plus de cerveau apte à organiser le degré de leur valeur. » Partout, la pratique, l'exercice a manqué. » Pourquoi ? Parce qu'il y a trop à apprendre. Il convient de renoncer à la science totale et se contenter des grandes lignes. En voulant parcourir le domaine entier de nos connaissances, les programmes ont commencé par hébéter la bonne volonté de l'explorateur. (*Journal des Praticiens*, 20 juillet 1935. L'éducation de la femme.)

(1) A. Rivaud. — Réflexions sur l'éducation de la jeunesse. (*Revue des Sc. polit.*, janv.-mars 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Clinique interne

Une observation de choc anaphylactique est tout à fait curieuse.

Un homme de 35 ans, en parfaite santé, se mouche violemment au réveil, au point de provoquer une hémorragie nasale.

L'épistaxis est rapidement arrêtée avec un simple tampon de coton laissé en place pendant trois heures.

Au déjeuner le saignement recommence ; un nouveau tampon, imbibé d'une ampoule de coagulène, est remis en place.

A 16 heures suintement nasal. Le malade avale trois ampoules d'un produit à base d'extrait aqueux total de globule rouge *désalbuminé* de sang frais de cheval spécialement recommandé pour éviter tout danger d'anaphylaxie.

Or, une heure après, choc anaphylactique avec picotement nasal et laryngé, toux convulsive, fourmillements et refroidissement des extrémités, diarrhée, angoisse et troubles visuels ; le pouls est petit et rapide ; le malade a une syncope dix minutes après les premiers symptômes.

On n'hésite pas à pratiquer immédiatement une injection d'un milligramme d'adrénaline ; en quelques secondes il reprend connaissance et, au bout d'une demi-heure tout est rentré dans l'ordre

Il faut signaler, à l'appui du diagnostic : 1° que le sujet fit un ictère aigu trois ans auparavant ; 2° que, deux mois après la guérison, à la suite d'une avulsion dentaire, il but une ampoule de sérum de cheval et 3° qu'il était en période digestive lorsqu'il absorba les albumines.

(L. Eloy. Epistaxis et anaphylaxie. *Scalpel*, 15 juin 1935.)

Clinique externe

Le forage du col et de la tête fémorale dans l'arthrite chronique de la hanche donne des résultats immédiats indiscutables.

Les résultats éloignés ont été recherchés dans dix cas, dont cinq proviennent du service de chirurgie générale a l'hôpital Saint-Jean et cinq de la clinique de la Hestre.

Pour ces dix cas on compte autant de femmes que d'hommes ; l'âge s'échelonne entre 41 et 65 ans.

Il s'agit d'affections évoluant chroniquement depuis plusieurs années avec des symptômes de douleur et d'impotence tout à fait caractéristiques, à radiographie éloquente.

Sept fois les suites immédiates ont été favorables : diminution considérable des douleurs, reprise de la marche avec sensation de bien-être ; deux fois cette amélioration immédiate ne s'est pas produite ; une fois enfin elle n'a pas été notée de façon précise.

On a pu retrouver les dix malades : sept ont été revus et examinés, trois ont répondu par écrit. Le temps écoulé depuis l'intervention variait de quatre à vingt-neuf mois ; pour la majorité des cas il dépassait un an.

Sept fois les résultats éloignés peuvent être considérés comme nuls : reprise des douleurs, claudication accrue, traitements nouveaux (radiothérapie, médicaments, arthrodèse) ; pour les trois autres cas le résultat doit être considéré comme une amélioration notable et non comme une guérison complète.

On est en droit de conclure que le forage n'amène qu'une diminution temporaire des douleurs, sans amélioration définitive certaine.

(F. Neuman et R. Sœur. Résultats éloignés de forage pour arthrite chronique de la hanche. *Scalpel*, 22 juin 1935.)

Ophtalmologie

Les radiations solaires en excès produisent sur la vue des troubles variés.

La lumière solaire renferme deux sortes de radiations : les unes visibles, comprenant les couleurs du spectre dont l'union forme la lumière blanche, et les autres invisibles, que notre appareil optique ne peut percevoir.

La lumière solaire naturelle, qu'on utilise en thérapeutique sous le nom d'héliothérapie, comprend les radiations suivantes :

Lumineuses........................	40 %
Infra-rouges........................	59 %
Ultra-violettes........................	1 %

L'exposition prolongée à la lumières des tropiques détermine l'asthénopie actinique ou photophtalmie, constituée par des troubles persistants et récidivants ; elle commence d'une manière lente, mais prend bientôt un caractère progressif et insidieux. La conjonctive palpébrale et bulbaire est plus ou moins congestionnée ; le larmoiement est constant et abondant. L'iris prend part à l'inflammation et se contracte fortement.

Un léger degré d'érythropsie est le résultat normal d'une lumière excessive.

(Francesc Bordas. Oftalmologia actinica. *Medicina Catalana*, 15 juin 1935.)

Oto-rhino-laryngologie

Une simple amygdalectomie peut être suivie de nombreuses complications.

On connaît les complications, fréquentes et graves, qui se produisent du côté du poumon, accidents d'ordre infectieux dus à l'introduction dans les voies respiratoires de produits septiques venant des amygdales.

Les complications auriculaires sont encore plus communes ; leurs véritables causes se trouvent dans les inflammations de voisinage, nasopharynx ou pharynx ; elles sont d'observation courante et l'on ne s'y trompe pas.

Il y en a d'autres, moins connues, mais tout aussi importantes ; elles sont également de nature infectieuse et leurs manifestations consistent dans l'altération de la formule sanguine, se traduisant par de multiples formes d'anémie ; elles sont difficiles à interpréter et embrouillent quelquefois, de façon troublante, la pathologie infantile.

Il ne faut pas méconnaître la gravité de ces complications, surtout lorsqu'elles s'éloignent de leur point d'origine et que le streptocoque est en cause. Une autre conclusion à tirer est celle de l'importance, dans ces cas, d'une collaboration étroite entre le spécialiste, le clinicien et le chef de laboratoire ; de cette collaboration on peut espérer les meilleurs résultats.

(O. Frénette. Complications à la suite d'une amygdalectomie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, mai 1935.)

Hygiène sociale

Sur 2.282 enfants de 5 à 6 ans, de la ville de Timisoara (Roumanie), 1.237 seulement fréquentent les écoles maternelles (jardins d'enfants) ; la non fréquentation est due très souvent à l'impossibilité où se trouvent ces enfants de quitter la maison par manque de vêtements ou de chaussures.

Les enfants des fonctionnaires et des commerçants vivent dans des conditions relativement favorables, les autres ont un logis défectueux, non aéré et encombré (de deux à quatre personnes couchant dans le même lit).

Le milieu scolaire de ces enfants est également défectueux à plusieurs points de vue ; à côté de certains établissements, qui donnent satisfaction au point de vue de l'hygiène, d'autres, et c'est la majorité, laissent beaucoup à désirer : cube d'air insuffisant, absence de terrains de jeu, manque de lumière, W. C. primitifs, etc...

Les constatations médicales sont les suivantes : taille normale (par rapport à l'âge) 46 %, au-dessus de la normale 18 %, au-dessous de la normale 36 % ; poids normal 29,4 %, au-dessus de la normale, 18,4 %, au-dessous de la normale 52,2 %. Débilité marquée et anémie 8 %. Hypertrophie ganglionnaire 36 %. Hypertrophie amygdalienne 23 %.

Ces constatations imposent un gros effort hygiénique.

(Hilda Dragan. Cercetari medico-sociale asupra copiilor de varsta prescolara din Timisoara. *Revista de igiena sociala*, juin 1935.)

Thérapeutique

Il est peu de chapitres de la pharmacodynamie et de la thérapeutique qui soient aussi riches en travaux expérimentaux, en observations cliniques que celui qui a trait aux propriétés des corps du groupe digitalique et à leur action sur les troubles de la circulation et de la diurèse.

Les diverses substances et préparations d'origine digitalique sont étroitement associées par une action cardio-vasculaire commune, malgré leurs différences d'origine et de nature et en dépit de quelques divergences secondaires dans leur activité ou même leurs propriétés fonctionnelles.

Cette constance d'action pharmacodynamique explique que chaque école, chaque pays emploie un produit différent avec un égal succès. Dans les pays anglo-saxons notamment, on reste fidèle à l'emploi des teintures alcooliques ; dans certaines écoles allemandes, à Francfort en particulier, on recourt presque exclusivement aux injections intraveineuses de strophantine cristallisée ; en France l'usage de la digitaline cristallisée ou digitoxine prédomine et il en est de même en Belgique. Cependant beaucoup de praticiens restent convaincus de la supériorité d'action de la plante totale sur celle des glucosides.

L'auteur a procédé à des recherches expérimentales et cliniques avec une solution glycérino-alcoolique des différents glucosides contenus dans la feuille de digitale pourprée et débarrassée des substances accessoires inutiles (digalène). Il conclut qu'il s'agit d'un produit actif, très maniable, apte à rendre de grands services dans la thérapeutique de la décompensation.

(De Becq. Recherches expérimentales et cliniques sur l'action thérapeutique de la digalène. *Scalpel*, 22 juin 1935.)

Il existe une littérature très abondante sur le calcium ; le canfopirucalcio est constitué par une solution de camphosulfonate de calcium à 8 % et de piruvate de calcium. Il a été administré par voie musculaire et intraveineuse, tous les jours ou tous les deux jours, pendant un laps de temps variant d'une semaine à deux mois.

On a traité par ce produit des malades atteints de pleurite exsudative, de pleurite et des convalescents de pneumonie.

L'action serait particulièrement marquée sur l'état général.

(G. Boattini. Il canfosulfonato di calcio in terapia. *Rinascenza Medica*, 15 juin 1935.)

Un nouveau procédé de destruction de pneumocoque *in vivo* a été imaginé et mis au point par Arturo Biscarri de Rubio, à Palomar de Arroyos (Terruel).

La pneumonie est une maladie infectieuse et il faut la traiter en détruisant *in vivo* le pneumocoque et ses spores, à l'endroit même d'où part l'infection, c'est-à-dire au niveau des alvéoles pulmonaires et des bronches fines.

Le produit consiste dans une macération prolongée à plus de 10° de goudron de houille (résidu de fabrication de gaz d'éclairage), décomposé par le carbonate de potasse et distillée graduellement jusqu'à ce que l'on ait obtenu la séparation de tous les produits qui passent entre 160° et 200° ; refroidie, elle est acidulée légèrement avec quelques gouttes d'acide lactique et filtrée.

On emploie ce produit en injections hypodermiques, dans la région intercapsulaire ou deltoïdienne, aux doses suivantes :

de 0 à 4 ans....	1 c.c.	par injection	
de 4 à 8 ans...	2 —	—	—
de 8 à 12 ans...	3 —	—	—
de 12 à 16 ans.	4 —	—	—
de 16 à 20 ans.	5 —	—	— (dose maxima)

Que le cas soit léger ou grave, on fait uniquement deux injections par jour, une le matin et une le soir ; quand la température revient à la normale, on supprime l'injection du soir.

Ce traitement est indiqué non seulement dans la pneumonie, mais encore dans certaines affections pneumococciques, consécutives à une pneumonie ou primitives, comme la pleurésie, la péritonite, la méningite, l'otite, la néphrite, les abcès, etc... Il est encore indiqué dans les cas où le pneumocoque est associé avec le staphylocoque et le streptocoque.

(Arturo Biscarri de Rubio. La destruccion rapida, efficaz y segura del neumococo *in vivo* y sin perjuicio alguno para nuestro organismo, en sus diversas manifestaciones, una de las cuales, la principal, es la neumonia tipica. *Clinica y laboratorio*, avril 1935.)

« On nous parle toujours, dans nos réunions, de cas favorables, de procédés nouveaux donnant des résultats brillants, 95 % de succès. J'ai cru qu'il serait tout aussi intéressant de parler des cas défavorables, et des 5 % d'insuccès qu'on laisse tomber comme s'ils n'existaient pas et même des incidents, des accidents causés par les diverses méthodes thérapeutiques...

« Ces accidents se retrouvent dans toutes les branches de l'art de guérir et nous, les physiothérapeutes, nous sommes particulièrement bien placés pour les relever. »

1° Cinésithérapie.

En contradiction avec les principes de mobilisation précoce, on plâtre des fractures sans déplacement, on immobilise par une écharpe une luxation réduite correctement ; l'extension continue, née de ce besoin de mobilisation, est trop souvent prolongée.

Parmi les immobilisations intempestives on peut citer celles des rhumatismes, des ostéo-arthrites poussées jusqu'à ce qu'elles s'ankylosent.

Citons aussi l'absence de mobilisation dans les traumatismes de l'épaule et des mains.

A l'autre extrémité de ce groupe d'erreurs on trouve la mobilisation et le massage dans les phlébites en évolution, dans les lésions infectées (lymphangites, ostéites), dans les tumeurs blanches, la reprise de la marche trop précoce dans les fractures de l'astragale, du calcanéum, du col fémoral, du cotyle fémoral, des plateaux tibiaux, etc.

Parmi les affections abdominales, l'atonie intestinale tire un gros bénéfice de la cinésithérapie, mais il faut se garder de traiter de la sorte les annexites, les péritonites, les occlusions intestinales, les appendicites, les cholécystites volumineuses ou suppurées, ainsi que toute affection inflammatoire, qui peut si bien passer inaperçue.

2° Actinothérapie, héliothérapie.

Beaucoup de médecins ont à présent une lampe à ultra-violets ; ils en usent et en abusent parfois.

Les erreurs concernant le dosage peuvent être grandes. L'érythème intense représente toujours un choc pour l'organisme et celui-ci n'en peut pas toujours faire les frais ; ces chocs sont défendables jusqu'à un certain degré dans des cas déterminés, mais ils sont indéfendables quand ils sont accidentels ou répétés. Il faut se méfier des diabétiques, des albuminuriques, des hypertendus, des hépatiques, etc. ; il faut surveiller particulièrement les fiévreux et les pulmonaires.

Une grosse erreur souvent commise consiste à se limiter à un traitement local des lésions tuberculeuses, ganglionnaires ou articulaires ; ici pas d'accident causé par les rayons, mais insuffisance notoire de ceux-ci.

L'emploi des infra-rouges pendant et après l'irradiation ultra-violette atténue l'effet de celle-ci ; s'ils la précèdent, ils l'accentuent.

L'effet des ultra-violets s'atténue après un certain nombre de séances ; aussi est-il nécessaire d'interrompre pendant quelques semaines, puis de le reprendre.

3° Electrothérapie.

Les brûlures sont particulièrement fréquentes avec le courant galvanique.

Les accidents d'électrocution peuvent être redoutables ; ils se rencontrent avec les appareils de diathermie, les ondes courtes, les arcs, les pantostats ; ces derniers, branchés directement sur le secteur, sont particulièrement dangereux. Il y a un gros intérêt à séparer du sol les appareils par un tapis en caoutchouc et à les éloigner des radiateurs, conduites d'eau, en un mot de tout ce qui constitue une bonne terre.

La grosse erreur classique consiste dans l'emploi du faradique sur des muscles et des nerfs dégénérés, provoquant de la contracture à la place de la paralysie flasque.

4° Hydrothérapie.

Les erreurs en hydrothérapie sont souvent grossières, même si l'on se borne à des applications élémentaires ; elles vont des erreurs d'application d'un simple pansement humide jusqu'à l'ostracisme dont jouissent les applications froides, cependant les plus actives. L'importance de la réaction après le bain est fréquemment méconnue.

(M. Ory, de Liège. Ce qu'il ne faut pas faire en physiothérapie. *Annales de médecine physique et de physiobiologie*, 1935, fasc. 4.)

Pathologie coloniale

Un peloton de tirailleurs tunisiens trachomateux a été organisé en 1928 dans un but militaire, hygiénique et social, sur l'initiative du médecin-général Sandras.

Six ans après cette création on peut noter les résultats réconfortants suivants :


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME - PARIS

1.260 tirailleurs incorporés, au moins un millier de trachomateux confirmés, 300 réformés, soit plus de 900 recupérés pour l'armée, au total plus d'un bataillon.

(R. Cadéot. L'unité trachomateuse des troupes de Tunisie. *Tunisie médicale*, juin 1935.)

Varia

Toute immunité doit être acquise avec un minimum de frais pour l'organisme. (Paul Chausse, de Genève.)

Les indications de l'insuline en dehors du diabète ont des bases logiques. Elles ne sont plus chaotiques. (J. Hoet, de Louvain.)

Psychiquement parlant, le lépreux est un fataliste qui accepte son destin. (Gualberto Argos, de Quito.)

Si l'on désire comprendre comment guérit la tuberculose, il faut être familiarisé avec les réactions d'immunité qui accompagnent cette maladie, la différence fondamentale entre l'infection et la réinfection, et la différence des reactions de l'organisme à ces deux processus. (F. M. Pottenger, de Monrovia.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1935

Contribution à l'étude étiologique des oreillons. — *MM. C. Levaditi, René Martin, A. Bonnefoi et Mlle R. Schœn.* Il existe, dans les salives mixtes des sujets atteints de parotidite ourlienne, un élément pathogène capable de déclencher, chez certains simiens réceptifs, un syndrome clinique et histopathologique comparable à celui de la maladie humaine, que cet élément paraît offrir les caractères essentiels des virus filtrables, mais aussi que le même élément, ou, tout au moins, un principe analogue, se retrouve dans certaines salives normales, quoiqu'en bien moindre quantité. Au surplus, les altérations microscopiques de la maladie expérimentale, n'ont rien de spécifiques, attendu qu'elles peuvent être déclenchées par des ultravirus autres que l'agent étiologique supputé de la parotidite ourlienne, voire même par certains principes inertes.

Contribution au traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par les injections d'urotropine. — *M. Dang Hanh Kiên.* Le traitement par l'urotropine, tout aussi simple et efficace que celui par le chlorhydrate de choline, a l'avantage sur ce dernier, d'être beaucoup plus économique. De plus, l'urotropine est un médicament qui se trouve dans les plus petits postes médicaux, et dont on peut préparer soi-même la solution injectable.

Importance de l'extirpation de la porte d'entrée de l'infection dans le traitement du tétanos généralisé. — *M. le Docteur Th. Mironesco.* Sur 33 cas de tétanos, dans lesquels on s'est contenté du traitement par le sérum et le chloral, sans extirpation de la plaie ou de la cicatrice tétanigènes, la mortalité a été de 20 p. 100. Sur 17 cas où l'extirpation de la plaie ou de la cicatrice tétanigènes a été régulièrement effectuée, l'auteur n'a enregistré qu'une mort. Les extirpations de plaies ou de cicatrices ont été faites en empiétant largement sur les tissus sains. Eventuellement, des désarticulations de phalanges ont été necessaires. Tous ces cas étaient des tétanos généralisés.

Sur quelques complexes antimoniés, obtenus à partir de l'acide antimonique. — *MM. Volmar et Hoffmann.*

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Étude d'un Arsénobenzol actif et de très faible toxicité

Le Docteur Ruais-Savelli étudie dans sa thèse (juillet 1935) un arsénobenzol, le 810 ou hémarsénol dont la toxicité a été considérablement abaissée, ainsi que l'indique le titre de la thèse.

Dans son historique, l'auteur retrace l'histoire des arsenicaux pentavalents, ainsi que celle des arsenicaux trivalents, en donnant pour ces deux catégories de corps leur constitution chimique.

Elle signale l'apparition du 606, du 914, de la sulfarsénamine, du 802 ou arsénomyl intramusculaire, et du 810 ou hémarsénol, ces deux arsénobenzols ayant été étudiés par le Docteur Monneyrat.

Expérimentalement, le 810 donne les mêmes résultats thérapeutiques que le néoarsénobenzol, aussi bien sur la récurrente de la souris que sur la maladie du sommeil de la souris.

Tout l'intérêt du 810 réside dans ce fait qu'il est beaucoup moins toxique que les autres arsénos.

La dose toxique oscille entre 70 cgr. et 80 cgr. par kilog., certaines préparations même ont été tolérées à 1 gramme par kilog.

Toxicité considérablement moins grande que celle des arsénos employés couramment.

Physiologiquement, le 810 est beaucoup moins hypotenseur, à doses égales, que le néoarsénobenzol.

Le 810 ou hémarsénol s'emploie par voie intraveineuse ; ses doses augmentent de 15 en 15 centigrammes, en commençant par 0 gr. 15.

L'auteur a employé, à la fois, la méthode des doses faibles et la méthode des doses fortes.

Avec les doses fortes on emploie successivement 30 cgr., 45 cgr., 60 cgr., 75 cgr., 90 cgr., ensuite 1 gr. 05 et 1 gr. 20 ; ces doses étant répétées plusieurs fois.

Chez la femme on emploie des doses plus faibles, en ne dépassant pas 90 cgr. ou 1 gr. 05.

La méthode des doses faibles a également été appliquée avec succès.

Dans ce cas-là, on ne dépasse pas 0 gr. 90 en répétant plusieurs fois cette dernière dose.

L'auteur étudie longuement le 810 ou hémarsénol aux différentes périodes de la syphilis, surtout dans les traitements d'assaut.

Dans la syphilis primaire et la syphilis secondaire, les résultats thérapeutiques sont égaux à ceux du néoarsénobenzol ; les lésions sont vite cicatrisées, le Wassermann est rapidement négatif.

Dans la syphilis tertiaire, les résultats se sont également montrés très satisfaisants.

Ainsi que le fait prévoir son étude expérimentale, le 810 a été bien toléré; il a même pu être administré à des malades qui ne supportaient pas le néoarsénobenzol.

L'auteur signale les quelques incidents, sans gravité, qui se sont présentés au cours du traitement ; elle rappelle la pathogénie des érythèmes du neuvième jour et elle indique les contre-indications des arsénobenzols.

Le brigandage de la médecine et de la chirurgie est tel aujourd'hui, que je ne sais trop quels moyens répressifs pourraient être employés avec succès » (1829). — Rphe Munet. — Lettres sur quelques-uns des inconvénients qui sont attachés à la pratique de la médecine et sur les moyens de les faire disparaître. Lettre LV).

Depuis une vingtaine d'années que j'étudie cette conception. *Lieu de Genève*, qui s'est imposée à mon esprit à la vue des malheureuses populations civiles fuyant sous les obus, j'en suis venu à cette conviction que c'est sur l'*intérêt* et non sur le sentiment qu'il nous faut appuyer nos arguments et nos espoirs de réussite. C'est l'intérêt de tout belligérant quel que soit ce belligérant, qu'il faut éveiller : c'est à cet intérêt que devra s'adresser l'association le *Lieu de Genève*, qui compte déjà plus de 1.600 membres, hommes et femmes de toutes nationalités.

(Médecin général Saint-Paul. — Le lieu de Genève. *Le Siècle médical*, 1er octobre 1935.)

VARIÉTÉS

En Erythrée et en Abyssinie

Le conflit italo-abyssin, qui met aux prises deux races, deux âges, deux civilisations opposés, offre la particularité de se dérouler sur deux scènes non moins différentes de la zone tropicale : la côte basse des Somalis et la région des hauts plateaux, où règnent alternativement la saison sèche et la saison des pluies.

Si la pathologie est commandée par le climat, les solutions médicales et hygiéniques varient essentiellement, suivant qu'elles sont inspirées par le dynamisme scientifique ou par l'empirisme féodal ; nous allons présenter quelques extraits de presse étrangère (*Rinascenza medica*, 15 juin 1935 ; *Revista espanola de medicina y cirugia*, septembre 1935) et quelques impressions d'une Européenne ayant séjourné dix ans à Addis-Abéba (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, nos 17 et 18, 1935).

N'oublions pas qu'ici l'homme n'a d'autre ressource que de s'adapter au mieux, ce qui est toujours relatif, et que des progrès médicaux ne sont obtenus qu'au prix d'efforts collectifs et de sacrifices individuels passant trop souvent inaperçus.

Le port italien de Massaoua est une vraie fournaise ; en juillet la température atteint 50° ; on s'y habituerait du reste assez bien, mais la transpiration excessive irrite la peau et produit de l'eczéma tropical ; deux autres inconvénients seraient l'alcoolisme et le nicotinisme, car on consomme beaucoup d'alcool et le tabac y est très bon marché.

Si de Massaoua on pénètre à l'intérieur de l'Erythrée et qu'on atteigne Asmara, le climat change complètement ; la température moyenne est de 19° et la maxima de 33°. Il n'y a pas de paludisme, mais on rencontre assez fréquemment la tuberculose, la syphilis, le trachome et la gale.

La femme blanche s'accommode fort mal de ces conditions ; elle fait de l'anémie grave et la menstruation devient bimensuelle, ce qui est vraisemblablement dû à une hyperfonction ovarique.

Djibouti est très agréable en hiver, mais horriblement chaud et humide d'avril en octobre ; on ne peut y dormir que dans un courant d'air. Pour comble de disgrâce l'eau est excessivement salée et sodée : elle communique au thé un goût épouvantable ; aussi consomme-t-on du vin, de l'eau minérale, des jus de fruits ; l'alcool est très mal toléré, l'excès de boissons glacées détermine des œdèmes et, chez les enfants, des caries dentaires. Les mouches sont une vraie calamité et il est difficile de parler sans en avoir une ou deux dans la bouche.

La population est assez mélangée ; elle comprend des abyssins, des juifs, des arabes et des hindous ; elle résiste très mal aux infections (grippe, malaria, diarrhée, etc.), qui lui sont fatales.

L'hôpital est bien installé et les chirurgiens excellents ; mais la difficulté consiste à alimenter les malades suivant les règles de leurs religions respectives.

Les morts sont enterrés sans délai ; dans les grandes industries et dans les exploitations importantes on a un stock de cercueils tout prêts. En Ethiopie on enterre quelques personnes bien vivantes, qui ont eu la malchance de syncoper. Il y a quelques années on enterra un enfant encore en vie qui ne dut son salut qu'à sa pauvreté ; il n'avait eu droit qu'à un linceul et à cinquante centimètres de terre ; aussi parvint-il à se dégager ; il fut conduit à l'église et reçut de l'empereur cinq thalers et une chemise neuve.

Si l'on prend, à Djibouti, le train pour Addis-Abéba, on arrive le premier jour à Diré-Daua, qui est la plus grande ville d'Abyssinie après Addis-Abéba. On est à 1.200 mètres d'altitude, les rues sont larges et propres ; il y a une compagnie d'électricité et des conduites d'eau. Les ruisseaux sont à sec la plus grande partie de l'année, mais à un ou deux mètres de profondeur on trouve de l'eau ; les indigènes le savent bien ; qui viennent y creuser des trous pour faire boire leur bétail. Cette nappe permet d'avoir des jardins remplis de figuiers, de citronniers, d'orangers, de camélias. La région est saine et on n'y rencontre guère que la fièvre tropicale, assez facile à combattre.

A une heure de chemin de fer de Diré-Daua se trouve Errer-Gotha, qui possède une source thermale radio-active, excellente pour combattre les rhumatismes. A 60 kilomètres de Diré-Daua et à une altitude supérieure de 600 mètres se trouve une antique cité, Harrar, qui possède une léproserie, dirigée par des franciscains.

Le second jour du voyage on traverse des régions de plus en plus riches : dans les stations on trouve à acheter des oranges, des pommes, des citrons, des mandarines, un légume savoureux : le *bamia*. La région est aride et chaude ; on est exposé aux attaques des moustiques, des scorpions et des hyènes. Arrêt à Auasch.

Le troisième et dernier jour du voyage on traverse des steppes avec une herbe abondante où paissent des troupeaux d'antilopes. A mesure que l'on s'élève l'air devient de plus en plus vif. On finit par arriver à Addis-Abéba, qui est dans un bois d'eucalyptus à 2.500 mètres au-dessus du niveau de la mer.

99 % des habitants vivent dans des cases cylindriques avec un toit de paille conique, sans fenêtres ni cheminées ; à l'intérieur la fumée empêche de voir et de respirer : les indigènes vivent très bien dans ces cases : les plus pauvres ont simplement un peu moins de fumée ; ils dorment sur des peaux, des couvertures ou des paillasses. L'alimentation consiste principalement en graines grillées et en gâteaux de farine.

Les Abyssins ont peu de linge, mais il est propre, quand ils ont de l'eau à leur disposition ; ils emploient peu de savon, ils utilisent surtout une plante appelée *endott*, qui donne de la mousse avec l'eau. Ils se lavent les mains et les pieds chaque soir et se baignent dans les eaux thermales chaudes, qui abondent dans la région. A Addis-Abéba une source chaude alimente une piscine de 20 mètres de longueur sur 5 de largeur et l'on s'y baigne gratuitement ; nous sommes évidemment beaucoup plus civilisés en France, puisque nous payons dans toutes les piscines municipales et même dans un certain nombre de lacs naturels.

Il y a à Addis-Abéba quelques médecins européens, une trentaine, et six hôpitaux ; un médecin américain a installé une petite léproserie.

La pathologie abyssine se caractérise par le grand nombre de porteurs de germes, auxquels une immunité relative conserve les apparences de la santé.

Les maladies les plus fréquentes et les plus graves sont la malaria, le choléra, la typhoïde et les paratyphoïdes, la syphilis, la variole, l'alastrim, la blennorragie, les ulcères vénériens, la framboesia, les maladies parasitaires cutanées, intestinales

enito-urinaires, etc... Contrairement à ce que l'on pensait il xiste des foyers de fièvre jaune surtout dans la zone soudanaise. iennent ensuite la tuberculose, les affections hépatiques et pléniques, les diverses formes de rhumatismes.

Les affections gastro-intestinales sont fréquentes par suite de abus des condiments irritants et plus particulièrement du poivre rouge ; l'habitude de manger de la viande crue favorise le arasitisme. On observe un catarrhe chronique gastro-intestinal t de la congestion hépatique et rénale ; il faut signaler la dénutrition, les avitaminoses, la cachexie.

Sur les hauts plateaux prédominent les rhumatismes aigus u chroniques, tandis que les affections cutanées sont plus fréquentes sur la côte.

Les animaux venimeux sont nombreux

Deux syndromes cliniques semblent particuliers à l'Abyssinie ; ce sont la *chilosa* ou *onyalai*, anémie aiguë hémorragique, pustulo-pétéchiale, quelquefois fébrile, non contagieuse et peut-être liée à une avitaminose tropicale et la *chiufa* ou *chinkumbi* ou *kanyembu*, recto-coli-sigmoïdite aiguë fébrile nonnécrotique, fréquemment mortelle, due à un schistosome.

De cette revue rapide on peut tirer la conclusion que l'Abyssinie présente un énorme intérêt médical, tant en raison de sa pathologie que de l'organisation future d'un minimum d'hygiène sociale ; il y a en outre un certain nombre de plantes indigènes dont l'emploi serait capable de rénover sur certains points otre vieille thérapeutique.

J. LAFONT.

Mesure et interprétation des pressions pleurales, application à la conduite du pneumothorax ; le collapsus optimum, par le Docteur L. DELANNOY. 1 vol. gr. in-8 de 18[illegible] pages, 25 francs. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Le principal mérite de ce travail est de nous montrer que la conduite du pneumothorax est univoque, qu'il s'agisse du pneumothorax bilatéral ou contro-latéral, et que les différences qu'on a établies entre eux ne portent pas sur le principe de la méthode.

On verra ces notions se révéler très fécondes dans l'interprétation de certaines anomalies apparentes constatées dans les pneumothorax électifs, dans le pneumothorax bilatéral, dans le pneumothorax contro-latéral. Traitement mécanique, la collapsothérapie doit être dirigée par des recherches d'ordre mécanique. Celles-ci ne sont pas aussi complexes que [illegible] ne pensent s'y rencontrer et en lisant ce travail, ils y trouveront l'exposé d'idées claires dans un langage précis.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Souvenirs sur Elie Gintrac. — *Du Professeur Vergely, cette chronique à propos d'un buste de Gintrac* (JOURN. DE MÉD. DE BORDEAUX, 20-30 septembre 1935).

Le hasard, qui fait quelquefois bien les choses, a consenti, ces jours-ci, à se montrer bienveillant à mon égard. Il m'a conduit, en qualité de médecin, dans une famille ayant des origines médicales, et là je suis tombé en arrêt devant un buste relégué dans un coin, et qui n'était autre que le buste-caricature en plâtre du Professeur Elie Gintrac. Il est représenté avec son grand nez, ses cheveux tombant sur les côtés, les oreilles grandes et un magnifique chapeau haut de forme rejeté en arrière. A la boutonnière de son habit, une décoration de fantaisie, assez macabre timbrée en son milieu d'une tête de mort.

Je n'ai pu m'empêcher, reportant ma pensée aussi en arrière que j'ai pu, de me rappeler tout ce qu'autrefois j'avais entendu dire de celui qui fut, pendant quarante ans, le grand pontife de la médecine à Bordeaux. Il ne saurait être question ici de discuter les mérites de celui qui fut, à son époque, un grand médecin, un savant, un homme de bien et un directeur remarquable de l'Ecole de médecine de Bordeaux. Mais il ne fut pas moins intéressant par ses à-côtés.

Quelle place ne faut-il pas, au reste, qu'il ait tenue pour qu'on ait pensé à faire son buste-caricature ? C'était un homme entier dans ses conceptions, dans ce qu'il croyait être juste et bien, trop peut-être, car, si l'on en croit ses contemporains, il prenait facilement les gens en grippe et revenait alors très rarement sur le verdict qu'il avait porté sur eux. Omnipotent, il voyait

tout, surveillait tout, au point (je m'excuse du détail, mais il m'a été souvent affirmé comme authentique), au point, dis-je, qu'une soupape de W. C. ayant été changée à l'hôpital Saint André, par ordre de l'administrateur, nommé Chancel, les internes d'alors, qui étaient un peu comme ceux d'aujourd'hui, inscrivirent au-dessus, en latin de cuisine : « Hanc soupapam posuit Chancel, approbavit autem pater Gintrac. » Il fut le sujet d'un poème héroï-comique que notre regretté maître, le professeur Arnozan, était un des derniers à savoir par cœur (que ne savait-il pas ?), et dans lequel on trouvait ces deux vers, mis dans la bouche de Gintrac :

> Deux choses seulement dans notre allopathie
> Sont certaines, dit-il, l'argent et l'autopsie.

On l'accusait un peu, en effet, de tenir à l'argent, et il n'est pas moins certain, d'un autre côté, qu'il ne manquait jamais de faire l'autopsie des malades décédés dans son service. Il en a d'ailleurs retiré quantité de matériaux des plus précieux et des plus intéressants.

Doué d'un formidable accent bordelais, il n'avait pas suivi Broussais jusqu'au bout, en ce sens qu'il ne saignait pas outre mesures ses malades, mais il les tenait à une diète sévère, et quand l'un d'eux, allant mieux, demandait à manger, il lui disait d'un air paternel : « Vous mangeriez bien une côtelette ?

— Oh oui ! Monsieur », répondait le malade, qui voyait le ciel s'entrouvrir. Lors, se tournant vers ses élèves, il déclarait en haussant les épaules : « Ils sont incroyables ! Donnez-lui deux pruneaux ! », et le malheureux retombait de son haut ! Il avait quelquefois des mots cruels sans le vouloir, et c'est ainsi qu'à un malade qui lui demandait s'il sortirait bientôt de l'hôpital, il répondit sentencieusement : « Vous sortirez toujours, horizontalement ou verticalement ! »

Son service était très intéressant, très recherché et très suivi, mais il commençait évidemment un peu plus tôt que ne le font les services à l'heure actuelle, puisque, à 7 h. 30, le maître était dans les salles, et il n'admettait pas qu'on fût en retard, car il faisait sevèrement l'appel dès son arrivée, et les manquants ne tardaient pas à être exclus du service.

Il avait consacré sa vie aux recherches anatomo-pathologiques et à la direction de l'École de Médecine. Il n'y a pas d'ailleurs à se dissimuler que c'est lui qui prépara la transformation de l'École en Faculté, qu'il ne vit pas ouvrir, puisqu'il mourut en 1877, alors que l'inauguration de la Faculté est de 1878. Il ne faut pas oublier que son fils, Henri Gintrac, en fut le premier doyen.

Et je songeais, en regardant ce buste, que la mémoire de cet homme, qui avait tenu une place si importante dans notre ville — car il était aussi, à un moment, le consultant universellement appelé — était en train de s'effacer et de disparaître ! Ceux qui l'ont connu directement ont tous ou presque tous disparu. Il ne reste plus que ceux qui en ont entendu parler par leurs ascendants, s'ils ont eu le bonheur d'avoir une ascendance médicale, et ceux-là gardent ces souvenirs ensevelis dans un coin de leur mémoire, parce qu'il n'y a nul intérêt à raconter ces anecdotes de seconde main, si je puis dire. Et il a fallu cette rencontre inopinée d'un buste pour que se déclenche chez moi le tiroir aux souvenirs et que je vienne raconter à mes lecteurs ces quelques souvenirs auxquels ma plume n'aura certes pas réussi à donner la vie avec laquelle me les racontaient ceux qui ne sont plus, et je m'en excuse auprès de mes lecteurs.

Le médecin Bourdelot. — *M. Sabrazès commence* (Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux 13 octobre 1935) *la publication d'une étude sur* Christine de Suède et le Docteur Bourdelot.

Bourdelot, dit-il, était un jeune médecin, jovial, beau parleur, bout-en-train, lettré ; sa conversation surprenait agréablement par l'imprévu du récit, la richesse et la variété des souvenirs.

Les jaloux et les envieux le faisaient passer pour un intrigant et le qualifiaient de charlatan.

Il menait dans le privé une existence qui n'était pas celle d'un anachorète et qui contrastait avec sa dignité d'académicien... libre. Il y eut toujours quelque chose d'irrégulier dans sa situation. Plus tard, ainsi que nous le verrons, devenu abbé, aussi peu régulier que médecin au début de sa carrière professionnelle, Bourdelot tira en partie son prestige de cette irrégularité souvent synonyme d'originalité.

« Il pratiquait un système de cure qui ne manquait pas de nouveauté et qui lui avait si bien réussi lors de la maladie du duc d'Enghien, le futur grand Condé. Les malades, pensait-il, sont des natures inquiètes, quels que soient leurs maux grands ou petits. Il convient de les rassurer, au lieu de les épouvanter. Le remède, sans l'action directe du médecin sur le moral, ne suffit pas à sa tâche. Le succès de cette façon de comprendre la pratique médicale ne se fit pas attendre. Les laissés pour compte de la médecine officielle appelaient Bourdelot. Que de fois Mme de Sévigné et d'autres grandes dames de son temps eurent recours à ses bons offices ! Ne laissait-il pas miroiter aux yeux de ses clients l'aurore de la guérison prochaine. Bourdelot verbeux, truculent, dissipait les humeurs noires et ranimait la joie. La musique, le chant, la poésie entraient dans ses prescriptions. Bon vivant, il appréciait les vins généreux et les cuisines raffinées. Roger Bontemps et médecin Tant mieux, Bourdelot ne manquait pas de perspicacité de son art. Il sondait le cœur et les reins ; étudiait le caractère, les habitudes, la façon de vivre ; dépistait les qualités, les défauts et les vices du patient ; plongeait dans les profondeurs de l'inconscient et pratiquait une sorte de psychanalyse, avant la lettre, faisant pressentir Freud. Il con-

naissait les méfaits du sédentarisme, des émotions contenues, de l'ennui et des passions tristes qui résultent de l'inaction, des heurts, des désirs insatisfaits. Il n'ignorait pas les dangers du surmenage intellectuel et physique ; les suites déplorables des activités désordonnées, inadéquates ou insuffisantes ; les ébranlements nerveux dus aux chocs émotionnels, au refoulement des désirs inassouvis aux contraintes de l'étiquette et des conventions. Il conseillait de suivre la nature même dans ses écarts. Les égarements de l'amour ne l'offusquaient pas. Il innovait, et la médecine traditionnelle ne le suivait pas sur une pente qui menait à l'extériorisation des mauvais instincts auparavant refoulés.

« Les prescriptions de Bourdelot ne restaient pas lettre morte. Ce médecin joignait l'exemple à la théorie. Il ne suffit pas, proclamait-il, d'ordonner un régime, il faut le faire comprendre dans ses détails et en réaliser l'exécution. Aussi, voyait-on ce diable d'homme aux prises avec les recettes culinaires, passer à l'office, préparer lui-même le plat savoureux capable de ramener l'appétit et d'émoustiller le malade. »

Hérédité, éducation et formation du Moi. — Le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques vient de publier un nouveau volume : MÉDECINE ET ÉDUCATION (2e série), qui contient les expériences faites au cours de l'hiver dernier. Voici la conclusion de celle prononcée par M. A. Jouve qui avait choisi un sujet de haute portée sociale et morale : *Hérédité, éducation et formation du Moi*.

Nous touchons ici à la plus haute faculté de l'homme, à son âme, cette âme humaine qui diffère de celle de l'animal en ce qu'elle n'anime pas seulement un corps, mais aussi un esprit supérieur indissolublement lié à ce corps, et qu'elle possède une faculté de discernement et de choix, fonction rare et éminente qui lui confère toute sa noblesse. Notre siècle scientifique a considérablement augmenté les possibilités du corps humain en mettant à son service les multiplications de la puissance et de la vitesse. Mais, à quoi bon ? Si nous ne savons pas méditer cette noble parole d'Henri Bergson : « Le corps de l'homme, agrandi par la science, a besoin d'un complément d'âme. »

« Il faut donc songer surtout, et avant tout, à l'âme de l'enfant, et bien se pénétrer de cette pensée de je ne sais quel éducateur : « L'enfant n'est pas seulement un corps avec une paire de bras et de jambes, mais une âme et un cœur qu'il faut élever. » Ce cœur, qui plonge si intimement dans les replis les plus secrets de notre Moi profond, ce cœur dont Barbey d'Aurevilly disait qu'il le sentait auprès de sa mère mourante, et plus tard, que « dans les choses où le cœur n'est pas, la main n'est jamais puissante ».

« Oui, le cœur, tout de sensibilité et de douceur, est aussi tout de pouvoir. C'est pourquoi la mère, première et irremplaçable éducatrice, est si forte, et si beau son rôle !

En mettant tout son cœur dans l'éducation de ses enfants, elle façonne le leur et forme ainsi des hommes dans le grand et noble sens du mot. Aussi je ne sache pas qu'il y ait sur la terre, pour les pauvres êtres que nous sommes, de plus grande et noble tâche.

Médecine et sorcellerie. — Les sorciers étaient rebouteux et mèges écoutés. Boguet qui, en quelques années, envoya au bûcher plus de douze cents malheureux suspects de sorcellerie, ne mettait point en doute leur pouvoir de guérisseur.

Mais, dit M. Camille Aymonier qui vient de consacrer (*Le Pays Comtois*, 20 septembre 1935) une intéressante étude à *La sorcellerie en Franche-Comté*.

La médecine, au XVIe siècle, n'était guère qu'une magie naturelle, héritière de la magie antique. J'ai montré comment en Aquitaine s'étaient conservées les formules que recueillit précieusement un médecin bordelais du IVe siècle, Marcellus Empiricus, dans son *De Medicamentis*. Comme les légendes, les contes, les chansons et le folklore tout entier, cette médecine populaire voyage et pénètre un peu partout. On retrouve chez nos sorciers du Jura plus d'une recette de cette pharmacopée où entrent, par exemple, ici et là, la cervelle d'un chat, la tête d'un corbeau, le crâne d'un larron pendu ; plus d'une formule cabalistique, telle qu'*Abracadabra*, souveraine contre la fièvre, ou de ces billets ou brevets que l'on portait au col, dans les maladies, les duels, les batailles...

« Nos humbles calendriers les colportaient et les vulgarisaient. *Le berger de la Grande Montagne*, de chez nous, l'an 1600, enseignait aux bergers la manière de se gouverner « pour empêcher qu'aucuns sorciers ne fassent mourir leurs troupeaux avec toutes les choses nécessaires pour se régler en leur art ».

« Quelle que soit l'habileté ou le succès des sorcières, ce n'est pas à leurs pratiques que Boguet les attribue, mais au seul Satan. Leurs oraisons « ne ressentaient rien plus que la superstition et l'impiété ». Ce n'est pas la poudre qui tue, mais la volonté de Satan.

Claude Roy était mort aussitôt après avoir mangé un fromage empoisonné que lui avait donné Thievenne Paget. Elle avait spécifié, témoigna Grosjacques, que le fromage ne nuirait qu'au seul Claude. D'autres, en effet, en mangèrent, qui ne furent pas le moins du monde incommodés. « C'est donc Satan qui baille la mort », conclut toujours Boguet.

« Les sorciers ne sont donc savants en la médecine qu'autant qu'ils sont instruits par le démon, et celui-ci se sert des causes secondes et naturelles, des moyens dont usent les médecins. » Il semble que celui-là serait donc hors de son sens et digne d'être relégué en Anticyre, lequel pour guérir s'adonnerait à Satan et à ses suppôts ».

De Lancre met de même en garde contre les dangers de la médecine qui a le grave tort d'ouvrir les portes à toutes les curiosités. Elle conduit à demander la guérison à des *caractères*, à des paroles monstrueuses, aux charmes et aux sortilèges, en un mot à faire appel à Satan. Elle rend moins de services qu'elle n'engendre de maux et il consentirait volontiers qu'elle fût arrachée du cœur des hommes. »

BIBLIOGRAPHIE

Ayons confiance dans la médecine. LE PASSÉ ET L'AVENIR, par le Docteur Josef Lœbel. Adapté de l'allemand par Étienne Frey. 1 volume in-16, Prix : 15 francs. Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris (6e).

Vivre, c'est lutter sans trêve contre [illegible] dans les [illegible] et l'on reste [illegible] devant les effets qui, pendant des siècles, furent [illegible] comme vérités [illegible]. La véritable [illegible] scientifique [illegible] date seulement du siècle dernier [illegible] s'est [illegible] un fond d'apparence solide et dont la [illegible] fut la principale inspiration.

Le Docteur Lœbel estime que chacun a le droit et même le devoir de connaître à quel point nous en sommes de cette lutte, ce que l'on peut attendre des découvertes futures.

[illegible] bâti au siècle dernier par les Pasteur, Virchow et bien d'autres, d'apparence solide, est en train de [illegible]. À sa place semble déjà se profiler une médecine [illegible] plus humaine [illegible]. Quel doute a donc pu saper des fondations aussi fermes [illegible] des mots bannis : tempérament, humeurs, âme [illegible] et il faut l'en remercier [illegible] ce que l'on peut [illegible] de la médecine.

[illegible] au grand public [illegible] ce qu'elle fut, ce qu'elle est, ce que [illegible] la médecine.

[illegible]


VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol

Fondé en 1873. — N° 43 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 OCTOBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V°

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies		40 fr
Etudiants		30 fr
Belgique		45 fr
Etranger	1re zone	70 fr
	2e zone	90 fr

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 octobre. — M. DELAROCHE : Typho-bacillose et sérum de Jousset. — Mlle COMBY : Syndromes encéphalitiques au cours des maladies infectieuses de l'enfance.

15 octobre. — M. BRÉA : Etude des fibromyomes de l'espace de Retzius. — M. GERMENOT : Étude de la virulence du pneumocoque dans les méningites sans réaction leucocytaire. — M. DUBOIS: Etude des températures locales dans les névrites et les paralysies périphériques.

23 octobre. — M. BLOCH : Etude clinique de la méningite morbilleuse.

24 octobre. — M. BRIET : Du goitre exophtalmique et son traitement physiothérapique. — M. TURCHINI : Etude de l'ostéopsathyrose. — M. PALIOU : Etude de l'épidémiologie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant.

21 octobre. — (Thèse vétérinaire). — M. SOIMU : Etude toxicologique et biologique de la nielle des blés.

Hopitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve écrite d'anatomie.* — Question donnée : « Articulation coxo-fémorale sans sa physiologie ».

Questions restées dans l'urne: « 1. Anatomie descriptive et rapports des muscles adducteurs de la cuisse. — 2. Tronc de l'artère carotide externe (origine seule des branches). — 3. Anatomie macroscopique et rapports de la glande surrénale gauche et physiologie des surrénales. — 4. Sinus caverneux. — 5. Le nerf facial jusqu'au trou stylo-mastoïdien avec ses origines réelles et sa physiologie. — 6. Les rapports de la première côte sans ses articulations. — 7. Artère mésentérique supérieure. — 8. *Question sortie.* — 9. Le nerf phrénique droit et la physiologie des nerfs phréniques.

Epreuve écrite de pathologie médicale. — Séance du 15 octobre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques.

Questions restées dans l'urne : « 1. Signes, diagnostic et complications de l'insuffisance aortique syphilitique. — 2. Signes, diagnostic et traitement des angines diphtériques. — 3. *Question sortie.* — 4. Symptômes et diagnostic des cancers du pancréas. — 5. Signes, diagnostic et traitement de la tuberculose des glandes surrénales. — 6. Diagnostic des hématémèses. — 7. Symptômes, diagnostic et traitement du tétanos. — 8. Symptômes et diagnostic des cancers du foie ».

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Fractures des corps vertébraux de la région dorso-lombaire. »

Questions restées dans l'urne : « 1. *Question sortie.* — 2. Diagnostic des lésions traumatiques fermées de la région de l'épaule. — 3. Complications des ulcèresdela petite courbure de l'estomac. — 4. Diagnostic des pyuries chez la femme. — 5. Les abcès froids dans le mal de Pott. — 6. Diagnostic des occlusions chroniques de l'intestin. — 7. Examen, surveillance et indications thérapeutiques chez un blessé atteint de traumatisme de la région temporo-pariétale (plaies par armes à feu exceptées). — 8. Diagnostic et indications thérapeutiques dans les plaies pénétrantes de poitrine. — 9. Accidents et complications de l'avortement et leur traitement. »

Répartition du jury : *Anatomie.* — MM. Renard, Lian, Boidin, Sauvé et Leveuf.

Pathologie médicale. — MM. Pagniez, Crouzon, Papillon, Ramond et Lamy. (M. Pagniez ayant donné sa démission le jury ne comprendra que quatre membres.)

Pathologie chirurgicale. — MM. Portes, Cadenat, Desplas, Ombrédanne et Fèvre.

Réunion du jury : *Anatomie.* — Séances ayant lieu à l'hôpital Necker. En principe : lundi et mercredi, de 10 heures à 13 heures ; mardi, de 17 heures à 19 h. 30 ; jeudi, à 21 heures ; samedi, de 17 heures à 24 heures.

Pathologie médicale. — Séances ayant lieu à l'hôpital Beaujon-Paris. En principe : lundi, mardi, samedi, à 9 h. 30 (matin) ; mercredi, jeudi, vendredi, à 17 h. 30.

Pathologie chirurgicale. — Séances ayant lieu à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères. En principe : mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 3/4 ; lundi, mercredi, vendredi à 16 h. 3/4.

Clinique médicale propedeutique (Hôpital Broussais, 96, rue Didot. Professeur Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du lundi 2 au samedi 7 décembre 1935 inclus.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Preparation au concours de médecin inspecteur des écoles de la Seine. — Un concours pour le recrutement de cinquante médecins-inspecteurs doit avoir lieu le 27 janvier 1936.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine sous la direction du Professeur Tanon, du 11 décembre 1935 au 16 janvier 1936 (avec interruption du 22 décembre au 10 janvier). Il comprendra trente leçons qui auront lieu de 17 heures à 19 heures et trois visites matinales d'écoles.

En outre des candidats, le cours est ouvert à tous médecins ou étudiants en médecine, français ou étrangers, qui s'intéressent à l'hygiène scolaire et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions seront reçues au guichet 4 du Secrétariat de la Faculté, les lundi, mercredi et vendredi de 14 heures à 16 heures, à partir du 1er novembre. Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Ligue internationale contre le rhumatisme. — Le Gouvernement russe, d'accord avec la Ligue internationale contre le rhumatisme offre deux prix de 1.000 roubles or chacun (soit 1.283 florins hollandais), à l'auteur qui, dans ces dix dernières années, aura effectué les recherches les plus intéressantes concernant la clinique et le problème médico-social du rhumatisme.

Prière d'adresser les travaux avant le 15 novembre en quatre exemplaires, en anglais, allemand ou français, au Secrétaire de la Ligue internationale contre le rhumatisme :

Dr. J. Van Breemen, Amsterdam, Keizersgracht 489 ou en langue russe au Professeur M. Kontchalovsky, 69, B. Moltchanoska, Moscou.

Dispensaires antituberculeux de la Mayenne.

I. Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de la Mayenne aura lieu à la Préfecture de Laval, le jeudi 12 décembre 1935, à 15 heures.

II. Les candidats devront être Français, âgés de 26 ans au moins et de 50 ans au plus.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées au secrétariat général de l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne à la Préfecture de Laval, avant le 1er décembre 1935.

Les demandes devront être accompagnées des pièces ci-après : *a*) Extrait de l'acte de naissance ; *b*) Certificat d'aptitude délivré par un médecin assermenté ; *c*) Certificat établissant la situation des candidats au point de vue militaire ; *d*) Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; *e*) Exposé des titres ; *f*) Publications et travaux.

Les candidats devront produire obligatoirement : 1° Le diplôme d'État de docteur en médecine (ou une copie certifiée conforme) ; 2° Un certificat attestant qu'ils ont rempli des fonctions dans des services hospitaliers de tuberculose ou assuré un service de médecin de dispensaire, de sanatorium ou de preventorium.

III. Les candidats auront à prendre l'engagement de se consacrer exclusivement à leur service, de renoncer à faire de la clientèle, de ne prétendre à aucune autre fonction ou mandat public, de ne pas s'installer en cas de cessation de fonctions dans le département de la Mayenne, pendant une période de cinq ans à dater de cette cessation.

Le candidat désigné ne sera titularisé qu'après un stage d'un an.

IV. Le traitement du médecin-chef des dispensaires est le suivant : 5e classe, 35.000 francs ; 4e classe, 37.000 francs ; 3e classe, 39.000 francs ; 2e classe, 41.000 francs ; 1re classe, 43.000 francs.

Si le candidat nommé a assuré auparavant un service social comme médecin spécialisé, il sera tenu compte de son ancienneté de service et il pourra débuter comme traitement dans une classe supérieure à celle du début.

La promotion à la classe supérieure est facultative pour le Conseil d'administration de l'Office après trois ans d'exercice dans la classe inférieure.

Il est accordé, en outre, des indemnités pour charges de famille égales à celles des fonctionnaires départementaux.

Les frais de déplacement seront réglés mensuellement selon un accord préalable (indemnité fixe ou indemnité kilométrique).

Le lieu de résidence du médecin sera obligatoirement Laval.

V. Les dossiers des candidats seront examinés par un jury composé comme ci-dessous : Un délégué du Comité national de défense contre la tuberculose ; quatre membres du Conseil d'administration de l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne ; un délégué de la Société des médecins de dispensaires et de sanatoriums ; un délégué du Syndicat des médecins du département de la Mayenne.

Syndicat national des chirurgiens français. — L'assemblée générale a eu lieu le 9 octobre 1935 sous la présidence du Professeur J.-L. Faure.

Plus de 250 chirurgiens assistaient à cette Assemblée particulièrement importante.

Un certain nombre de résolutions ont été votées :

I. *Brevet universitaire de chirurgie.* — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens approuve le rapport de M. le Professeur Gosset, réclame la création dans le plus bref délai d'un brevet universitaire de chirurgie dont l'obtention devra exiger de sérieuses garanties professionnelles.

II. *Conventions Caisses. Maisons de santé.* — Le Syndicat des chirurgiens français :

1° Considérant que l'entente directe est pratiquement sauvegardée dans le dernier texte de la Commission nationale Caisses-Confédération adopte ce texte.

2° Estimant que les médecins traitants ne peuvent communiquer des renseignements d'ordre diagnostique ou thérapeutique qu'à des médecins tenus eux-mêmes au secret professionnel est

d'avis que l'article 378 du Code pénal doit être renforcé par une adjonction astreignant le médecin contrôleur au secret professionnel vis-à-vis de ses commettants.

3° Réclame la discrimination des honoraires chirurgicaux et un remboursement distinct pour les honoraires du médecin traitant assistant à l'opération, pour les fournitures opératoires, pharmaceutiques, objets de pansement et pour les frais d'hébergement.

4° S'oppose à ce que les Caisses possèdent un pouvoir discrétionnaire permettant d'exclure arbitrairement des Maisons de santé honnêtes et techniquement suffisantes ; toute clinique éliminée devant pouvoir bénéficier d'une juridiction d'appel où l'élément chirurgical serait largement représenté.

III. *Cliniques privées.* — Le Syndicat des chirurgiens français estime que :

Les Maisons de santé privées constituent actuellement, même lorsqu'elles sont placées sous le signe de la philanthropie, une forme libérale de l'exercice de la chirurgie.

Elles réalisent pour beaucoup d'entre nous l'instrument nécessaire.

Chercher à réglementer par une formule unique d'application impossible, mais d'apparence égalitaire des formations aussi disparates que les Maisons de santé privées, c'est vouloir inutilement créer chez nous encore du désordre en nous divisant.

IV. *Modifications à la nomenclature chirurgicale.* — L'Assemblée adopte les conclusions de la Commission compétente présentées par le Docteur Buizard.

V. *Elections.* — L'Assemblée a élu pour trois ans son Conseil de famille et son Conseil d'administration.

Président : Professeur J.-L. Faure, Paris ; vice-présidents : Professeur Gosset, Paris ; Professeur Lambret, Lille ; Docteur Buizard, Paris ; secrétaire général : Professeur Marquis, Rennes ; secrétaire général adjoint : Docteur Deniker, Paris ; trésorier : Docteur Iselin, Paris ; archiviste : Docteur Sureau, Paris ; Conseiller juridique : Me Sauvard, Paris.

École de psychologie (49, rue Saint-André-des-Arts, Paris, VIe.) — Programme de 1935-1936 :

I. *Enseignement.* — Les cours de l'École de psychologie ont lieu d'octobre à juillet.

Les dimanches, à 10 heures : Conférences, séances de psychologie collective, d'auto-suggestion et de rééducation mentale, par les Docteurs Bérillon, Marcel Viard, Pierre Ménard, M. H. Gosset, Mlle Lucie Bérillon, professeur agrégée, Mme Lucie Guillet.

Les jeudis, à 17 heures, Cours du Docteur Bérillon : Applications médicales et pédagogiques de l'hypnotisme et de la psychothérapie.

A 16 h. 30, Cours du Docteur Martinie-Dubousquet : Les adjuvants neuro-psychologiques dans la thérapeutique journalière.

A 17 h. 30, Cours du Docteur Pierre Ménard : La thérapeutique des péchés capitaux par l'écriture.

A 18 heures, Cours du Docteur Léon Dubar : Rôle des cinq sens dans la formation de la personnalité.

A 18 h. 30, Cours de Mlle Lucie Bérillon, professeur agrégée : Les conditions créatrices du bonheur et de la destinée.

Les jeudis, à 20 h. 30, Cours du Docteur Marcel Viard : La psychologie objective.

A 21 heures, Cours de M. A. Petit, médecin-vétérinaire : Psychologie générale et comparée.

Mme Paule Paget : Psychologie de la beauté.

Ces cours seront complétés par des conférences faites par Mme Lucie Guillet ; le Docteur Hollande, le Docteur vétérinaire Lépinay ; le Docteur Dercq ; M. Georges Quilhermet, avocat à la Cour ; M. C. de Hogues, professeur à l'École de Chirurgie dentaire ; le Docteur Raymond Courtois ; le Docteur Artault de Vevey ; M. Jaochim Parédiés (de Salvador).

D'autres conférences seront également faites par les Docteurs Paul Farez, Louis Favre, Cauvy (de la Malou), Iribarne, Chauvois, Bonnet-Lemaire ; M. Gustave Kass, M. E. Lareginie, M. Choplin, etc...

II. *Applications pratiques.* — Clinique de psychothérapie (Annexe de l'École de psychologie) :

Les mercredis, de 17 à 19 heures : Consultations des Docteurs Bérillon, R. Courtois, Léon Dubar et Martinie-Dubousquet.

Lire la suite des « Nouvelles » page 1730.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiopathologie de l'absorption du calcium et des phosphates

Par Jean CAYLA,

Chef de Laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier

Sans le calcium, aucun être vivant pluricellulaire ne saurait exister. Le ciment intercellulaire indispensable à la construction d'un métazoaire est un ciment calcique, et un œuf qui se segmente en un milieu privé de calcium ne donne que des cellules indépendantes (Driesh). D'autre part c'est grâce aux phosphates que les monocellulaires utilisent l'énergie des glucides et des lipides.

Les phosphates, aussi bien que le calcium ont, en outre un rôle considérable chez les êtres organisés. Leur action s'étend à tous les métabolismes : ils se montrent indispensables dans la contraction musculaire, conditionnent le tonus nerveux, favorisent les actions diastasiques et participent aux mécanismes de défense.

Il est heureux que des substances aussi utiles soient très largement répandues. Le sol, les eaux naturelles, tous les êtres vivants en contiennent et en général les aliments et les boissons apportent à notre organisme le calcium et les phosphates en quantité suffisante. Malheureusement leur absorption se fait avec un rendement très mauvais. *Dans les conditions habituelles, environ [illegible] % du calcium et 35 % des phosphates ingérés ne traversent pas la paroi intestinale et sont rejetés dans les selles,* et de plus les facteurs qui peuvent encore diminuer ce rendement sont très nombreux. Pour suivre, dans le détail, l'absorption de ces substances minérales, nous considérerons successivement tous les cas que peuvent réaliser l'expérimentation ou la maladie. Comme normalement l'absorption du calcium est liée à celle des phosphates, nous allons tout d'abord étudier le mécanisme de leur absorption simultanée. Nous envisagerons ensuite leur comportement à l'état isolé.

PREMIER CAS. *Le calcium et les phosphates sont contenus dans l'alimentation en quantité suffisante.*

La solubilisation d'une substance est la condition primordiale et essentielle de son absorption. Pour que soient utilisés par notre organisme les composés phosphato-calciques organiques ou minéraux, il faudra qu'ils soient amenés à l'état dissous au contact de la paroi intestinale.

Lorsque les aliments pénètrent dans le milieu très acide de l'estomac (pH 2) ces composés vont subir des transformations qui ne laissent subsister presque rien de l'état initial. L'acide chlorhydrique du suc gastrique s'empare de tout le calcium des carbonates, des bicarbonates, des oxalates, des lactates, des acétates, des albuminates... et d'une partie du calcium des sulfates et des phosphates, pour donner du chlorure de calcium très soluble dans l'eau. Il n'existera plus après ce remaniement dans la cavité gastrique que des substances calciques et phosphatées particulièrement solubles : le chlorure de calcium d'une part, d'autre part du sulfate acide de calcium et du phosphate monocalcique. Les phosphates alcalins et les estéro-phosphates déjà solubles ne subiront que peu de modifications.

Une partie seulement des phosphates, engagés dans de grosses molécules (nucléines, lécithines...) ne pourrait à ce moment être absorbée. *On peut compter, si la paroi gastrique était absorbante que dès cette transformation, le calcium en totalité et 75 % des phosphates pourraient passer dans le torrent circulatoire.*

Mais cet état heureux est de courte durée : il suffit que les aliments passent dans le duodénum pour qu'il ne persiste plus rien de ces dispositions favorables. Au contact de la bile et du suc pancréatique, riches en carbonates alcalins, toutes ces substances vont subir une nouvelle transformation. Les carbonates alcalins neutralisent d'abord l'acide chlorhydrique en excès, puis transforment la presque totalité du chlorure de calcium en carbonate de calcium insoluble. Les phosphates monocalciques et mono-magnésiens passent en ce milieu alcalin à l'état bimétallique insoluble. Les phosphates alcalins resteront seuls solubles quoique passant aussi à l'état bimétallique.

Après cette nouvelle transformation, tout le calcium est insoluble et seulement 30 % des phosphates pourrait traverser la paroi digestive.

Cependant les sucs digestifs et les microbes attaquent le contenu intestinal, et provoquent la libération de composés chimiques susceptibles de modifier la solubilité des substances minérales.

Les acides gras donnent avec le calcium des savons calciques insolubles ; les bactéries de putréfaction libèrent de l'ammoniac par désamination et celui-ci augmente à la fois l'alcalinité du milieu et l'insolubilité des phosphates et du calcium.

A côté de ces actions défavorables, la digestion de la nucléine qui scinde celle-ci en acide nucléique et protéide, puis en polynucléotides et enfin en mononucléotide et celle de la lécithine qui libère les glycérophosphates, rendent assimilable une partie des phosphates ingérés.

D'autre part les microbes de la fermentation lactique donnent naissance à de l'acide lactique capable de solubiliser une petite quantité de calcium.

Mais ces faibles actions favorables ne peuvent que bien peu de chose à côté du grand nombre des agents contraires. Si un *facteur de solubilisation très actif* n'intervenait, le rendement de l'absorption serait si bas qu'une carence phosphato-calcique ne tarderait pas à se manifester.

Nature du facteur conditionnant l'absorption phosphato-calcique

Pawlow a mentionné le premier que la dérivation externe de la bile entraînait chez le chien un état de déminéralisation considérable, avec ramollissement du squelette et impossibilité de la station debout. La réimplantation du cholédoque sur le duodénum était suivie d'une guérison rapide avec restauration de la rigidité squelettique. La preuve était faite du *rôle considérable joué par la bile dans le métabolisme minéral.* Plus tard Looser a confirmé ces expériences et Seidel a montré que la bile jouait chez l'homme un rôle tout à fait analogue. Au cours d'une fistule biliaire établie chez une femme il vit s'installer une ostéopathie qui ne rétroceda que lors de la fermeture de la fistule. Bien d'autres observations sont venues depuis rapporter des faits semblables. Si l'accord est unanime quant au rôle important joué par l'excrétion hépatique, multiples sont les théories faites pour expliquer le mécanisme de son action.

Une fistule biliaire chez un homme adulte normal laisserait s'écouler à l'extérieur par vingt-quatre heures environ 0 gr. 15 de calcium et 0 gr. 19 de PO^4H^3. On peut supposer que cette déperdition supplémentaire qui s'ajoute à celle qui s'effectue par l'urine peut à la longue entraîner un état de déminéralisation considérable.

Cependant il faut remarquer que le calcium et les

phosphates qui s'écoulent avec la bile dans le duodénum sont aussi perdus pour l'organisme s'ils ne sont réabsorbés. Et d'ailleurs il existe toujours dans l intestin un grand excès de composés phosphato-calciques à partir duquel l'organisme pourrait facilement compenser ses pertes. En fin de compte nous voyons que *cette absorption déficiente est plus à considérer que la faible déperdition minérale*. Les théories échafaudées pour expliquer cette inutilisation des composés minéraux après détournement de la bile sont au nombre de quatre.

1° Théorie d'Agrifolio et Canavero. — L'absence de bile entraîne une mauvaise absorption des graisses, à la suite de laquelle se produit une autophagie, dont la conséquence naturelle est l'acidose et la déminéralisation.

On peut tout d'abord objecter à cette théorie qu'il n'est pas du tout prouvé actuellement que l'acidose entraîne la déminéralisation. Bien au contraire, ce sont les cyanoses locales mécaniques ou endocriniennes qui s'accompagnent d'une solubilisation du squelette (l'acide carbonique a une acidité capable de déplacer la troisième acidité de l'acide orthophosphorique).

2° Théorie de Cataliotti. — L'organisme privé des sels alcalins de la bile emploie le calcium pour la saponification des graisses ; ce calcium rendu insoluble serait perdu. Cette théorie est en contradiction avec la meilleure utilisation du calcium qui a été notée dans les régimes hypercalciques avec une alimentation hypergraisseuse.

Contre ces deux théories qui invoquent comme cause première de la déminéralisation une mauvaise utilisation des graisses il suffit de faire remarquer que la stéatorrhée pancréatique beaucoup plus importante que la stéatorrhée hépatique ne s'accompagne pas cependant de déminéralisation (Koll).

3° Théorie d'Oeshner et Klinke. — Les savons calciques qui seraient solubilisés à l'état normal par les acides biliaires ne pourraient l'être en l'absence de ceux-ci.

Il est évident qu'il peut se produire une réaction de double décomposition entre les savons calciques insolubles et les glycocholates et taurocholates de soude que contient abondamment la bile (80 gr. par litre). Cette réaction donnera des savons de soude solubles et des cholates de calcium insolubles (calculs biliaires). Ce mécanisme favorisera l'absorption des acides gras mais ne pourra en rien favoriser l'absorption du calcium.

4° Théorie de l'action solubilisante des phosphatases. La bile contient des phosphatases. Roberts est le premier auteur qui ait soupçonné l'élimination biliaire des phosphatases après avoir remarqué que dans l'ictère par rétention il y avait une augmentation très importante des phosphates du sang. Il est possible que la bile agisse non seulement en apportant la diastase mais encore en favorisant la sécrétion phosphatasique des glandes intestinales.

Ces phénomènes libèrent de l'acide orthophosphorique à partir des esters phosphates (glycérophosphates, hexosephosphates, phytine, nucléotides...). Cet acide orthophosphorique réagit d'abord sur les carbonates calciques donnant des phosphates bicalciques. Il réagit ensuite sur ces phosphates bicalciques pour donner des phosphates monocalciques très solubles.

A côté de ce mécanisme d'action, on peut invoquer la synthèse de glycérophosphates par les phosphates en un milieu riche en sels biliaires (Takata). Il doit s'établir entre ces deux réactions un état d'équilibre qui explique et l'absorption d'une partie du contenu phosphate calcique de l'intestin et le rejet dans les fèces d'une autre partie.

Les absorptions défectueuses avec un régime bien équilibré

Avec un régime phosphato-calcique suffisant, parfaitement équilibré, la bile se déversant normalement dans l'intestin, on pourra cependant rencontrer une absorption défectueuse.

a) La sécrétion phosphatasique est insuffisante (bile ou suc intestinal pauvre en phosphatases). Les phosphates sont libérés en petite quantité. Tous les carbonates de calcium ne sont pas attaqués, une faible partie des phosphates passera à l'état monocalcique. La plus grande partie du calcium et des phosphates reste insoluble et ne peut être absorbée.

Heyman a noté chez le rat rachitique une diminution des glycérophosphatases et des hexosophosphatases dans le segment supérieur de l'intestin.

b) L'acide phosphorique libéré en quantité suffisante est fixé sur un excès d'éléments alcalins. Ceci se rencontre dans les régimes végétariens, alcalinisants, riches en carbonates alcalins et dans les putréfactions intestinales qui libèrent des quantités d'ammoniac (colites, diarrhées).

Les régimes déchlorurés qui diminueront la sécrétion de HCl par l'estomac produiront indirectement de l'alcalinisation du milieu intestinal (Weissenbach et Lièvre).

L'acide phosphorique libéré sera neutralisé dès sa libération et ne pourra s'occuper à solubiliser les composés calciques. Le pH intestinal sera maintenu au dessus de 6 et les phosphates alcalino-terreux demeureront à l'état bimétallique insoluble.

c) L'acide phosphorique libéré est précipité sous forme de composés insolubles. Les sels magnésiens introduits en quantité dans l'alimentation permettent la précipitation dans un milieu ammoniacal de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les régimes phosphato-calciques déséquilibrés

Si dans un régime, il y a beaucoup de calcium pour peu de phosphates, les phosphatases douées d'une activité normale ne parviendront à libérer de l'acide orthophosphorique que pour donner des phosphates insolubles. Les sels qui se formeront contiendront en effet beaucoup de calcium pour peu de phosphates, ce seront des phosphates bi ou tricalciques insolubles. C'est par ce mécanisme que sont rachitigènes les régimes riches en calcium et pauvres en phosphates de Sherman et Pappenheimer, de Mac Collum, Simmonds, Shipley et Park, de Steenbock et Black et de Randoin et Lecoq (R. L.).

Cependant, même avec un régime ainsi déséquilibré, on pourra obtenir une absorption suffisante et correcte.

a) Si dans l'intestin parvient une quantité plus considérable de phosphatases, la libération de l'acide orthophosphorique sera d'autant plus rapide que les phosphatases seront plus abondantes. Très rapidement une quantité d'orthophosphates sera libérée qui pourra solubiliser un poids suffisant de calcium.

C'est par ce mécanisme que semblent intervenir la vitamine D, (huile de foie de morue, stérols irradiés) le soleil ou les ultra-violets. Les observations de Zucker et Matzner, qui avaient remarqué que la vitamine D acidifiait le milieu intestinal, mais qui n'avaient pas envisagé ce mécanisme d'acidification, sont en faveur de cette interprétation.

b) Si l'on institue un régime riche en graisse, une grande partie du calcium sera précipitée à l'état de savons calciques et le rapport calcium-phosphate étant redevenu normal, le calcium restant pourra être parfaitement absorbé. Schlesinger a constaté que les régimes riches en graisses augmentent l'absorption des phosphates.

c) Par introduction d'acides dans les aliments, on pourra aussi améliorer le rendement d'absorption dans un régime déséquilibré. On pourra obtenir ce résultat soit directement en faisant ingérer des acides (HCl, acide lactique, acide acétique), soit indirectement en aug-

mentant la sécrétion gastrique en acide chlorhydrique (NaCl histamine).

Les radicaux acides introduits se fixent sur les alcalins et sur l'excès de calcium ; les phosphatases, grâce à ce renfort, auront rapidement libéré assez de radicaux acides pour solubiliser les sels de calcium insolubles. Ce mécanisme de solubilisation est comparable à celui qu'emploie l'industrie pour transformer les phosphates insolubles du sol en phosphates solubles (superphosphates) assimilables par les végétaux.

. . . .

Dans ces régimes, c'est bien la carence d'acide orthophosphorique qui provoque la déminéralisation puisque l'adjonction d'orthophosphates enlève au régime son pouvoir rachitigène.

Après ce qui vient d'être exposé nous comprenons que les orthophosphates aient un pouvoir reminéralisant d'autant plus intense qu'ils ont plus de fonctions acides libres (Lecoq et Vilette).

DEUXIÈME CAS

Le régime est carencé en calcium ou en phosphates

On ne peut pas dire que tous les régimes rachitigènes, pauvres en phosphates et riches en calcium, soient carencés en phosphate. Beaucoup contiennent une quantité de phosphate suffisante pour l'organisme mais dans des conditions telles qu'elle ne peut être utilisée.

Ici, nous allons étudier, non des carences relatives, mais des *carences vraies*.

Carence calcique isolée

Que va-t-il se passer si les aliments contiennent une quantité suffisante de phosphates et pas du tout de calcium ? Dans le milieu intestinal les phosphates minéraux seront pour la plupart à l'état de phosphates alcalins solubles. Une faible partie se combinera au calcium apporté par les sucs digestifs, mais les phosphatases libéreront rapidement la quantité d'acide orthophosphorique nécessaire pour solubiliser cette petite quantité de phosphates calciques. Le gain calcique sera nul, l'intestin ayant uniquement réabsorbé le calcium fourni par l'organisme. La carence calcique restera isolée, *l'absorption des phosphates sera même augmentée* (Mac Collum et collaborateurs).

Un cas analogue est réalisé par certains régimes, dits rachitigènes, contenant de très faibles quantités de calcium et des quantités normales de phosphates. Le peu de calcium introduit dans l'alimentation sera absorbé avec un rendement de 100 %, ce qui n'empêchera pas l'apport calcique d'être insuffisant. C'est avec de tels régimes qu'on a pu obtenir un pigeon (Chossat, Edwards) ou une vache ostéomalacique et les pseudo-rachitismes des régimes pauvres en calcium de Wegner, de Veit, de Korsakoff ou de Korenchevsky.

Carence phosphatique isolée

Dans ce cas les sels calciques insolubles au niveau de l'intestin ne pourront être absorbés. Les phosphatases n'auront aucun substrat à dédoubler et de ce fait n'auront plus aucune utilité. Seules les fermentations lactiques pourront déterminer une faible solubilisation calcique qui sera négligeable.

La carence phosphatique ne reste pas isolée, elle entraîne l'inutilisation au niveau de l'intestin des composés calciques, le régime sans phosphate est donc aussi déficient qu'un régime ne contenant ni calcium ni phosphate.

. . . .

De ce que nous venons d'exposer, on peut conclure que le mécanisme de l'absorption des substances phosphatocalciques est à l'heure actuelle à peu près connu et les multiples travaux qui paraissaient tout d'abord se contredire, convergent pour nous indiquer comment fonctionnent les plus fins rouages de cette machine compliquée.

Dans notre prochain article, nous étudierons le mécanisme chimique de l'ostéosynthèse et de l'ostéolyse.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter pour la bibliographie :

M. Labbé et M. Fabrykant. — Le phosphore. Techniques chimiques. Physiologie, pathologie, thérapeutique. Masson, éditeur, Paris 1933. *Très importante bibliographie jusqu'en 1932.*

F. Rathery et M. Rudolf. — Les maladies de la nutrition en 1935 (Revue annuelle sur les substances minérales). *Paris Médical* juillet 1935, n° 27. *Bibliographie jusqu'en 1934.*

A. Valatx. — Rôle du calcium dans le sang. *Progrès Médical*, avril 1935, n° 14, p. 570-583. *Bibliographie jusqu'en 1934*, renvoi au *Progrès Médical* du 17 mars 1928 pour bibliographie complémentaire.

A. Laporte. — Le métabolisme du calcium. Ses variations dans les dystrophies osseuses. *Gazette médicale de France*, juin 1932, p. 259-262. *Bibliographie bien choisie.*

J. Quemère. — Des modifications de la calcémie observées chez l'homme après radiothérapie. *Thèse Médecine*, Lille 1930.

J. Reverdy. — Considérations sur le calcium dans l'organisme. *Thèse Médecine*, Montpellier, 1924.

Consulter en outre :

A. Aimes et J. Cayla. — Action de l'héliothérapie sur l'activité phosphatasique du sérum. *C. R. Acad. Méd.*, 1935 (à paraître).

M. Agrifolio et M. Canavero. — Réserve alcaline calcium et graisses après dérivation complète de la bile. *Archivio. Italiano de chirurgia*, août 1934, 37, 594-619.

E. Koll. — Troubles chroniques de l'intestin et affection des os. *Archiv. für. Klinishe. Medizin.* 1931, 170-584-608.

Lecoq et Vilette. — *C. R. Soc. Biol.* mars 1933, décembre 1933. — Le rôle de P^2O dans l'activité antirachitique des métapyro et orthophosphates de sodium. Action antifixatrice du calcium de quelques carbonates, mise en évidence expérimentalement sur le rat blanc. Influence du métal sur l'activité antirachitique des orthophosphates.

R.-J. Weissembach et J.-A. Lièvre. — Deux cas d'ostéopathies de carence consécutives à des régimes alimentaires restrictifs prescrits pour hypertension artérielle. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, juillet 1935.

Le médecin moderne est pressé. « Je le suis, je veux l'être » pourrait-il s'écrier comme à la tragédie ; il veut l'être surtout s'il ne l'est pas. « Passer une heure dans une maison ? deviser à la bonne flanquette ? pour que ces gens-là aillent clabauder partout que je n'ai rien à faire ? » Et il est si bien entré dans la peau de son personnage hors d'haleine que cela a été une complète métamorphose, *intus et extra*.

« Le médecin moderne saute de sa voiture et déjà il s'étonne et parfois s'irrite que la porte de la maison ne soit pas large ouverte. Il boutonne son veston, commence à enlever un gant et, dès en passant le seuil, tire sa montre et fait mine de s'éponger le front. Les gens s'effacent devant cet homme qui, si manifestement, n'a pas le temps et cherche le chemin par où s'engouffrer vers le client. Celui-ci le voyant surgir a ramené peureusement ses couvertures jusqu'au menton ; mais déjà, il est jaugé, palpé, ausculté, retourné, chatouillé sous les plantes, étranglé par une cuiller. A peine a-t-il eu le temps de considérer le personnage qui, assis sur son lit, griffonne à la diable que déjà la porte s'est refermée ; un bruit de moteur, le docteur est loin. Et les familiers, rentrant dans la chambre, cherchent invinciblement du regard si la tornade n'a pas, sur son passage, fracassé la pendule ou mis en loques les rideaux.

« Tout est bien ainsi, car telle est la loi du jour : il faut travailler vite, et l'on court du meme train qu'il s'agisse de fabriquer une auto, un roman ou une ordonnance ».

(G. Lavalée. — La place de la médecine dans le monde moderne. *Le Concours Médical*, 26 août 1935.)

Pneumopéritoine post-opératoire

Par M. F. BERTRAND

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse

Il est toujours utile, dit Moulonguet, d'être préparé par ses lectures aux surprises opératoires qui mettent brusquement en présence d'un problème inattendu et de solution difficile. L'opérateur, à l'abri d'un « humiliant étonnement », choisit alors naturellement la bonne voie et fait les gestes logiques immédiatement nécessaires.

Nous avouons tout de suite avoir été surpris par un fait que nous connaissions mal et, malgré la guérison de notre malade, nous avons à nous demander si les indications thérapeutiques ont été irréprochables. C'est là, pensons-nous, l'intérêt principal de l'observation que nous nous permettons tout d'abord de résumer :

Mme X..., 37 ans, subit, sous anesthésie à l'éther, une hystérectomie subtotale pour annexite bilatérale bien refroidie. L'intervention est simple : nous notons simplement un estomac anormalement volumineux, dont nous ne pouvons, à cause de l'incision sous-ombilicale, faire une exploration systématique. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage ; au moment de la suture musculo-aponévrotique une branche de l'épigastrique est blessée par l'aiguille, mais le suintement sanguin s'arrête dès que le catgut est serré.

Suites opératoires normales pendant deux jours.

Cependant, au bout de quarante-huit heures, la malade n'a pas encore évacué de gaz par l'anus. Malgré la mise en place d'une sonde rectale, le ventre commence à se ballonner ; le troisième jour, la malade a du hoquet ; le quatrième, elle a plusieurs vomissements noirâtres. Le tableau n'est cependant pas franchement péritonéal et nous pensons d'abord à une dilatation post-opératoire de l'estomac ; mais plusieurs lavages ne donnent pas l'amélioration recherchée. La sonde rectale évacue chaque jour une certaine quantité de matières diarrhéiques presque liquides, mais, malgré la diète absolue et le sérum salé, le ballonnement augmente toujours et les vomissements persistent.

Le huitième jour, la distension est telle qu'elle crée une gène mécanique de la respiration ; les signes sont ceux de l'occlusion complète et nous décidons de faire, sous anesthésie locale, un anus iliaque droit.

Le péritoine pariétal épaissi est ouvert prudemment, lorsque soudain un sifflement caractéristique annonce l'évacuation d'un important épanchement de gaz absolument inodore ; nous pensons avoir ouvert accidentellement une anse intestinale adhérente, mais un examen soigneux montre qu'il n'en est rien : seule la cavité péritonéale est ouverte et laisse échapper ce gaz, qui ne s'accompagne pas du moindre épanchement liquidien.

L'affaissement complet de l'abdomen se produit en quelques instants sous nos yeux, tandis que la malade se sent très soulagée. Devant ce résultat, nous refermons partiellement l'incision iliaque en laissant simplement deux drains, qui seront enlevés cinq jours plus tard.

A la suite de cette petite intervention, l'état général et local de la malade s'améliore sensiblement : le ballonnement, en particulier ne se reproduit plus. Cependant, nous avons bien l'impression que tout n'est pas fini. Un état fébrile s'installe progressivement et le pouls donne des inquiétudes. Au quinzième jour, l'état de la malade est toujours sérieux, quand brusquement survient un incident angoissant pour l'entourage, mais que nous considérons comme heureux : un volumineux hématome s'évacue, en effet, spontanément par une déhiscence de la cicatrice juxta-ombilicale. A partir de ce moment, l'amélioration va se poursuivre d'une façon plus nette. La convalescence est encore cependant émaillée d'incidents divers : abcès de la face externe de la cuisse, accidents sériques, spléno-pneumonie enfin, qui mettra deux mois à guérir. A noter également que la reprise, cependant très prudente de l'alimentation, a donné lieu à des poussées thermiques accompagnées de petits signes péritonéaux (hoquet, faiblesse et accélération du pouls). En définitive, guérison complète au troisième mois.

En résumé, pneumopéritoine vrai, c'est-à-dire sans épanchement liquidien avec distension gazeuse très accusée simulant une occlusion complète et grave.

Faisons remarquer tout de suite qu'il existe toujours un pneumopéritoine discret après toute laparotomie, la suture enfermant dans le ventre une certaine quantité d'air. Mais ce petit pneumopéritoine qui est opératoire et non post-opératoire ne crée pas d'incident et n'a pas d'histoire clinique. Nous le laisserons tout de suite de côté, non sans avoir fait remarquer qu'il serait peut-être intéressant de suivre son évolution par des radiographies successives et de voir s'il se résorbe rapidement comme il est classique de le dire.

La distension gazeuse post-opératoire du péritoine présente un beaucoup plus grand intérêt au point de vue du diagnostic de son interprétation pathogénique et des indications thérapeutiques.

1) Tout d'abord le diagnostic

Lauwers (Soc. Chir., 27 janvier 1932, p. 161) le croit cliniquement possible et même facile ; la résonance métallique constituerait pour lui un signe de grande valeur : « lorsqu'on ausculte, dit-il, après avoir placé une pièce de monnaie sur l'abdomen, on constate que chaque coup porté avec un crayon sur la pièce donne l'impression d'un bruit de cloche prolongé ». Plusieurs auteurs, Jean Quenu en particulier (Soc. de Chir., 29 nov. 1933, p. 1162) ne partagent pas cette opinion et ne croient pas le diagnostic clinique aussi facile. « Je crois, dit J. Quenu, qu'en présence d'un ballonnement abdominal considérable, on n'a pas souvent l'idée que le gaz puisse être ailleurs que dans l'intestin ou à la rigueur dans l'estomac et que si même l'idée nous en vient, il est bien difficile de l'étayer sur un signe clinique solide. Je ne parle pas de la sonorité préhépatique. Quant à la résonance métallique donnée par M. Lauwers comme un signe différentiel de premier ordre, je reste un peu sceptique sur son infaillibilité. Ma conviction est que, seul, l'examen radiologique peut avec certitude indiquer que le gaz est dans le péritoine. »

Nous ne pouvons que souscrire à ces conclusions scrupuleusement énoncées. Le diagnostic *clinique* ne peut être formel. Proust (Soc. Nation. Chir., 27 janv. 1932, page 169) a commis la même erreur que nous. Seul, Schitzler aurait fait une fois le diagnostic sur un malade chez lequel le pneumo-péritoine avait récidivé (F. d'Allaines, Soc. chir., 12 juillet 1933, page 1116).

L'image radiographique est, en réalité, seule caractéristique : le croissant clair sous-diaphragmatique, bien étudié par Mondor, appartient en propre au pneumopéritoine et permet d'éliminer l'occlusion intestinale. Cette notion nous a permis un diagnostic ferme dans un nouveau cas tout récent que nous nous proposons de publier ultérieurement.

2) L'interprétation pathogénique

Quel est le mécanisme de ce pneumopéritoine ? Il faut bien le dire, malgré le nombre assez élevé des observations connues (J. Quenu en colligeait quarante-quatre dans son rapport du 29 novembre 1933 à la Société de chirurgie) le problème ne paraît pas entièrement résolu. Il est entendu que nous laissons de côté les péritonites putrides, avec fermentations gazeuses il ne s'agit pas ici de pneumopéritoine vrai.

Comment interpréter ce dernier ?

a) Lauwers nous en donne pour certains cas une explication vraisemblable, admise par d'Allaines (*loco citato*) : un drain et surtout l'orifice pariétal persistant après l'ablation d'un drain pourrait prendre la disposition d'une communication : clapet permettant l'aspiration de l'air atmosphérique. Il suffit, comme l'a fait d'Allaines, de remettre le drain en place pour faire cesser immédiatement tous les accidents (Soc. Nat. de Chir., 30 mai 1931, p. 799).

b) Quelle explication donner pour les cas beaucoup plus nombreux où le drain ne peut être incriminé ? Bien que le gaz soit inodore (ce fait est signalé dans toutes les observations) il faut bien admettre qu'il vient du tube digestif puisqu'il n'y a pas d'autre origine possible.

C'est l'opinion généralement adoptée. Quel en est le mécanisme ? Pour expliquer la distension gazeuse et l'absence d'épanchement liquidien on est tout naturellement porté à

admettre l'existence d'une petite perforation à clapet. Le fait a été vérifié, par Mondor en particulier (Soc. de Chir., 16 mai 1934, p. 700) qui a trouvé une perforation haute de l'estomac. Nous savons bien maintenant que le pneumopéritoine est un des signes les plus précoces et les plus fidèles de la perforation des ulcères gastro-duodénaux. Mondor y a bien insisté dans son livre des diagnostics urgents de l'abdomen.

En présence d'un pneumopéritoine spontané, c'est donc à ce diagnostic qu'il faut tout d'abord songer.

Mais il semble bien que le gaz puisse venir d'un point quelconque du tractus intestinal, surtout quand il s'agit d'un pneumopéritoine post-opératoire. L'observation de Séjournet (Soc. Nation. de Chirurgie, 12 juillet 1933, page 1111) est typique à cet égard. Au cours d'une intervention pour annexite droite avec appendicite adhérente, Séjournet constate des érosions superficielles de la séreuse intestinale. Au cinquième jour, pneumopéritoine évacué par incision iliaque droite où sont laissés une mèche et un drain. Dans les jours suivants cette plaie donne issue à quelques gaz et à une très petite quantité de matières stercorales.

Une question très importante se pose tout de suite. La perforation gastro-intestinale est-elle absolument nécessaire pour donner lieu à un épanchement gazeux intrapéritonéal. Ne peut-il y avoir dans certains cas diffusion gazeuse transpariétale à travers une paroi intestinale altérée ? Séjournet le pense, car, réintervenant dans son cas par voie médiane, il n'a pas constaté la moindre perforation. Son observation n'est pas isolée : dans le cas de Monod et Holiander, l'exploration du ventre ne montra rien d'anormal et le malade guérit par simple laparotomie. Moulonguet (Soc. Nat. de Chir., 30 mai 1934, p. 801) soupçonnait chez un malade une perforation d'ulcère duodénal mais cette perforation resta introuvable. La majorité des auteurs cependant pensent que le pneumopéritoine doit toujours être considéré comme symptomatique d'une perforation. Okinczyc en particulier (Soc. Nat. de Chir., 16 mai 1934, p. 700) est formel à ce sujet. F. d'Allaines (Soc. Nat. de Chir., 12 juillet 1933, p. 1145) n'admet la possibilité d'une migration gazeuse transpariétale que dans les cas de pneumatose kystique de l'abdomen. Liébling enfin (*Médizin. Klinik*, t. XXVII 1931, p. 233) conclut en disant que dans tous les cas où le chirurgien n'a pas vu la perforation, l'étude de l'observation clinique montrait qu'elle était possible. Si cette dernière opinion est la plus probable, il nous paraît cependant difficile d'affirmer une pathogénie univoque et certaine.

3) Que faire au point de vue thérapeutique

Sur ce terrain il est possible, croyons-nous, d'évoluer avec plus d'aisance.

En dehors des cas où le drain peut être en cause, il nous suffit de savoir que le pneumopéritoine est le plus souvent lié à une perforation gastro-intestinale pour dire que le diagnostic positif doit entraîner immédiatement l'indication d'une laparotomie médiane d'investigation ou de contrôle. Nous n'ignorons certes pas que de nombreux opérateurs n'ont rien trouvé et ont guéri cependant leurs malades par un simple drainage, comme dans notre cas personnel et celui de Proust (Soc. Nat. de Chir., 27 janvier 1932, p. 169). Mais nous n'oublierons pas personnellement les inquiétudes que nous a données notre malade. Il serait dangereux de conclure de la guérison des cas heureux que le pneumopéritoine est un accident bénin relevant d'un traitement symptomatique. Les cas malheureux ne sont certainement pas publiés. Le pneumopéritoine est, en réalité, un symptôme d'alarme qui doit faire immédiatement rechercher la perforation possible. Nous savons que cette recherche est difficile, irritante, dit Moulonguet, parce que parfois infructueuse ; c'est cette considération qui, en définitive, nous fait envisager actuellement le pneumopéritoine post-opératoire comme un accident très sérieux.

BIBLIOGRAPHIE

Pneumopéritoine post-opératoire

P. Brocq et P. Porcher. — Le pneumopéritoine post-opératoire. (*Archiv. d. mal. de l'app. digestif* 22, 414-416, avril 1932.)

F.-J. Lewis. — Pneumopéritoneum following laparotomy. (*Canada M. A. J.* 28, 18-23 janvier 1933.)

P. Séjournet. — Pneumopéritoine post-opératoire. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 22 juillet 1933.)

E. Urech. — Le pneumopéritoine complication de la prostatectomie. (*J. d'Urol.* 25, 243-245, mars 1928.)

Pneumopéritoine spontané

Alexander J.-H. — The significance of pneumoperitoneum, with report of two cases in which this symptom predominated. (*Atlantic Med. J. Harrisburg, M. J.*, 1924-1925, XXVIII, p. 518-520.)

Amrein O. — Ueber einen Fall von Pneumoperitoneum entstanden bei dem Versuch der Anlegung eines kunstlichen Pneumothorax (*Beitrage z. Klin. d. Tuberk.* Berlin, 1924, LVIII, p. 131-133.)

L. Ayerza, R. Espinola, C.-M. Squirru. — Neumoperitoneo espontaneo porfisuracion de una ulcera del duodeno ? (*Semana Med.* 2, 1567, 1569, 15 décembre 1927.)

Boine (J.), Van Heurck (R.). — Le pneumopéritoine en radio-diagnostic. (*Scalpel*, Bruxelles, 1923, LXXVI, p. 918-921.)

R. Boller, R. Pape. — Zur Diagnose abdomineller Zystem mit Hilfe des Pneumoperitoneums. (*Wien. Arch. f. Inn. Med.* 22, 161-176, 1922.)

Chaton. — Importance pratique dans les syndromes péritonéaux aigus de l'air intra-abdominal sous pression, signe de perforation gâstro-duodénale. (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1923, XLIX, p. 3-9.)

Chevereau. — Pneumopéritoine par ulcère perforé de l'estomac. (Soc. des Chir. de Paris, 16 mars 1934, p. 242.)

Copher (G.-H.). — Démonstration of spontaneous pneumoperitoneum ; by the Rœntgen ray, and aid in the diagnosis of acute perforating peptic ulcer. (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1924, LXXXII, 781-783.)

Darm (H.-A.). — Spontanes Pneumoperitoneum bei Perforation eines Ulcus ventriculi an der grossen Curvatur. (*Med. Klin.*, Berlin, 1922, XVIII, p. 562.)

R.-E. Donovan. — Neumoperitoneo espontanes por perforación de una ulcera duodenal. (*Arch. Argent. de enfermedad. d. ap. digest. y de la nutricion*, 7 ; 329-342, fév.-mars 1932.)

Duroselle. — Soc. Nat. de Chir., 16 mai 1934, p. 698.

Fritz (O.). — Pneumoperitoneum, nach Laparatomien. (*Fortscheift a. d. Geb. d. Rontgenstrahlen*, Hambourg, 1922, XXIX, p. 589-591, 1 pl.)

H. Fullsack. — Spontaneous pneumoperitoneum in the typhoïde fever. case. (*Röntgenpraxis*, 2, 230-332, 1er avril 1930.)

Gaertner (G.). — Ein Todesfall nach Pneumoperitoneum. (Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 1921, LVIII, p. 1467.)

J. Giraud. — Pneumopéritoine spontané pour perforation d'un ulcus gastrique probable. (*Bulletins et Mémoires de la Société des chirurgiens de Marseille*, séance du 1er juin 1931.)

Grashey. — Ueber Spontanpneumothorax und Spontanpneumoperitonéum. (*Fortschrift. a. d. Geb. d. Rontgenstrahlen*, Hambourg, 1924, XXXII, Kong, Helft, 40-42.)

Herrick (W. W.). — A study of pneumoperitoneum with a means for its diagnosis. (*Archives Int. Med.*, Chicago, 1910, V, p. 246-251.)

Kellogg (W.-A.). — Spontaneous pneumoperitoneum démonstrated by the X.ray in acute gastro-intestinal perforation. (*New-York*, M.J., 1921, CXIV, 294.)

H. Kirchhoff. — Spontan pneumoperitoneum und fötale Peritonitis. (*Röntgentpraxis*, Hft., 6, 4-233-237, mars 1932.)

B. Kriss. — Spannungs pneumoperitoneum bei Dysenterie. (*Med. Klin*, 28, 46-48, 8 janvier 1932.)

E. Lauwers. — Notes sur un cas de pneumopéritoine spontané. (*Bull. et Mém. de la Société Nat. de chirurgie*, 58, 165-170, 6 février 1932.)

Mac (Charles-M.-R.). — Spontaneous pneumoperitoneum. (*Cana M. Ass. J. Toronto*, 1925, XV, p. 923-945.)

Malcolm (J.-D.). — Case of pneumopéritoneum, probaby induced by the Bacillus aerogenes capsulatus ; release of the gas ; recovery. (*Proc. Roy. Soc. Med. London*, 1915, 16-IX, *Obstet. et Gynec.*, etc., 85-88.)

Malcolm (J.-D.). — Two cases of pneumoperitoneum caused by gas bacillus and successfully treated by operation. (*Clin. J. London*, 1916, XLV, p. 437-441).

Malcolm (J.-D.). — Pneumoperitoneum of three days' duration following resection of a carcinomatous rectum, evacuation of the gas, and of a pelvic abscess recorvery, no recurrence after five years, (*Lancet*, London, 1915, I, 64-66.)

Mitchell (H.-D.). — Pneumoperitoneum. (*Hahneman Month. Philadelphie*, 1925, LX, p. 671-674.)

Pinos (A.). — Pneumoperitoneo. (*Rev. Med. de Barcelona*, 1924, 2 s. I p. 251-270.)

J. Quénu. — Rapport Soc. Nat. de chir., 29 novembre 1933, p. 1[illegible]

RABINOWITZ (B.). — Zur Frage der Fehldiagnosen beim Pneumoperitoneum. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Leipzig et Berlin. 1924, 2, 1753.)

A.-A. RAIMONDI, A. SANGIOVANNI, L.-L. BOFFI — Neuroperitoneo como complicacion del neumothorax terapeutico. (*Rev. Soc. de Med. Intern. J. Soc. de Tisiol.*, 7, 535-552, août, septembre 1931.)

ROSENBLATT (J.). — Pneumoperitoneum Roentgenological findings and a few observations on intra-abdominal pressure. (*New-York. M. J.*, 1919. CX : b. 501-503. Also reprint.)

A.-M. RIBLA. — Spontaneous pneumoperitoneum in perforation of gastro-intestinal canal. (*Vestnik roentgen i radiol.*, 7. 127-134, 1929.)

SIMON (T.). — Ueber einige Beobachtungen am stereokopisch aufgenommenen Pneumoperitoneum. (*Zeitscheift f. d. ges. Anat. i. Abt. Munchen et Berlin*. 1924-1925, LXXV, p. 474-487.)

VIDLICKA (J.). — Relations of the pneumoperitoneum to the motility of the gastro-intestinal tract. (*Bratsil Lekar. listy Praha*. 1922-1923, II. 166-169).

C.-H. WARFIELD. — Spontaneous pneumoperitoneum in ruptured peptic ulcer. (*Radiology*, 14. 591-593, juin 1930.)

WILENSKY (A.-O.). — Pneumoperitoneum. (*Progrès Médical*. Philadelphie, 1921. II. p. 65-67.)

Influence de la viscosité du sang sur l'action hypotensive de l'yohimbine

H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC

L'yohimbine compte parmi les substances dont l'action hypotensive est la plus accentuée et la plus constante. Il est, cependant, des influences qui peuvent amoindrir et même supprimer cet effet hypotenseur ; parmi elles, nous signalerons aujourd'hui l'augmentation de la viscosité du sang.

I. *Technique*. — Nos expériences ont été faites sur des chiens chloralosés, dont nous inscrivions la pression artérielle, et, dans certains cas, les contractions du cœur *in situ*.

Nous avons réalisé l'augmentation de la viscosité sanguine par des injections de gomme ou de gélatine. Nous rappelons ici que, pour la gomme, l'injection intraveineuse produit un état de choc avec hypotension prolongée, mais qu'on peut éviter cet inconvénient en injectant tout d'abord une dose très faible et inoffensive (0,1 mgr. par kgr.) ; après cette injection immunisante, il est possible d'administrer la gomme à toute dose, sans provoquer de réaction (1). Dans le cas de nos expériences actuelles, nous avons donc injecté en premier lieu 0,1 mgr. par kgr. et, 5 minutes après, 0,50 par kgr.

Si l'on emploie la gélatine pour augmenter la viscosité du sang, on utilise la même technique et les mêmes doses. Enfin, l'essai de l'yohimbine est fait 10 minutes après l'injection de la solution colloïdale.

II. *Action de la viscosité sanguine sur l'effet hypotenseur de l'yohimbine*. — Une dose intraveineuse d'yohimbine de 0,0005 par kgr. provoque, chez un chien ordinaire, une hypotension artérielle très accentuée comme grandeur et comme durée ; chez le chien à sang très visqueux, cette dose est inefficace. On peut même atteindre, chez certains animaux, 0,001 et quelquefois 0,002 sans faire baisser la pression. Les résultats sont beaucoup plus nets chez les animaux préparés avec la gomme que chez les animaux avec la gélatine ; avec cette dernière substance, l'yohimbine a son action considérablement amoindrie, mais elle n'est pas complètement supprimée, à quelque dose que la gélatine ait été employée.

Il convient de noter ici que les doses d'yohimbine utilisées ci-dessus n'ont pas d'action dépressive cardiaque. Mais, si on augmente considérablement la dose d'alcaloïde, on produit un affaiblissement des contractions ventriculaires ; dans ce dernier cas, la gomme n'empêche plus la chute de la pression artérielle.

(1) H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. 100, p. 642.

III. *Dissociation de l'effet hypotenseur et de l'effet sympatholytique*. — L'inactivité ou l'amoindrissement d'activité des doses moyennes d'yohimbine sur la pression, après injection de gomme ou de gélatine, pouvait faire supposer que l'alcaloïde n'avait pas exercé son action sympatholytique. Cette supposition est inexacte ; en effet, chez le chien traité par la gomme et dont l'yohimbine n'a pas modifié la pression, l'adrénaline ne produit plus d'hypertension artérielle et il en est de même du principe sympathomimétique dont nous avons signalé l'existence dans le genêt (1). Ces deux dernières substances peuvent même avoir leur action inversée. Donc, après administration de gomme ou de gélatine, l'yohimbine perd son effet hypotenseur, tout en conservant son action sympatholytique.

IV. *Essai d'interprétation*. — On peut se demander quels sont les facteurs qui, dans les conditions de nos expériences, empêchent l'yohimbine de provoquer la baisse de la pression artérielle. Plusieurs explications sont plausibles.

On sait que la rapidité et la grandeur d'action pharmacodynamique de certaines substances médicamenteuses est moindre si elles sont dissoutes dans un milieu visqueux que si elles sont en solution dans l'eau distillée. Par exemple, les sels de potassium, dissous dans un mélange de gomme et d'eau et injectés dans les veines, sont beaucoup moins toxiques pour le cœur qu'en solution dans l'eau pure. Dans nos expériences, l'yohimbine agit en milieu fortement chargé de gomme et il est possible que cette substance colloïdale modère l'action vasculaire de l'alcaloïde, comme elle modère l'action cardiaque du potassium. Dans l'un et l'autre cas, la lenteur avec laquelle s'opère l'effet pharmacodynamique permet l'intervention de mécanismes compensateurs.

On peut également penser que la dilatation des vaisseaux qui suit, chez l'animal normal, l'injection d'yohimbine, se trouve gênée mécaniquement par le fait de la forte viscosité du sang. La paroi vasculaire doit entraîner dans son expansion un liquide très visqueux et on comprend aisément que cet entraînement soit plus difficile que dans les conditions normales.

V. *Expériences sur le lapin*. — Chez le lapin, contrairement à ce qui se produit chez le chien, l'hypotension par l'yohimbine n'est pas supprimée par l'injection préalable de gomme ou de gélatine. Cette différence entre les deux animaux tient probablement au fait que, chez le lapin, l'yohimbine possède, même à dose assez faible, une action dépressive sur le cœur. Ce fait est facile à constater sur l'organe isolé de cet animal. Par conséquent, chez le lapin, même si la gomme empêche l'yohimbine de produire la dilatation des vaisseaux, elle ne peut pas faire obstacle à la chute de la pression artérielle due à l'affaiblissement cardiaque.

* * *

On peut donc conclure, de cet ensemble de résultats, que l'yohimbine, aux doses où elle n'affaiblit pas le cœur, perd son action hypotensive, tout en conservant son action sympatholytique, quand la viscosité sanguine est exagérée.

Cette notion, en dehors de son intérêt pharmacodynamique est susceptible de présenter un intérêt médical ; il convient de se demander, en effet, si l'yohimbine, actuellement introduite dans la thérapeutique hypotensive, est efficace contre l'hypertension artérielle produite par un excès de viscosité du sang.

(1) H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1922, t. 87, p. 1116.

BIBLIOGRAPHIE

La diphtérie maligne, par R. POINSO. Un volume de 112 pages avec 12 figures (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*), 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette mise au point comprend :

L'étude étiologique et anatomie pathologique de la diphtérie maligne.

[illegible] plus tardives (syndrome secondaire et tardif).

[illegible] dans les diphtéries malignes à [illegible], dans les diphtéries malignes à évolution lente, dans les diphtéries malignes [illegible], dans les diphtéries malignes anormales.

[illegible] en les traitant séparément comment elles se présentent ; il [illegible] les manifestations vasculo-sanguines.

Ce livre se termine par un exposé du diagnostic et du pronostic de [illegible], ainsi que de son étude pathogénique, enfin par un chapitre [illegible].

Auguste (63 *av. J.-C.*, 14 *ap. J.-C.*), par Léon HOMO. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 8 gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est consacré à la personne et à l'œuvre d'Auguste, c'est-à-dire [illegible] des périodes les plus importantes et les plus décisives de l'histoire de l'humanité, en général, et de Rome, en particulier. Devant l'anarchie intégrale où avait fini par sombrer le régime républicain, [illegible] au point de vue moral, un redressement [illegible] de Rome et celui de la civilisation qu'elle [illegible] étaient à ce prix. Auguste a été dans tous les domaines l'homme de cette œuvre gigantesque. Buts, moyens, résultats [illegible] de retenir notre attention.

[illegible] tombera le deuxième millénaire de la naissance d'Auguste [illegible] s'apprête déjà à Rome, à célébrer la glorieuse [illegible].

[illegible] du jour !... dit le Professeur Homo dans sa [illegible] il le mérite entre tous. A défaut de la [illegible] l'avait eue pour lui, — toutes les qualités [illegible] citoyen et l'homme d'État — amour de l'ordre, [illegible] des valeurs sociales, sens profond de la [illegible] patriotisme, dédain de la formule creuse [illegible] immortel, — Auguste les a, et pleinement, possédées [illegible] personnel, pacificateur du monde antique, [illegible].

Plus heureux qu'Auguste — *Felicior Augusto* — [illegible]. Heureux, certes, Auguste l'a été, mais plus heureuse encore Rome, sa patrie, qui, acculée à l'abîme, a trouvé en lui l'homme nécessaire et le sauveur prédestiné. Il n'est pas de peuple qui, à quelque moment critique de son existence, rongé par l'anarchie intérieure et guetté par [illegible] du dehors, ne doive souhaiter faveur analogue. [illegible]

Cicéron (106-43 *av. J.-C.*), par Herbert EULENBERG. Traduction et avant-propos par Robert BOUVIER, docteur en philosophie. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 8 illustrations hors texte, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

On apprend au collège que Cicéron est un grand homme et le plus parfait écrivain latin. Mais il est rare qu'on remporte de ses années de classe un vif désir de le fréquenter encore. Pourquoi ? C'est un grand tort, avait déjà dit. M. Laurand, dont les livres montrent [illegible]

[illegible]

Quelques poésies de Fra Jacopone da Todi. Transcrites de l'Ombrien par le Docteur Pierre BARBET. Préface du Père Paul DONCOEUR. Un vol. in-12 de 117 pages. Prix : 15 francs. Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs, 76 *bis* et 78, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Les poésies de Fra Jacopone da Todi nous ont été révélées par l'étude qu'en fit Ozanam, dans son cours de 1848. Mais elles retombèrent rapidement dans l'oubli et c'est à peine si nous savons devoir au saint Franciscain du XIIIe cet émouvant *Stabat* qui chante dans toutes nos mémoires. En Italie, elles continuèrent à être étudiées, mais avec une incompréhension totale de leur beauté mystique. Il appartenait au mouvement de renaissance catholique, si vivant au delà comme en deçà des Alpes, d'en retrouver le vrai visage, sous l'impulsion de critiques éclairés comme Papini et Giuliotti. Tous rendent hommage à notre Ozanam, qui le premier a exprimé éloquemment la valeur ascétique de ces poésies populaires. Jacopone les a écrites en dialecte ombrien, pour les gens de sa province, alors que le toscan de Dante et de Boccace n'existait pas encore. Aussi le Docteur Barbet, vieil ami de l'Ombrie franciscaine qu'il fréquente depuis de longues années, a voulu non pas les traduire, mais les transcrire, les calquer, en un français parfois un peu archaïque mais toujours compréhensible ; il a voulu en conserver, comme Pératé l'a fait pour la *Divine Comédie*, la poésie, la musique et le rythme. Tous ceux qui sont séduits par la fraîche poésie née du franciscanisme, liront avec profit cette soixantaine de « Laudi » où le transcripteur s'est effacé le plus possible dans l'ombre de son auteur.

Joseph II. *l'Empereur révolutionnaire* (1741-1790), par le Professeur S.-K. PADOVER. Traduction de Maurice SOULIÉ. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec une carte, 21 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est la première biographie complète de l'empereur Joseph II de Habsbourg — fils et successeur de Marie-Thérèse — étudié à la lumière des fameuses Archives de Vienne récemment mises à jour. La plupart des problèmes qui se posent actuellement en Europe Centrale remontent au règne de Joseph II et, par là, cet ouvrage a un grand intérêt d'actualité.

Joseph II de Habsbourg-Lorraine, empereur d'Autriche et roi de Hongrie, fut au XVIIIe siècle le seul souverain d'Europe qui se consacra à la réforme sociale de ses Etats. Vingt ans avant la Révolution française française, sous l'influence des idées nouvelles qui commençaient à se répandre par les écrits des philosophes et les loges maçonniques, il entra en lutte, malgré sa mère l'impératrice Marie-Thérèse, malgré le chancelier Kaunitz, malgré son éducation et tout son passé, contre les privilèges des grands propriétaires terriens, des ordres religieux et de la bureaucratie. Malheureusement, avant d'être réformateur il était Habsbourg, c'est-à dire qu'il portait l'hérédité de plusieurs siècles de despotisme et d'impérialisme. Aussi son œuvre échoua-t-elle parce qu'il voulut faire le bien de ses peuples sans les connaître réellement, et souvent malgré eux, tout en les ruinant par des guerres malheureuses. Il mourut à quarante-neuf ans, épuisé par le travail et la maladie, aussi haï par le peuple qu'il avait libéré du servage et tenté d'éclairer et d'instruire, que par l'aristocratie qu'il avait humiliée, après avoir amoindri l'empire des Habsbourg.

Cependant, la lutte impitoyable de Joseph contre l'obscurantisme et la féodalité, écrit le Professeur Padover dans sa conclusion, doit mettre Joseph II au nombre des libérateurs de l'humanité. Malgré que son empire n'existe plus, qu'une demi-douzaine de nouveaux drapeaux flottent sur les pays qui ne connaissaient que l'aigle des Habsbourgs, et que les monarchies absolues ne soient plus à la mode, Joseph II sera considéré comme un des héros du progrès humain. Joseph a travaillé pour le peuple contre les privilèges. Que peut-on demander de plus à un libérateur ? »

Le Professeur Padover a traité son sujet avec un rare talent d'historien et de conteur. La physionomie de Joseph II est au centre d'une galerie de portraits aussi bien dessinés en surface qu'en profondeur. Ceux de Marie-Thérèse, du prince Kaunitz, de Catherine de Russie et de Frédéric le Grand se détachent sur un arrière-plan où figurent tous les personnages notoires de l'époque esquissés d'un trait de plume qui les fixe. Le portrait de la première femme de Joseph II, la touchante Isabelle de Parme, est un des meilleurs de cet ouvrage historique solide, et cependant passionnant comme un roman.

L'homme de Phalère, par Claude AVELINE. Un volume in-16 jésus de 224 pages, 12 francs. Editions Emile-Paul Frères, 14 rue de l'Abbaye, Paris (VIe).

L'auteur de *Madame Maillart* a débuté dans la carrière littéraire par de courtes œuvres, contes et apologues sur notre temps, qui ne sont point passés inaperçus. Ainsi, la première de toutes, *Lorsque Candide fut parti*, a fait l'objet de deux plaquettes depuis longtemps épuisées et figure dans plusieurs anthologies étrangères ; le dialogue de *Molène* (dont Steinlen a immortalisé les traits après Crainquebille) a paru en édition ordinaire, puis de luxe, en traductions diverses et s'est trouvé fréquemment diffusé par T. S. F. Citons encore *D'un porc-fer inconnu*, *L'eau ruisselle de toutes parts* (où apparaissent déjà quelques personnages de *La vie de Philippe Denis*), etc.

Le présent volume qui les réunit toutes, est le contraire d'un récueil factice car, sous la fiction, les mêmes préoccupations, la même foi se révèlent. L'auteur le dit dans sa préface : « Aujourd'hui que tout homme sincère tient à prendre position et à se montrer hors des tours d'ivoire, il m'est agréable de faire la preuve que je ne m'y suis jamais enfermé ».

La bibliothèque de Versailles et le musée de Lambinet, par M. R. PICHARD DU PAGE. Un vol. de la collection *Memoranda*. Prix : 5 francs. Librairie Laurens, 6, rue de Tournon, Paris.

Précieux petit volume, comme d'ailleurs tous ceux de la collection, sur une bibliothèque et un musée particulièrement riches.

THÉRAPEUTIQUE

Note thérapeutique sur les Folliculines [1]

En ce qui concerne l'activité thérapeutique des diverses préparations d'hormone folliculaire, j'ai déjà signalé, l'an passé, en me servant d'un travail de Zondeck, que l'emploi de l'hormone absolument pure, par voie interne, n'offre aucun avantage sur l'administration de préparations qui n'ont pas été purifiées au même degré.

Au contraire, on a même démontré que les préparations d'hormone moins purifiées, sont cliniquement, plus actives. Par exemple, tandis qu'il était nécessaire de donner une quantité d'hormone cristallisée correspondant à 50 unités-rat, pour provoquer les signes du rut, chez 50 % des animaux d'expérience, il n'était nécessaire de donner qu'une quantité correspondant à 6 unités-rat, d'une préparation qui contenait seulement 0,2 millions unités-rat, pour 1 gramme au lieu des 8 millions que contient la préparation cristallisée.

(1) Extrait des *Annales* de Merck, année 1932, p. 291.

FAITS CLINIQUES

Lysats vaccins neurotropes dans les psychoses fébriles

Par **Henri DAMAYE**, Médecin des Asiles

A notre avis, et ceci est basé sur une longue expérience de pratique personnelle, le traitement, pour l'heure actuelle, le plus efficace des psychoses aiguës fébriles consiste dans les injections à hautes doses d'électrargol (30 c. c. intraveineux) ou d'hexaméthylène tétramine. A hautes doses quel que soit le produit : c'est là une condition essentielle. Les petites doses ne donnent pas de résultat avantageux. La plupart des cas de délire aigu ou de délirium tremens sont efficacement combattus par cette thérapeutique, si les dégénérations viscérales du malade n'ont pas atteint une phase trop avancée. Nous avons renoncé à l'abcès de fixation. L'adjonction d'un vaccin polyvalent, tel le Minet, est très utile dans les cas particulièrement graves. Nous ne connaissons pas encore les agents microbiens des psycho encéphalites. La bactériologie des formes filtrantes fera faire à la psychiatrie un de ses plus énormes progrès.

Dans le présent article, nous désirerions attirer l'attention de nos confrères sur le cas suivant d'une jeune fille de 18 ans atteinte d'un délire aigu très grave. Du 10 juin 1935 au 20 juillet, les hautes doses d'électrargol et d'hexamétylène tétramine avec adjonction de vaccin polyvalent n'abaissèrent la température, qui dépassait 39°5, que d'une façon temporaire. La température montait parfois à 40°8, avec sécheresse de la langue. Etat infectieux très alarmant, dont nous désespérions. Nous eûmes alors recours à l'emploi d'un lysat vaccin neurotrope (staphylocoque et prodigiosus). Ceci nous donna chute complète et définitive de la température, disparition de l'état infectieux, en l'espace d'une dizaine de jours ; les injections de lysat étaient quotidiennes. Vers le 10 août, la malade était bien guérie.

Nous signalons ce cas et cette méthode thérapeutique, parce que le traitement en question n'a encore jamais été essayé dans les psychoses fébriles. Nous estimons utile de faire connaître notre observation. D'ailleurs, la psychiatrie n'est qu'une application de la médecine générale aux causes qui font naître les syndromes psychopathologiques. La psychiatrie n'est spécialité qu'au point de vue sociologique et professionnel. Scientifiquement et médicalement, elle est de la pure médecine générale.

Les lysats vaccins neurotropes semblent bien immuniser vis-à-vis d'autres agents pathogènes que ceux ayant fourni leur composition. Ils ne paraissent pas avoir de spécificité. C'est là un avantage dans les psychoses fébriles, puisque les agents microbiens des psycho-encéphalites ne sont pas encore [illegible]

Exercice illégal de la dermatologie. — Au neuvième *Congrès international de Dermatologie*, A. DESAUX, — après avoir montré l'importance des délibérations et des décisions de la Commission et du Congrès, concernant les problèmes professionnels, — a étudié, en se plaçant sur le plan international, l'exercice de la médecine dermatologique par les non-médecins, la commercialisation de la médecine dermatologique, la publicité et la réclame, l'avenir de la pratique dermatologique.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Du rôle de l'odonto-stomatologiste dans la syphilis

Par **A. WILCKEN** (de Paris)

L'odonto-stomatologiste a dans le traitement de la syphilis, un rôle très important, 75 % des accidents primaires extra-génitaux ayant la bouche pour siège.

Le dentiste doit donc être le collaborateur du syphiligraphe. Il lui est souvent possible de dépister une syphilis et de diriger le malade chez le médecin traitant. Son rôle est encore de traiter les complications bucco-dentaires dues aux traitements antisyphilitiques.

Les accidents syphilitiques bucco-dentaires doivent donc être connus du dentiste. 1° Les accidents primaires présentent un diagnostic facile. Il suffit de se rappeler que le chancre syphilitique est une ulcération dont la base est indurée, qu'il est indolore et qu'il donne une adénite sous-angulo-maxillaire indolore également.

2° L'accident buccal secondaire est la plaque muqueuse. Ici le diagnostic est un peu plus délicat. La plaque muqueuse pourrait être confondue avec une ulcération d'origine traumatique, ou avec un aphte ou une ulcération herpétique. Les érosions traumatiques sont directement en rapport avec une racine ou une dent cariée à bord coupant, ou encore avec un appareil prothétique à bord coupant également. L'herpès est à contour micro-poly-cyclique. L'hydroa est la lésion dont l'aspect se rapproche le plus de la plaque muqueuse, mais est précédé de bulles.

La plaque muqueuse a une forme ronde ou elliptique et est opalescente.

3° Les accidents tertiaires sont fréquents à la voûte palatine et au voile du palais. Ce sont les gommes sous-muqueuses. Elles sont graves en ce sens qu'elles occasionnent des perforations. Ces lésions ne produisent jamais d'accidents ganglionnaires.

4° Les accidents de l'hérédo-syphilis intéressant la bouche sont les fissures labiales laissant des cicatrices indélébiles et qui gênent parfois la succion chez le nouveau-né ; la syphilide papuleuse polymorphe donnant des lésions larges formant une nappe rouge, irritée par l'écoulement de la salive et des liquides ; recouverte de concrétions jaune-brunâtres, elle prend un aspect repoussant.

De tous les systèmes organiques le système dentaire est le plus soumis à l'influence de l'hérédo syphilis. Souvent l'éruption dentaire est retardée et n'a lieu qu'à 10, 12 ou 15 mois, parfois même vers la troisième ou quatrième année. Les dystrophies dentaires affectent d'une façon plus significative la deuxième dentition. Elles résultent d'un trouble nutritif survenant au cours de l'évolution. Ces dystrophies se présentent sous forme d'érosion dentaire, microdontisme, amorphisme. La dystrophie la plus commune siégeant sur les incisives centrales supérieures porte le nom de dent d'Hutchinson, c'est une érosion semi-lunaire (érosion en coup d'ongle). Le tubercule supplémentaire dit de Carabelli siégeant sur la face palatine de la molaire supérieure de 6 ans est attribué aussi à une origine syphilitique.

La constatation de ces lésions dans le cabinet dentaire incitera le dentiste à diriger ses malades chez le syphiligraphe. Par contre ce dernier devra diriger les siens

chez l'odonto-stomatologiste pendant le traitement antisyphilitique et ceci dès le début de son application. Il évitera ainsi à son malade les risques des complications des traitements : arsenical, bismuthique ou mercuriel. Si cette précaution n'est pas prise à temps, le syphiligraphe court le risque dans beaucoup de cas d'être dans l'obligation d'interrompre momentanément le traitement auquel est soumis le malade et d'attendre que le traitement dentaire soit terminé pour reprendre le traitement spécifique. Ceci indépendamment de quelques souffrances infligées inutilement au malade.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La bronchectasie, à forme cavitaire, possède une individualité clinique et radiologique bien marquée, qu'on la considère en période de latence ou en période de poussée.

Au point de vue du diagnostic, elle soulève des problèmes délicats.

En période de latence, c'est avec la caverne tuberculeuse qu'il ne faudra pas la confondre, en particulier avec ce type de cavernes qui, radiologiquement, sont figurées par un ou plusieurs cercles très réguliers qui sont comme tracés en tissu sain.

En période de poussée, elle simule une pleurésie enkystée ou un abcès du poumon.

Enfin au point de vue pathogénique, elle représente le type le plus évident de la dilatation congénitale, et établit le lien entre les grands kystes gazeux du poumon et les bronchectasies polykystiques.

A ces différents titres, la forme cavitaire, par l'intérêt théorique et pratique qu'elle présente, mérite d'être individualisée.

(F. Bezançon, Robert Azoulay et André Martin. La forme cavitaire de la dilatation des bronches. *La Presse Médicale*, 5 octobre 1935.)

A propos d'un cas de ganglion de Troisier, dont ils rapportent l'observation, MM. G. Faroy et J. Ferroir rappellent la grande rareté de ce signe. Au cours de leur pratique gastroentérologique, sur plusieurs centaines de cas de néoplasmes gastriques, ils n'ont rencontré que trois fois une adénopathie sus-claviculaire, l'une chez un homme âgé présentant une grosse masse pylorique ; la seconde chez une femme avec carcinome généralisé (peau, péritoine, plèvre) d'origine gastrique, encore que dans ces deux cas l'examen histologique n'ait pu être pratiqué ; la troisième dans l'observation actuelle ; c'est le seul cas où on peut affirmer qu'il s'agit d'un ganglion de Troisier.

Pratiquement, le ganglion de Troisier n'a qu'un intérêt diagnostique bien réduit, surtout tant qu'un examen histologique n'a pas été pratiqué après biopsie.

Quelle est sa valeur pronostique ? Elle est beaucoup plus nette, car la constatation d'un ganglion de Troisier est en règle très tardive et, sauf le cas de Cornil, elle a toujours été suivie de la mort en quelques mois et plus souvent en quelques semaines.

Que l'adénopathie néoplasique soit due à une embolie ou à une lymphangite cancéreuse progressant par la voie du canal thoracique ou de la chaîne mammaire interne, c'est toujours un signe d'une incontestable gravité, un signe de propagation à distance, de généralisation, et même s'il s'agit d'une embolie cancéreuse, celle-ci a bien peu de chance d'être unique.

D'ailleurs elle est dans presque toutes les observations accompagnée de signes de cachexie tels, que la constatation du ganglion de Troisier ne peut plus guère assombrir le pronostic.

En somme, le ganglion de Troisier est rare et d'apparition tardive ; c'est de plus un signe de propagation ou de métastase de la tumeur, interdisant toute tentative opératoire curative.

D'autre part, l'existence d'une adénopathie sus claviculaire présentant tous les caractères cliniques du ganglion de Troisier n'a rien de pathognomonique, ce qui rend sa valeur diagnostique et pronostique bien discutable.

Le diagnostic est d'ordre histologique et, tant que la biopsie n'a pas été faite, on n'a pas le droit de refuser au malade les chances que peut lui donner une opération curative.

(G. Faroy et Jean Ferroir. A propos d'un cas de ganglion de Troisier. *Paris Médical*, 13 juillet 1935.)

Il peut exister après vaccinothérapie des accidents absolument identiques aux accidents sériques : œdèmes, érythèmes, arthralgies et même un syndrome de Landry. A la suite de trois injections de vaccin bronchopneumococcique, pratiquées pour une broncho-pneumonie traînante, un homme de trente-cinq ans fait une réaction vaccinale de type sérique rapidement compliquée d'une polynévrite ascendante aiguë. Celle-ci, après avoir temporairement et partiellement regressé, entraîne la mort du malade par atteinte bulbaire.

A souligner l'allure évolutive subaiguë, qui a présenté deux phases, l'une d'installation avec atteinte bulbaire, l'autre de régression, si nette qu'elle a pu même faire envisager la guérison. Mais dans un dernier temps ultra-rapide, les phénomènes bulbaires réapparaissent et emportent le malade.

A souligner également l'absence de troubles sphinctériens et l'existence de manifestations importantes de réactions électriques, fait peu fréquemment observé.

Dans certains cas, rares à la vérité, la vaccinothérapie est capable d'entraîner des troubles d'ordre colloïdoclasique, en tous points comparables à ceux provoqués par la sérothérapie.

(Jean Olmer et Jean Paillas. Accidents de type sérique et syndrome de Landry après vaccinothérapie. *Paris Médical*, . septembre 1935.)

En liaison avec une anémie, et non pas exclusivement avec une anémie pernicieuse cryptogénique, s'observent des troubles nerveux plus fréquemment qu'on ne le croit habituellement. La forme classique est la myélite funiculaire ; les polynévrites sont rares ; les troubles mentaux n'ont pas de caractères spécifiques.

Au complet, on note un syndrome neuro-anémo-digestif. Les troubles digestif sont précoces. Sans être fréquente, la précession des troubles nerveux sur les troubles sanguins doit être retenue.

Pour ce qui regarde l'anémie pernicieuse, l'existence isolée des troubles nerveux, sanguins et digestifs indique leur indépendance réciproque et leur dépendance commune vis-à-vis d'un facteur étiologiquement commun. D'après les données actuelles, il semble s'agir d'une maladie carentielle, la disparition du facteur antipernicieux, normalement présent dans le suc gastrique, ayant pour conséquence un trouble du métabolisme des lipoïdes portant à la fois ou de façon isolée sur le système nerveux, le tube digestif et le sang.

C'est dès le stade paresthésique qu'il faut songer à la possibilité d'une neuro-anémie. L'examen neurologique doit être complet et comporter une ÉPREUVE D'HYPERPNÉE ; l'enquête doit porter non seulement sur le sang, mais sur le système bucco-digestif.

Au stade cordonal postérieur, l'hyperpnée, en révélant une lésion pyramidale lente, apporte souvent des éclaircissements dans un diagnostic délicat.

Les troubles nerveux auront d'autant plus de chance de rétrocéder que le traitement sera appliqué plus précocement. Celui-ci doit être précoce, intensif et prolongé.

(L. Laruelle et L. Massion-Vermory. Les neuro-anémies. *Paris Médical*, 5 octobre 1935.)

Thérapeutique clinique

A la liste déjà longue des hypotenseurs connus, on peut ajouter, semble-t-il, l'hexaméthylène tétramine. Après l'injection de 5 centimètres cubes d'une solution à 40 p. 100 — soit 2 grammes du médicament — les modifications suivantes de la pression artérielle ont été observées.

Effets immédiats négligeables : tout au plus note-t-on cinq minutes après, une très légère diminution de l'indice oscillométrique.

Au bout d'une demi-heure, la tension commence à baisser, et la courbe oscillométrique s'inscrit franchement, dans son ensemble, au dessous de la courbe initiale. La maxima diminue toujours ; la moyenne et la minima présentent une chute incons-


LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
THYROÏDE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE · SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX
(Poudres d'Organes)
EXTRAITS INJECTABLES
en solution aqueuse
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)

tante dans l'heure qui suit. L'indice oscillométrique est nettement en décroissance. Le lendemain chute encore plus nette de la pression artérielle : en moyenne, baisse de 1 à 2 cent. de la maxima, tandis que la minima tombe seulement de 1 cent.

On observe, quelques minutes après l'injection, une bradycardie nette (différence de 8 à 10 pulsations. Ce ralentissement n'est pas de très longue durée. Les résultats sont analogues à la suite des injections sous-cutanées.

L'action inhibitrice de l'hexaméthylène tétramine englobe tout le sympathique.

Les injections intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine paraissent donc avoir une action favorable dans les hypertensions artérielles. Il s'agit là d'un traitement direct, certains auteurs admettant que l'éréthisme du sympathique conditionne l'hypertension. Outre son efficacité, cette médication est inoffensive, même si l'on renouvelle assez fréquemment les doses injectées (2 grammes). Les effets sont rapides, mais ne semblent guère durer au delà de deux jours : la tension artérielle diminue, le rythme cardiaque est ralenti et la diurèse est modifiée. La répétition des injections peut se faire sans danger.

(P. Bailliart et Fernand Lévy. Action de l'hexaméthylène-tétramine sur le sympathique oculaire et sur la pression artérielle. *Paris Médical*, 13 juillet 1935.)

Chez les nourrices présentant une lactation insuffisante, l'action d'un extrait total hydro-alcoolique de placenta désalbuminé et délipoïdé a été étudiée au point de vue galactogène, dix centigrammes d'extrait correspondant à 100 grammes d'organes frais.

La dose de 10 centimètres cubes par jour administrée par la bouche a paru, après quelques tâtonnements, être la dose optima a employer. Cures de huit jours suivies de quatre jours de repos.

Dans la plupart des cas, l'accentuation de la montée laiteuse s'est révélée très nette dès vingt-quatre à quarante-huit heures de traitement. La lactation s'est trouvée régularisée et, grâce à ces résultats, les mères qui avaient dû compléter les tétées par le biberon, ont pu remettre l'enfant au sein, exclusivement.

Un grand nombre des mères soumises au traitement déclarent que leur lait qui était, avant la cure, léger et clair, parfois d'aspect colostral, était devenu plus épais, plus jaunâtre et d'aspect crémeux sous l'influence de l'extrait placentaire, on a alors pensé que l'extrait placentaire, qui augmentait nettement en quantité la sécrétion lactée, était susceptible d'améliorer sa qualité.

L'analyse du lait des femmes traitées par l'extrait placentaire montre, à la suite de la cure, une bien plus grande richesse en lactose, en beurre, en résidus secs.

Beaucoup de malades ont signalé, à la suite de la cure, une impression de bien être et d'euphorie. Ces impressions ne constituent pas des faits isolés. Cette sensation de bien-être traduit peut-être le retour vers un équilibre physiologique normal : les organothérapeutes rapportent cette impression comme signalée par tous les malades traités, avec succès, par les extraits organiques ou glandulaires (extraits de foie, de rein, de rate, etc.

Dans 74 cas — sur 91 cas traités — la courbe de poids des enfants, stationnaire ou en diminution avant le traitement, a manifesté une ascension régulière dès le troisième ou le quatrième jour de traitement.

(Docteur Marie Clavel. De l'action galactogène des extraits placentaires. *Paris Médical*, 14 sept. 1935.)

Varia

L'héliothérapie, si à la mode de nos jours sur les plages les plus fréquentées, a été conseillée il y a bien des années. Nous relevons dans les Notes que publie Michelet à la suite de la seconde édition de son livre : *La Mer*, le passage suivant :

Mon savant ami, le Docteur Lortet (de Lyon), en recevant la première édition de cet ouvrage m'écrit : « Pour les enfants « étiolés, j'ai obtenu de bons résultats d'une exposition prolon« gée à la lumière (une lumière vive et excitante). Il faudrait « une plage méditerranéenne, que l'enfant y vécût nu, n'ayant « que la tête couverte et le caleçon, qu'il se roulât dans la mer, « dans le sable chaud. A proximité, un hangar, une sorte de « serre qui, fermée pour les jours de froids, n'en recevrait pas « moins le soleil. »

(J. Noir. La mode des bains de mer et ses origines. *Le Concours Médical*, 6 octobre 1935.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Médecine générale

Il existe un certain nombre d'accidents syncopaux dont l'origine reste inexpliquée.

On a éliminé : 1° toutes les défaillances passagères sans perte de connaissance complète ; 2° les pertes de connaissance complètes, mais prolongées ; 3° les pertes de connaissance accompagnées de convulsions, ou suivies de stertor même très court.

On n'a retenu que les cas répondant, si l'on veut, par leur soudaineté et leur brièveté, au type des accidents syncopaux se produisant dans la maladie de Stokes-Adams.

De toutes les observations de syncopes brusques, brèves, complètes, on n'a conservé que celles qui ne pouvaient être rapportées à une cause déterminée.

Avant tout on s'est efforcé d'écarter les accidents comitiaux frustes, survenant soit chez des épileptiques avérés dans l'intervalle des crises, soit même en dehors de toute manifestation convulsive antérieure nettement caractérisée.

On a éliminé de même toutes les pertes de connaissance se produisant au cours des cardiopathies diverses, ainsi que celles se manifestant au cours de troubles rythmiques caractérisés.

On a écarté également, en s'aidant de toutes les particularités révélées par l'interrogatoire ou le contexte clinique, tous les accidents syncopaux rentrant dans le cadre de l'ictus laryngé ou du vertige de Ménière, comme aussi ceux venant compliquer certaines affections digestives ou encore se produisant exceptionnellement au cours de la grossesse, dans l'évolution des maladies infectieuses lors de la période d'invasion ou de la période d'état.

Enfin on a laissé de côté tous les malades présentant la forme si commune de tendance syncopale constitutionnelle.

Il reste alors tout un ensemble de faits dans lesquels les syncopes restent vraiment inexpliquées et ce sont elles qui vont retenir l'attention

L'épreuve de la compression du vague au cou, pratiquée systématiquement, n'a pas toujours donné de résultat appréciable.

L'exploration rythmique n'est pas parvenue, dans la majorité des cas, à rendre compte des accidents observés.

Il est impossible de dire quelle origine, quelle signification on peut attribuer à de tels accidents syncopaux. Il semble bien qu'il s'agisse de syncopes par suspension momentanée de l'action cardiaque, quel que soit le mécanisme intime de cette déficience circulatoire.

D'après ce qu'on a pu observer ces accidents sont bénins. On doit cependant formuler deux restrictions : d'une part on ne peut affirmer que certains cas de mort subite n'ont pas eu quelque relation avec les accidents syncopaux ; d'autre part il est évident que les faits bénins à répétition se présentent de préférence à l'observation médicale, contrairement aux cas de mort subite, survenant chez des sujets jeunes, sans aucune tare connue.

(L. Gallavardin. — Syncope d'origine indéterminée. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1935.)

Le pneumothorax spontané au cours des pneumopathies aiguës est une complication assez rare, particulièrement chez l'adulte, car la majorité des observations publiées concerne des enfants et surtout des nourrissons ; cette rareté est surtout manifeste si, parmi ces pneumopathies aiguës, on ne compte ni l'abcès ni la gangrène pulmonaire.

Le pneumothorax peut s'observer au cours d'une broncho-alvéolite banale, d'une broncho pneumonie ou d'une pneumonie lobaire, sans qu'intervienne une évolution des lésions vers la suppuration.

Trois observations sont assez comparables entre elles, sinon en ce qui concerne la nature exacte de la pneumopathie initiale, du moins quant à la succession des accidents ; dans la première le croup, ayant nécessité la trachéotomie chez un enfant, se compliqua d'une broncho-pneumonie, dont la strep

tocoque hémolytique devait être l'agent essentiel puisqu'on retrouva ce germe dans le pus pleural ; le deuxième malade fit vraisemblablement une broncho-pneumonie pseudo-lobaire à streptocoque également, d'observation fréquente en foyer épidémique ; dans la troisième observation le diagnostic, plus délicat, était en faveur d une alvéolite aiguë, type maladie de Woillez.

La pathogénie du pneumothorax, observé au cours des pneumopathies aiguës, semble devoir être rapportée surtout aux lésions de fragilisation pleuro-pulmonaire ; mais dans certains cas, la perforation est peut être préparée, rendue possible par un état anatomique antérieur, l'emphysème localisé, d'origine inflammatoire ou congénitale.

(De Lavergne, Accuyer et Bichat. Trois cas de pneumothorax spontané au cours de pneumopathies aiguës. *Revue médicale de l'Est*, 15 août 1935.)

Neurologie

Les paraplégies en flexion sont peut-être insuffisamment connues. — Ce type clinique ne représente, il est vrai, qu'un stade ultime, de l'évolution d'un certain nombre de paraplégies spasmodiques. Il n'est pourtant pas très exceptionnel, soulève d'intéressants problèmes physio-pathologiques et comporte une signification pronostique bien précise.

L'histoire clinique des paraplégies en flexion est un peu différente suivant qu'il s'agit de la forme habituelle par lésions médullaires ou de la forme d'origine cérébrale.

Dans la forme spinale les malades se sont présentés au début comme des paraplégiques banals, puis est apparu un stade d'exagération progressive des réflexes ; on peut schématiser l'histoire clinique en deux phases : paraplégie en extension avec exagération progressive des réflexes de défense et attitude en flexion par accès brefs ; phase de flexion proprement dite, permanente et définitive.

Dans la forme cérébrale les troubles mentaux sont de règle; ils précèdent le plus souvent, sinon accompagnent, l'attitude en flexion et cela sous la forme de démence avec gâtisme.

La paraplégie en flexion répond à des altérations médullaires importantes, plus graves que celles qui entraînent la forme banale en extension, mais ne réalisent pas la section physiologique de la moelle.

La valeur sémiologique de la paraplégie en flexion sera donc avant tout pronostique. La cause de la paraplégie importe peu, pourvu qu'elle ne soit pas trop destructive.

(A. Devic et E. Weigert. Paraplégies en flexion. *Journal de médecine de Lyon*, 5 septembre 1935.)

L'encéphalite psychosique aiguë azotémique présente une évolution de cinq à vingt et un jours où l'on distingue quatre périodes.

1° *Période prodromique et d'invasion.* — Elle est caractérisée par des céphalées, de l'insomnie, de la lassitude, quelquefois de l'anxiété, des tentatives de suicide ou des idées de persécution ; cette période dure de quatre jours à quatre semaines ou fait défaut : dans ce dernier cas la malade entre d'emblée dans la deuxième période.

2° *Période d'état.* — On voit apparaître rapidement une agitation motrice incoercible, avec euphorie ou anxiété, parfois de l'agitation sexuelle. Les signes infectieux se manifestent par une élévation thermique plus ou moins rapide et élevée, langue sèche, sensation de soif, rappelant l'état typhique. Puis un délire confus s'installe, onirique très souvent, tandis que croît l'agitation, provoquant l'insomnie. Au cours de cette période, d'une durée de cinq à huit jours, on peut noter déjà du gâtisme urinaire avec albuminurie sans manifestation cytologique de néphrite aiguë.

3° *Période d'accalmie.* — Pendant quatre ou cinq jours l'agitation est moins vive, l'esprit plus lucide, mais toutefois le délire ne s'éteint pas. Le repos et l'alimentation sont possibles ; les signes d'infection diminuent cependant : on note déjà un amaigrissement du malade ;

4° *Période terminale.* — Alors qu'on pouvait espérer encore une guérison, la température s'élève à nouveau, le délire et l'agitation motrice s'accentuent tandis qu'un état de torpeur apparaît peu à peu et que l'amaigrissement et la cachexie augmentent rapidement. En deux ou quatre jours la mort arrive avec hyperthermie, plus rarement hypothermie.

Le traitement, mis en œuvre jusqu'à présent, sont nombreux, parce que non spécifiques et basés seulement sur l'empirisme.

(Mlle Cullerre, P. Louyot et M. Vérain. L'encéphalite aiguë azotémique. *Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1935.)

Dermatologie

Le revêtement cutané est sensible à tous les troubles endocriniens. — Certaines dermatoses sont indiscutablement liées à une dysendocrinie ; ce sont la mélanodermie addisonienne, la chloasma, le myxœdème.

D'autres ont une origine endocrinienne fréquente : les sclérodermies, les atrophies cutanées, le vitiligo, la pelade, le psoriasis, l'ichthyose, l'acrocyanose.

Dans d'autres dermatose les troubles endocriniens jouent simplement un rôle de facteur de déséquilibre ; citons l'urticaire, l'eczéma, certaines dermatoses bulleuses, certaines hyperkératoses et même bon nombre de tuberculides.

On peut se demander quelle est l'étiologie la plus fréquente de ces dysfonctionnements, qui sont décelables par leurs effets cliniques, mais dont bien souvent le mécanisme interne nous échappe.

Une étiologie semble extrêmement fréquente, c'est la syphilis et surtout la syphilis héréditaire.

Toutes les infections acquises, aiguës ou chroniques, peuvent toucher les glandes endocrines.

Le problème pratique, qui se pose tous les jours en face de beaucoup de dermatoses, est de faire le diagnostic exact de la dysendocrinie.

D'abord il faut savoir s'il s'agit d'une lésion où les glandes à sécrétion interne jouent un rôle. Un certain nombre d'affections impose le diagnostic d'affection endocrinienne ; ce sont la mélanodermie, le chloasma, le myxœdème ; d'autres y font penser comme la pelade, les sclérodermies ou le psoriasis. D'autres n'y feront penser au contraire que si nulle autre cause n'est évidente. Après avoir envisagé le rôle d'un trouble glandulaire, il faut essayer de poser le diagnostic de la glande en cause.

Ensuite il reste à établir le diagnostic étiologique. L'origine infectieuse ou toxique est parfois évidente, mais bien souvent le diagnostic étiologique reste en suspens.

Le traitement de toutes ces dermatoses permet d'obtenir parfois des résultats très intéressants ; bien souvent on agit par pur empirisme ; dans bien des cas on agira plus logiquement. L'opothérapie a une action de suppléance ou d'excitation ou d'antagonisme ; mais il faudra souvent associer plusieurs hormones pour réaliser ces interréactions si utiles et obtenir l'effet voulu.

L'administration des produits opothérapiques se fait de préférence en injections, si l'on veut obtenir un résultat rapide.

Il reste également à corriger tous les déséquilibres qui sont souvent la conséquence du dysfonctionnement endocrinien.

(R. Weille. Dysfonctionnement endocrinien et dermatoses. *Revue Médicale de l'Est*, 15 août 1935.)

Médecine coloniale

La lobite tuberculeuse de l'indigène algérien a un caractère essentiellement nécrosant et extensif.

Le syndrome de condensation lobaire évolue suivant le mode cavitaire et déborde soit sur les lobes sous-jacents, soit sur les lobes opposés, soit sur les deux à la fois. Dans la plupart des cas, les signes locaux vont de pair avec des signes généraux sérieux traduisant une atteinte marquée de l'état général.

Chez la plupart des malades, le début apparent de la maladie n'est pas très ancien ; chez certains, il s'était fait quelques mois auparavant ; chez d'autres, plus rarement, il avait été précédé par des épisodes de bronchite plus ou moins récidivants ou même par des signes francs de tuberculose.

Ces particularités nous écartent quelque peu de la tendance fibreuse que l'on attribue à la lobite ; l'interprétation en est difficile, mais certains facteurs étiologiques peuvent expliquer cette allure évolutive. Ces malades vivent généralement dans des conditions d'hygiène déplorables, d'où les infections massives qui frappent les personnes entassées dans des taudis. Il y a aussi à tenir compte du régime alimentaire, nettement déficitaire depuis quelque temps.

(M. J. Loubeyre. La lobite tuberculeuse chez l'indigène algérien. *Gazette Médicale du Sud-ouest*, 1er septembre 1935.)

Le paludisme est susceptible de constituer de toutes pièces un tableau de méningite grave, infirmant ainsi les données classiques de la clinique.

D'ordinaire les réactions méningées du paludisme sont cytologiquement discrètes et se bornent à une lymphocytose plus ou moins accusée. Celles qui empruntent aux méningites infectieuses graves le pus, l'hypoglycorrachie et le cortège symptomatique impressionnant du coma sont moins souvent signalées.

Deux observations montrent que le paludisme est un mime extraordinaire auquel on ne songe jamais assez.

(Julliard. Méningite puriforme aseptique palustre récidivante. *Maroc Médical*, 15 septembre 1935.)

La fièvre de Malte est plus que jamais à l'ordre du jour, puisqu'elle s'insinue de façon progressive en France.

Les diagnostics sont de plus en plus variés ; seules les ressources du laboratoire permettent de préciser la cause.

La raison de ces diagnostics disparates réside dans le fait que, loin du foyer d'origine, la symptomatologie primitive de la maladie s'est profondément modifiée.

Cette affection est à l'heure actuelle extrêmement polymorphe.

On peut dire actuellement que la mélitococcie viscérale perd, dans la majorité des cas, l'allure thermique ondulante qui lui avait donné son nom.

Les vagues fébriles sont remplacées soit par une température subfébrile, soit par une température à clochers sans périodes de rémission rythmiques, soit par un épisode à température elevée suivi de chute brusque.

(Mlle Gautier. De quelques formes cliniques de la fièvre de Malte. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er septembre 1935.)

Chirurgie

Sans s'exagérer la valeur de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac, l'auteur pense, avec la plupart des chirurgiens, que lorsque les conditions générales et locales s'y prêtent, cette opération, outre qu'elle réalise la meilleure des opérations palliatives, donne par surcroît au malade des chances appréciables de guérison définitive.

Il n'est donc pas sans intérêt d'envisager quelle doit être la conduite à tenir en cas de propagation du néoplasme au côlon transverse. Doit-on refermer le ventre ou, au contraire, entreprendre une ablation, qui ne peut être naturellement qu'une résection simultanée en un seul bloc de l'estomac et du transverse ?

Une observation, avec guérison maintenue depuis plus de deux ans, est en faveur d'une intervention large.

Il s'agit évidemment d'une opération assez grave, mais la mortalité n'est pas prohibitive, étant donnée la gravité du cas.

Ce qui est intéressant, c'est de noter que beaucoup de cas opératoirement guéris ont une longue survie ; il en est peut-être qui guérissent définitivement. Et cela n'a rien qui soit bien étonnant ; les envahissements du transverse arrivent souvent dans les cancers de la grande courbure ; or, on sait que cette variété de cancer gastrique envahit assez tardivement les ganglions et qu'il se présente dans des conditions d'opérabilité particulièrement favorables.

On peut donc dire que l'envahissement du côlon transverse, au cours du cancer de l'estomac, ne constitue pas en principe, une contre-indication opératoire.

(G. Leclerc. Cancer de l'estomac adhérent au côlon transverse. Resection simultanée de l'estomac et du transverse. Guérison maintenue depuis plus de deux ans. *Bourgogne Médicale*, juillet 1935.)

Parmi les indications chirurgicales, dans le traitement des ulcères gastro intestinaux, il en est d'absolues que personne ne discute.

Ce sont la sténose pylorique, la perforation en péritoine libre et les hémorragies graves.

D'autres indications paraissent, à première vue, beaucoup plus relatives ; certaines n'en sont pas moins absolues ; ce sont les ulcères douloureux, les ulcères chroniques, les ulcères qui saignent à répétition et les ulcères soupçonnés de dégénérescence cancéreuse.

Les deux interventions que l'on pratique le plus fréquemment et qui se partagent la faveur des chirurgiens sont la gastro-entéro-anastomose, pratiquée le plus souvent à la suture en trois plans, postérieure, transmésocolique et la gastrectomie étendue, enlevant les deux tiers de l'estomac et suivie de gastro-jéjunostomie. Chaque opération a ses indications respectives ; elle est bonne ou mauvaise suivant les cas ; il faut savoir être éclectique et, sans idée préconçue, s'adapter aux circonstances et choisir la meilleure opération adéquate au cas particulier que l'on doit traiter. On saura aussi tenir compte de la résistance du malade, de son âge et de ses tares.

Le traitement chirurgical des ulcères duodénaux donne certainement de moins bons résultats que celui des ulcères gastriques.

(M. Brun. Les indications chirurgicales dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 15 septembre 1935.)

Ophtalmologie

Comme les iritis sont très répandues en clientèle, il importe au médecin de les repérer à coup sûr. Rien n'est plus facile, si l'on se souvient que l'iris est une membrane intra-oculaire ; il suffit de regarder l'œil de près ; à travers la cornée, l'iris est aperçu et reconnu malade

Les signes de l'iritis sont les mêmes que ceux de toute inflammation : rougeur, chaleur, douleur, formation de pus, avec les modifications qu'apportent la situation et l'anatomie de l'iris. Il existe une perte de vision, plus ou moins considérable, qui n'existe pas dans la conjonctivite.

Une fois diagnostiquée l'iritis, on instille de l'atropine, afin de parer au danger imminent de l'obstruction pupillaire.

Il faut ici insister sur un point capital, dont la méconnaissance conduit à un désastre : le glaucome est une affection liée à une pression intra oculaire exagérée ; l'atropine augmente cette pression.

Le praticien non spécialisé devra donc faire le diagnostic comme un spécialiste compétent ; car, qu'il agisse de travers ou qu'il s'abstienne, le résultat est toujours le même.

Voici les signes *cruciaux* de l'iritis et du glaucome :

Iritis =	pupille rétrécie.
	œil rouge.
	globe normal ou sous-tendu.
Glaucome =	pupille dilatée.
	œil rouge.
	globe dur comme un caillou.

Conclusion : La seule règle pratique qu'une longue expérience permet de donner au praticien est d'agir toujours par l'atropine, *sauf en cas d'hypertension intra-oculaire*.

(Canque. L'iritis méconnue. *Clermont Médical*, 15 août 1935.)

J. Lafont.

Tous ceux-là, c'est-à-dire une grosse part de ce qui constitue la clientèle médicale, vont être touchés plus ou moins durement par les décrets, et nous savons bien, pour en avoir déjà fait l'expérience, quelles en seront en fin de compte, les victimes. Depuis le début de la crise, chacun s'imagine que c'est lui qui est touché et non pas le voisin, et il m'arrive à moi comme à tous mes confrères de rencontrer mainte personne qui nous dit : Ah ! les médecins ! Vous en avez de la chance ! Vous ne savez pas ce que c'est que la crise ! » Que notre profession ait été touchée un peu plus tard que les autres, c'est possible, mais qu'elle le soit sérieusement, c'est, à l'heure actuelle, indéniable ! Soit que par suite des restrictions que chacun s'impose on nous appelle moins facilement qu'autrefois, et c'est certain, soit qu'on nous laisse entendre de ne pas multiplier nos visites, même quand ce serait utile, nous nous apercevons de la crise, et nous la sentons encore bien plus quand, après avoir envoyé semestriellement ou annuellement un lot satisfaisant pour nous de notes d'honoraires, nous voyons rentrer ceux-ci avec une désespérante lenteur pour ne pas dire plus !

On peut dès lors conjecturer, sans être accusé de faire des prévisions par trop pessimistes, que le poids de ces fameux décrets-lois retombera en dernier ressort et une fois de plus sur ces fameuses professions libérales, au premier rang desquelles il faut compter la nôtre. » (J. Vergely. Répercussions. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 juillet 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1935

Diminution de la tuberculose à Lyon. Rôle des dispensaires. — ***M. Paul Courmont.*** — L'auteur a fait une étude statistique très serrée, portant sur trente ans (1900-1930).

La mortalité par tuberculose a baissé à Lyon de 55 % depuis 25 ans. En 1900-1905, il mourait 1.600 tuberculeux par an pour un Lyon de 459.000 habitants (35,4 pour 10.000) ; en 1925-1930, il n'en meurt plus que 800 pour un Lyon de 580.000 habitants (15,7 p. 10.000).

Cette baisse considérable atteint les meilleurs chiffres signalés par les nations en tête de l'hygiène antituberculeuse, telles que l'Angleterre, les Etats-Unis, l'Allemagne, etc...

Les causes de cette diminution ne peuvent être cherchées dans l'amélioration des conditions générales de vie, mais, surtout, dans l'organisation très ancienne, progressive et puissante des moyens de cure (2.000 lits pour Lyon) et *surtout, des organismes de prévention.* C'est une question très importante de juger du rôle des institutions antituberculeuses dans la diminution du fléau.

Grâce aux conditions historiques et géographiques de la lutte à Lyon, l'auteur démontre le rôle prépondérant des moyens de prévention et, surtout, des dispensaires antituberculeux. Lyon possède les plus anciens dispensaires, (celui de Jules Courmont date de 1905) et, actuellement, neuf couvrent la ville de leur réseau prophylactique, s'occupant, en 1934, de 16.000 malades et de plus de 6.000 tuberculeux.

L'action évidente des dispensaires est marquée par les faits suivants. C'est dans les quartiers à dispensaires anciens et actifs que la mortalité, extrêmement élevée, a commencé à diminuer, et cette diminution s'est étendue, maintenant, à presque toute la ville. Mais, un seul arrondissement présente une diminution moitié moindre de celle des autres, gardant une mortalité élevée et stable (26 p. 10.000, au lieu de 15,7 pour le reste de la ville, et 10 à 12 pour certains arrondissements) : or, c'est le seul arrondissement privé de dispensaire et de presque toute prophylaxie pendant ces trente années.

C'est une démonstration fort importante que l'amélioration générale des conditions de vie n'est pas la seule cause de l'abaissement de la tuberculose dans une grande ville et qu'il faut chercher cette cause surtout dans l'activité des organismes de prévention et des dispensaires.

Il serait à désirer que des travaux analogues soient faits pour toutes les grandes villes de France.

L'auteur demande aussi que les déclarations des certificats de décès soient exactement remplies par les médecins : ce n'est qu'à cette condition (réalisée, en partie, à Lyon) qu'on pourra savoir si la prophylaxie de la tuberculose est partout en bonne voie. La question est de toute importance.

Sur la cure sulfatée calcique et la régulation neuro humorale. — ***MM. D. Santenoise, L. Merklen, Th. Brieu, E. Stankoff,*** et ***M. Vidacovitch.*** — L'étude parallèle des modifications neuro-végétatives d'une part et humorales d'autre part entraînées chez le chien chloralosé par l'ingestion d'eau sulfatée calcique a permis de distinguer :

a) Dans une première phase, plus ou moins précoce et durable, une hypercalcémie souvent notable, coïncidant avec une augmentation d'excitabilité sympathique ;

b) Dans une deuxième phase, une augmentation de l'excitabilité parasympathique ;

c) Dans une troisième phase enfin, un abaissement de la calcémie, avec diminution, souvent très notable, de l'excitabilité reflexe sympathique et de l'excitabilité des appareils sympathiques périphéques.

Ce tableau d'ensemble des effets de l'ingestion d'eau sulfatée calcique est toutefois susceptible de modifications tenant à l'état neuro-végétatif de l'animal. Chez les animaux hypovagotoniques, la phase d'hypercalcémie et d'hypersympathicotonie est précoce et de longue durée ; la phase d'excitation du parasympathique et celle d'hypocalcémie ne se manifestent que tardivement. Chez les vagotoniques, au contraire, la phase d'hypercalcémie et d'hypersympathicotonie est extrêmement fugace ou même totalement absente, alors que l'hypocalcémie et la diminution d'excitabilité sympathique sont précoces et durables.

Des ingestions antérieures quotidiennes d'eau sulfatée calcique ont également un rôle : dans les premiers jours, l'ingestion d'eau sulfatée calcique entraîne une hypercalcémie notable et une sympathicotonie intense et l'augmentation d'excitabilité parasympathique n'est alors que tardive. Mais au bout de quelques jours l'hypercalcémie et l'hypersympathicotonie sont rapidement jugulées ; l'effet parasympathique apparaît assez précocement, suivi d'hypocalcémie et de diminution de l'activité du sympathique. Enfin, chez les animaux soumis à la cure depuis 20 à 25 jours, on n'observe pas de phase d'hypercalcémie ni d'hypersympathicotonie ; la réponse parasympathique est prédominante : l'hypocalcémie et l'hyposympacotonie sont la règle.

Recherches sur la pression moyenne. — ***MM. H. Vaquez*** et ***R. Giroux,*** à propos de quelques tracés de pression intra-artérielle recueillis sur des malades atteints d'insuffisance aortique, d'arythmie complète ou d'alternance, étudient les valeurs comparées des différentes pressions : maxima, minima et moyenne.

Dans l'insuffisance aortique, malgré la grande différence entre les pressions extrêmes, la pression moyenne reste normale.

Dans l'arythmie complète, alors qu'il est extrêmement difficile de mesurer la pression maxima et impossible de mesurer la pression minima, MM. Vaquez et Giroux présentent des tracés de pression intra-artérielle très instructifs. Ces tracés montrent de très grandes variations dans les chiffres de pression maxima et minima, variations qui peuvent atteindre 8 à 10 cm. de Hg et davantage pour la maxima, 4 à 5 cm. pour la minima tandis que la pression moyenne reste à peu près fixe, oscillant à peine d'1/2 à 5 cm. de Hg.

Il en est de même dans l'alternance.

Les auteurs insistent sur cette constance de la pression moyenne ; c'est non dans les pressions extrêmes mais dans la moyenne qu'il faut chercher l'expression du régime qui règne dans les vaisseaux. Cette fixité de la pression moyenne chez des sujets atteints d'une affection ou d'un trouble grave du cœur, explique ce fait paradoxal que, très malades en réalité, ils puissent être en apparence bien portants. On comprend l'importance de pareille constatation.

Variations parallèles de la phosphatémie et de la calcémie au cours de l'héliothérapie. *Deuxième note.* — ***MM. A. Aimes*** et ***J. Cayla*** (Montpellier).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 octobre 1935

Présentation d'appareil de mesure cardio vasculaire. — ***M. A. Bécart*** présente un appareil de mesure cardio-vasculaire, le *Systolomètre à mesure totale* de Walter en millimètres d'eau et centimètres de mercure, qui permet de mesurer les pressions artérielles par des moyens entièrement métriques, les résultats recherchés étant le point de coordonnées géométriques, de noter la moyenne par suite d'une inertie mécanique minime, de substituer à la terminologie qualitative, une définition du pouls au moyen d'expressions chiffrées en unités issues du système métrique décimal français : en millimètres d'eau.

A propos du traitement des varices. — ***MM. L.*** et ***M. Filderman,*** répondant à un article du ***Prof. Alglave,*** montrent que les injections oblitérantes de varices sont beaucoup moins graves et plus efficaces que la saphénectomie. Il suffit de quatre ou cinq piqûres en moyenne, et, en cas de récidive, une ou deux tous les deux ans. Les escarres qu'elles peuvent entraîner sont exceptionnelles et d'ailleurs sans gravité ; les embolies ne se voient pas avec les techniques employées en France. La méthode s'applique efficacement à tous les cas, la saphénectomie, par contre, est une opération trop grave par l'étendue de l'incision, et des décollements, la durée de l'intervention et l'hospitalisation (trois mois). Elle est incomplète, exposant aux récidives, aux phlébites, et aux cicatrices vicieuses. Elle ne s'applique, d'ailleurs, qu'à un nombre restreint de cas.

Les angines de poitrine en clinique. — ***M. A. Pruche*** apporte les conclusions de l'analyse de 150 cas d'angine de



LE VIN DE VIAL

au QUINA, VIANDE, LACTO-PHOSPHATE de CHAUX

est un aliment physiologique complet

Les principes actifs et bien connus de ces trois produits, rigoureusement dosés et parfaitement assimilables, se trouvent heureusement réunis dans sa formule pour obtenir un maximum d'effet. C'est pour cela qu'il est un reconstituant des plus énergiques dans les cas de DÉNUTRITION et de DIMINUTION DES PHOSPHATES CALCAIRES. Très agréable au goût, il est facilement accepté par les enfants, les femmes, les vieillards et toutes personnes délicates. Il est indispensable aux affaiblis, surmenés débiles, opérés et convalescents.

H. VIAL, Pharmacien, 36, Place Bellecour, à LYON

DANS TOUTES LES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU

CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CREOSOTÉ

LA MIEUX TOLÉRÉE DES PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

LA PLUS EFFICACE

Enfants : 2 ou 3 cuillerées à café ou à dessert selon âge } dans un verre d'eau sucrée ou
Adultes : 2 ou 3 cuillerées à potage } gazeuse au moment des repas.

ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES PAUTAUBERGE, 10, rue de Constantinople, Paris

---

Le sédatif le plus puissant de la toux rebelle

PERLES DE LUCODAL

Toux spasmodiques, quinteuses, coquelucholdes, trachéiques, bronchitiques; Toux émétisantes des tuberculeux.

R. C. 13648. *Echantillons : Laboratoires CARESMEL, 2, Quai Paul-Bert, TOURS* Téléph. 19-42.

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré de**

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS, etc.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

*Prix de l'Académie de Médecine pour "**Strophantus et Strophantine**", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.*

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48.283

poitrine qu'il a tous examinés au quadruple point de vue : clinique, valeur fonctionnelle du cœur, radiologique, électrocardiographique.

a) La meilleure classification des syndromes angineux est basée sur la valeur fonctionnelle du cœur, normale, asthénique, plégique ;

b) Il n'y a aucun signe radiologique cardio-aortique appartenant en propre à l'angine de poitrine.

c) Les altérations de l'électrocardiogramme considérées comme pathognomoniques manquent souvent ou existent en dehors de tout syndrome angineux ; *d*) L'interrogatoire est l'élément « princeps » du diagnostic : existence d'algies thoraciques à caractère constrictif et angoissant apparaissant à l'effort et calmées au repos ; *e*) Le pronostic doit toujours être réservé, même si les examens radiologique et électrocardiographique paraissent rassurants. L'auteur insiste sur le danger de la notion « fausse angine de poitrine » qui souvent fait méconnaître un syndrome angineux authentique ; il montre enfin la bienfaisante action des bains de bras chauds que préconisait déjà son maître Alfred Martinet.

A propos de la chirurgie esthétique mammaire. — *M. Robert Kaufmann* considère comme hors du sujet les questions relatives à l'opportunité ou aux objections prétendues morales de la chirurgie esthétique mammaire. Objectivement la question comporte l'étude de trois chapitres fondamentaux : anatomie artistique ; anatomie chirurgicale ; technique opératoire. L'auteur développe ces trois chapitres avec projections à l'appui.

Point de repère des mamelons, par rapport au thorax, en chirurgie mammaire. Projections. — *M. Dartigues* s'appuyant sur des notions de structure d'art antique et moderne, sur des exemples vivants s'approchant d'une certaine perfection et enfin sur des notions anatomiques précises, insiste sur la nécessité d'établir de façon très exacte les points de repère majeurs en chirurgie plastique mammaire, c'est-à-dire les mamelons. Il projette de nombreux exemples démonstratifs de modèles, des dispositifs de radiographie thoracique et arrive à conclure que le mamelon est nettement dans le 5e espace intercostal correspondant par rapport à la colonne vertébrale, à une ligne qui passerait entre la 9e et la 10e vertèbre dorsale. L'auteur est le premier, par l'usage de la radiographie, à avoir précisé ces rapports, il y a déjà dix ans, au Congrès français de chirurgie. Il passe en revue des types très distincts de prolapsus ou d'hypertrophie mammaire, indique la place des seins défectueux, dans diverses positions prises, indiquées par lui, le premier, dans l'examen clinique de la patiente qui doit être opérée. Il termine par des exemples de résultats, dans divers procédés, tout à fait démonstratifs.

Docteur G. LUQUET.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le manganite d'argent en gynécologie

Chargée de la Consultation de gynécologie à l'Hôpital Rothschild et au Dispensaire « La Mère et l'Enfant », nous voulons signaler ici un nouveau produit, que nous utilisons depuis deux mois dans le traitement des métrites.

Ce produit à base de manganite d'argent présente un intérêt particulier du fait de son taux élevé d'oxydation et par suite d'ionisation. Ceci rend son action bactéricide durable et élevée ; de plus, son effet cytophylactique n'est pas négligeable dans la cure des ulcérations du col, dont la chronicité désespérante est bien connue. Nous devons ajouter que nos malades sont pour la plupart des indigents, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, ce qui rend notre tâche encore plus difficile. Néanmoins, les résultats obtenus ont été si rapides, comme on le verra dans les observations qui suivent, qu'il nous a semblé intéressant de les rapporter.

1re *observation* : Mme L..., 25 ans. Souffre depuis un an. Règles abondantes et douloureuses. Métrite avec réaction salpingienne bilatérale. Ovules au manganite d'argent. Amélioration au bout de huit jours ; après trois semaines, disparition des douleurs et des pertes, guérison.

2e *observation* : Mme P..., 32 ans. Pertes abondantes. Douleurs dans la région lombaire. Fausse-couche, il y a six mois. Métrite du col. Guérison après quatre pansements gynécologiques au manganite d'argent. Début de grossesse.

3e *observation* : Mme G..., 25 ans. Souffre au ventre depuis six mois. Pertes abondantes. Métrite avec réaction salpingienne bilatérale. Amélioration après le deuxième pansement.

4e *observation* : Mme R..., 24 ans. Métrite du col avec réaction salpingienne bilatérale. Diminution des douleurs et des pertes après le troisième pansement.

5e *observation* : Mme R..., 25 ans. Métrite avec réaction salpingienne droite. Amélioration après le premier pansement.

6e *observation* : Mme K..., 30 ans. Métrite du col et du corps avec annexite chronique bilatérale. Amélioration après le premier pansement.

7e *observation* : Mme L..., 27 ans. Métrite du col. Douleurs abdominales ; pertes abondantes. Après le quatrième pansement guérison.

8e *observation* : Mme E..., 31 ans. Métrite du col et du corps, avec salpingite catarrhale gauche. Diminution des douleurs après le premier pansement.

9e *observation* : Mme B..., 25 ans. Métrite avec annexite bilatérale. Va mieux dès le premier pansement.

10e *observation* : Mme J..., 36 ans. Utérus métritique avec salpingite et annexite *post abortem*. Pansements gynécologiques associés à la diathermie. Grosse amélioration.

11e *observation* : Mme L..., 22 ans. Salpingite aiguë bilatérale à la suite d'un accouchement normal. Grosse métrite du col. Ovules au manganite d'argent après trois piqûres de Propidon. Très améliorée.

12e *observation* : Mme K..., 29 ans. Ulcération de la lèvre supérieure. Cicatrisation presque complète après le premier pansement.

13e *observation* : Mme G..., 26 ans. Grosse vaginite avec métrite. Amélioration après le premier pansement.

14e *observation* : Mme C..., 28 ans. Opérée à six mois d'intervalle de salpingite gauche d'abord et droite ensuite. Grosse métrite du col et du corps. Quatre pansements gynécologiques. Amélioration.

15e *observation* : Mme F..., 29 ans. Métrite invétérée du corps et du col. Diminution des pertes.

16e *observation* : Mme H..., 29 ans. Vaginite avec métrite du col. Amélioration avec un seul pansement.

17e *observation* : Mme W..., 25 ans. Grosse métrite du col. Quatre pansements gynécologiques. Amélioration.

Sur ce nombre d'observations, il s'agissait huit fois de métrites avec réactions annexielles uni- et bilatérales, deux fois de vaginites vraisemblablement gonococciques et une fois de salpingite aiguë, refroidie d'abord par le Propidon. Dans tous les cas, les malades ont été améliorées dès la première ou deuxième application de Manganite d'argent. Presque toutes nous ont signalé une diminution considérable des douleurs et des pertes vaginales. Au point de vue objectif, nous avons pu constater un processus de cicatrisation indiscutable.

Nous avons employé dans tous ces cas des tampons imprégnés de Manganite d'argent et nous avons fait appliquer en même temps les ovules du même produit aux malades dont les lésions étaient plus prononcées. En cas de métrite du corps, nous avons procédé à une cautérisation de la cavité cervicale et utérine si possible, avec une suspension de Manganite d'argent à 5 %, suivie d'une pose de tampons.

Encouragée par les résultats favorables obtenus jusqu'à présent, il nous semble intéressant de compléter l'arsenal thérapeutique en gynécologie par les produits à base de Manganite d'argent.

Dr JADLOVKER

Interne pr. à l'hôpital Rothschild

Rôle des glandes endocrines en dermatologie. — A. Desaux pense, comme M. Spillmann, que le *thymus* peut jouer un rôle important en dermatologie. L'expérimentation (qu'il a commencée en collaboration avec MM. A. Choay, Civatte et Mlle Desoil) sur le rat semble établir l'action de l'hyperthymisation provoquée sur la peau et les phanères. (*Neuvième Congrès international de Dermatologie*, 1935.)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Cures et rites à Epidaure. — *M. F. Robert vient de publier* (*Les Belles-Lettres*, 95, boulevard Raspail, Paris) *un petit livre* : EPIDAURE, *riche en aperçus nouveaux sur la mythologie et la science médicale. En voici un extrait* :

« Jusqu'à nos jours, sans discontinuité, le sanctuaire a gardé, dans le langage même des paysans, le plus fréquent de ses noms antiques *to Hicion*. Ce terme signifie que tout le terrain enclos par les bornes était la propriété d'Asclépios, et que le droit d'y entrer ou d'y séjourner était soumis à des conditions rituelles. La règle principale était résumée en deux vers, qu'on lisait dès l'arrivée sur une pierre inscrite, et que plusieurs auteurs ont cités : « Il faut être pur quand on pénètre dans le temple parfumé d'encens, et la pureté, c'est de n'avoir que des sentiments pieux ».

« C'est aussi de veiller à la propreté corporelle. Un puits, aussitôt les Propylées franchis, s'offrait aux fidèles pour leurs ablutions.

« D'autres prescriptions étaient plus rigoureuses. Comme à Délos et à Eleusis, il était défendu de naître ou de mourir sur le terrain sacré. Les femmes sur le point d'accoucher et les moribons étaient transportés à quelque distance. Antonin voulut atténuer la cruauté de cette loi, en faisant construire à l'extérieur un refuge pour les mourants et une maternité. Ces bâtiments n'ont pas été retrouvés. Mais au Nord du sanctuaire, le long de la route et hors des bornes, on a découvert les tombes des malheureux que l'intervention divine n'avait pu sauver.

« Des conditions supplémentaires réglaient l'entrée dans le Dortoir, nommé aussi Abaton, ou local interdit. C'étaient d'abord des ablutions nouvelles, comme le prouve la présence d'un puits à l'entrée même du Dortoir hellénistique. On consommait beaucoup d'eau pour les nettoyages matériels et les cures ; certaines constructions, comme la grande citerne au Sud-Ouest des Propylées peuvent s'expliquer par ces besoins profanes. Mais la *Source* dont Pausanias vante le décor, et dont on a identifié les substructions avait sûrement une destination rituelle.

« Plus importante peut-être que les ablutions, était la consécration d'offrandes, en nature et en espèces. On glissait quelque argent dans le tronc réservé à chaque divinité, on accrochait à un mur quelque bas-relief en terre cuite illustrant la requête, ou bien on prenait l'engagement d'en offrir un plus tard, qui relaterait la guérison. Ainsi le Gaulois Cutius dédia l'image de ses oreilles. On déposait des galettes sur les autels. On sacrifiait, et, selon saint Jérome, c'est sur les peaux des victimes qu'on devait dormir pendant la nuit sainte. Au dire de certain poète comique toutes ces offrandes, et surtout les comestibles, servaient plutôt à l'entretien du clergé qu'à la satisfaction d'Asclépios. Car le prêtre désigné pour un an, assisté de quelques sacristains et d'une confrérie d'Asclépiastes, veillait profitablement à l'administration matérielle du domaine, en même temps qu'à l'accomplissement des devoirs religieux.

« Au seuil du Dortoir commence le mystère, pour nous comme pour les pèlerins, car nous n'avons que des documents suspects. Dans le *Plutus* d'Aristophane, le dieu aveugle des richesses est guéri par Asclépios au sanctuaire du Pirée, mais la description du sommeil sacré n'est qu'un prétexte d'épigrammes peu instructives. Au Dortoir hellénistique, Pausanias avait déchiffré six stèles, et on en a retrouvé trois, fort amusantes, mais plus énigmatrices que révélatrices. Elles racontent en un style enjoué, avec un souci de variété fort savant, les opérations et les phénomènes les plus monstrueux. Une femme resta enceinte pendant cinq ans. Elle vint trouver le dieu ; le lendemain matin elle accoucha, et l'enfant courut tout seul se laver à la fontaine. Une autre désirait un enfant. Le dieu lui demanda : « Etre enceinte, c'est bien tout ce que tu désires ? — Oui, dit-elle. Mais elle resta enceinte plusieurs années et dut revenir pour sa délivrance. « Je savais bien, fit le dieu, qu'il te fallait encore quelque chose ». Un impotent, après sa visite au sanctuaire, remporta le prix du pugilat aux concours gymniques de Némée. Un homme avait des taches sur le front ; le dieu lui appliqua une serviette mouillée, qui enleva les taches ; puis il plaça la même serviette sur le front d'un sceptique qui avait médit des miracles, et le sceptique fut marqué pour le restant de ses jours.

« Un jeune esclave fit une chute et cassa une belle coupe dont son maître était fier. « Que te sert de pleurer, dit un passant, même l'Asclépios d'Epidaure n'y saurait porter remède. — Essayons ! » pensa l'esclave. Asclépios vint spontanément au devant de lui pour récompenser sa foi. Et voici une histoire d'apprenti sorcier. Asclépios étant absent, une cliente vient consulter pour sa fille intransportable, atteinte d'hydropisie. Endormie dans l'Abaton, elle voit en songe l'un des servants du dieu qui coupe la tête de sa fille, attache la malheureuse par les pieds, et la suspend en l'air. Toute l'eau s'écoule, et beaucoup de sang aussi, dont le dortoir était inondé. Mais comment recoller la tête ? L'apprenti n'en est point capable, et il faut attendre le retour du maître, qui a tôt fait de réparer l'imprudence.

« Modérons notre moquerie. Pas plus que les rédacteurs, les lecteurs n'étaient des sots ou des ignorants. Ils appartenaient pour la plupart à la classe aisée, car le voyage coûtait cher, et le clergé se montrait exigeant, pour subvenir aux frais de ses coûteux édifices. Naturellement capables d'ironie, et presque tous pourvus de culture, les pèlerins savaient aussi distinguer entre les deux aspects possibles des miracles, le *songe* et la *réalité*, que le texte opposait avec soin. Dans une *réalité*, le patient a directement connaissance du procédé par lequel on le guérit, application d'un remède, ou contact d'un animal sacré. Dans un il reçoit un signe de l'intervention divine, mais qui ne révèle en rien comment cette intervention procède. Le récit le plus fantastique devient acceptable, puisque la vision est reconnue comme telle, et que l'événement reste à jamais mystérieux.

« A Lébadéia, les consultants du dieu-devin Trophonios étaient soumis à une chute brusque dans un gouffre, d'où ils sortaient bouleversés et éblouis. On a souvent comparé Asclépios à Trophonios. Pour provoquer les songes, peut-être usait-on, à Epidaure, des procédés violents, qui expliqueraient les souterrains du Dortoir. Par une méthode plus insinuante, à Trézène, dans un sanctuaire d'Asclépios, certain dispositif favorisait, pense-t-on, au moyen de fumigations, les visions miraculeuses. Des pratiques de suggestion pure suffisaient-elles, comme on l'a prétendu, à traiter avec succès les maladies les plus diverses, et non seulement les maladies nerveuses ? Toujours est-il qu'on ne négligeait pas les pratiques proprement médicales. Un rhéteur, Apellas, nous a laissé, dans une inscription, la liste des remèdes, exercices et régimes, qui lui furent prescrits par ses songes épidauriens. Au sanctuaire d'Oropos, où régnait Amphiaraos, devin-

guérisseur, un ex-voto montrait, par une association probablement constante des procédés surnaturels et scientifiques, un malade recevant pendant son sommeil la morsure salutaire du serpent, et un autre, debout, se faisant panser par le dieu. Assez souvent dans les sanctuaires médicaux, des bas-reliefs, généralement offerts par des médecins, représentant des instruments de chirurgie.

« Une légende veut qu'Hippocrate se soit instruit au sanctuaire de Cos. Assurément, la matière de bien des sciences ne se trouvait que dans les sanctuaires. Les cités consacraient autour des temples, sous la forme d'offrandes, les seuls témoignages durables des événements importants, et c'est en parcourant les centres religieux qu'Hérodote est devenu le père de l'Histoire. De même se constituèrent et se transmirent, dans les lieux de culte, les recueils de faits d'où devaient naître, en médecine, les premières idées. Le clergé de Cos, bénéficiant de l'influence égyptienne, ne se borna point à cette accumulation passive, et dut fournir un effort plus positif. Mais du sanctuaire épidaurien, nul n'a jamais dit qu'il ait produit un Hippocrate, et le charlatanisme y fut sans doute la plus constante méthode. »

La longévité. Il est possible d'augmenter la durée de la vie. Est-il désirable de le faire ? *A cette question, M. Alexis Carrel consacre un chapitre de son livre :* L'HOMME CET INCONNU *qui vient de paraître à la Librairie Plon :*

Le plus grand désir des hommes est la jeunesse éternelle. Depuis Merlin jusqu'à Cagliostro, Brown-Séquard et Voronoff, charlatans et savants ont poursuivi le même rêve et souffert la même défaite. Personne n'a découvert le suprême secret. Cependant, nous en avons un besoin de plus en plus impérieux. La civilisation scientifique nous a fermé le monde de l'âme. Il nous reste seulement celui de la matière. Nous devons donc conserver intacte la vigueur de notre corps et de notre intelligence. Seule la force de la jeunesse permet la pleine satisfaction des appétits et la conquête du monde extérieur. Elle est indispensable à celui qui veut vivre heureux dans la société moderne.

Nous avons, dans une certaine mesure, réalisé le rêve ancestral. Nous conservons plus longtemps l'activité de la jeunesse. Mais nous n'avons pas réussi à augmenter la longueur de notre vie. Un homme de quarante-cinq ans n'a pas plus de chances d'atteindre l'âge de quatre-vingts ans aujourd'hui qu'au siècle dernier. Il est probable même que la longévité diminue, bien que la durée moyenne de la vie soit plus grande.

Cette impuissance de l'hygiène et de la médecine est un fait étrange. Ni les progrès réalisés dans le chauffage, l'aération et l'éclairage des maisons, ni l'hygiène alimentaire, ni les salles de bain, ni les sports, ni les examens médicaux périodiques, ni la multiplication des spécialistes n'ont pu ajouter un jour à la durée maximum de l'existence humaine. Devons-nous supposer que les hygiénistes et les chimistes physiologistes se sont trompés dans l'organisation de la vie de l'individu, comme les politiciens, les économistes et les financiers dans celle de la vie de la nation ? Il se peut, après tout, que le confort moderne et le genre de vie adopté par les habitants de la Cité nouvelle violent certaines lois naturelles. Cependant, un changement marqué s'est produit dans l'aspect des hommes et des femmes. Grâce à l'hygiène, à l'habitude des sports, à certaines restrictions alimentaires, aux salons de beauté, à l'activité superficielle engendrée par le téléphone et l'automobile, chacun garde un aspect plus alerte et plus vif. A cinquante ans, les femmes sont encore jeunes. Mais le progrès moderne nous a donné en même temps que de l'or beaucoup de fausse monnaie. Quand les visages relevés et tendus par le chirurgien s'effondrent, quand les massages ne suffisent plus à réprimer l'envahissement de la graisse, celles qui ont gardé si longtemps l'apparence de la jeunesse deviennent pires qu'étaient au même âge, leurs grand'mères. Les pseudo-jeunes hommes, qui jouent au tennis et dansent comme à vingt ans, qui se débarrassent de leur vieille femme pour épouser une jeune, sont exposés au ramollissement cérébral, aux maladies du cœur et des reins. Parfois aussi, ils meurent brusquement dans leur lit, dans leur bureau, sur le champ de golf, à un âge où leurs ancêtres conduisaient encore la charrue, ou dirigeaient d'une main ferme leurs affaires. Nous ne connaissons pas la cause de cette faillite de la vie moderne. Sans doute, les hygiénistes et les médecins n'y ont qu'une faible part de responsabilité. Ce sont probablement les excès de tous genres, le manque de sécurité économique, la multiplicité des occupations, l'absence de discipline morale, les soucis, qui déterminent l'usure anticipée des individus.



« Seule l'analyse des mécanismes de la durée physiologique pourrait conduire à la solution du problème de la longévité. Actuellement, elle n'est pas assez complète pour être utilisable. Nous devons donc chercher d'une façon purement empirique si la vie humaine est susceptible d'être augmentée. La présence de quelques centenaires dans chaque pays est une preuve de l'étendue de nos potentialités temporelles. D'autre part, on n'a tiré jusqu'à présent aucun renseignement utile de l'observation de ces centenaires. Il est évident, cependant, que la longévité est héréditaire et qu'elle dépend aussi des conditions du développement. Quand les descendants de familles où la vie est longue viennent habiter les grandes villes, ils perdent en une ou deux générations, la capacité de vivre vieux. Seule, l'étude d'animaux de race pure et de constitution héréditaire bien connue, peut nous indiquer dans quelle mesure le milieu influe sur la longévité. Dans certaines races de souris, croisées entre frères et sœurs pendant beaucoup de générations, la durée de la vie varie peu d'un individu à l'autre. Mais si on modifie certaines conditions du milieu, par exemple l'habitat, en plaçant les animaux en demi-liberté au lieu de les garder dans des cages, en leur permettant de creuser des terriers et de revenir à des conditions d'existence plus primitives, elle devient plus courte. Ce phénomène est dû surtout aux batailles incessantes que se livrent les animaux. Si, sans changer l'habitat, on supprime certains éléments de l'alimentation, la longévité également diminue. Au contraire, elle augmente de façon marquée, quand au lieu de modifier l'habitat, la qualité et la quantité de la nourriture, on soumet, pendant plusieurs générations, les animaux à deux jours de jeûne par semaine. Il devient évident que ces simples changements sont susceptibles de modifier la durée de la vie. Nous devons donc conclure que la longévité des êtres humains pourrait être augmentée par l'emploi de procédés analogues.

« Il ne faut pas céder à la tentation de nous servir aveuglément dans ce but des moyens que l'hygiène moderne met à notre disposition. La longévité n'est désirable que si elle prolonge la jeunesse, et non pas la vieillesse. Mais, en fait, la durée de la vieillesse, s'accroît davantage que celle de la jeunesse. Pendant la période où l'individu devient incapable de subvenir à ses besoins, il est une charge pour les autres. Si tout le monde vivait jusqu'à quatre-vingt-dix ans, le poids de cette foule de vieillards serait intolérable pour le reste de la population. Avant de rendre plus longue la vie des hommes, il faut trouver le moyen de conserver jusqu'à la fin leurs activités organiques et mentales. Avant tout, nous ne devons pas augmenter le nombre des malades, des paralytiques, des faibles, des déments. Et même, si on pouvait prolonger la santé jusqu'à la veille de la mort, il ne serait pas sage de donner à tous une grande longévité. Nous savons déjà quels sont les inconvénients de l'accroissement du nombre des individus, quand aucune attention n'est donnée à leur qualité. Pourquoi augmenter la durée de la vie des gens qui sont malheureux, égoïstes, stupides et inutiles ?

« C'est la qualité des êtres humains qui importe, et non leur quantité. Il ne faut donc pas chercher à accroître le nombre des centenaires avant d'avoir découvert le moyen de prévenir la dégénérescence intellectuelle et morale, et les lentes maladies de la vieillesse. »

NOUVELLES
(SUITE)

États anxieux, vertiges, neurasthénie, névroses du sympathique, troubles du sommeil, maladies de la volonté et maladies morales. — Applications de la méthode hypno-pédagogique au traitement des enfants anormaux et nerveux. — Rééducation, psycho-physique de la respiration, de la vision, de l'audition des fonctions motrices, réflexothérapie nasale.

Les mercredis, à 17 heures, Mme DEGOUYS : Exercices de rééducation des enfants anormaux.

Les mercredis et samedis matins : Applications générales de la psychothérapie.

Service du Docteur PHILIPPET (8 h. 30 à 10 h 30) : Traitement des maladies nerveuses et morales ; M. GOSSET (10 h. 30 à 12 h. 30) Éducation psycho-motrice.

Les jeudis, à 20 heures : Consultation du Docteur Marcel VIARD : Psychothérapie, réflexothérapie.

Les dimanches, à 10 heures et les mercredis, à 16 heures : Mme SOIZE : Démonstrations de rééducation respiratoire (applications à l'enseignement du chant, de la parole, de la tenue).

III. *Société de psychothérapie.* — Les séances de la Société de psychothérapie ont lieu les troisièmes mardis à 17 heures, elles sont publiques. La séance annuelle, suivie d'un banquet aura lieu le mardi 19 novembre, sous la présidence d'honneur du Docteur Bonjour (de Lausanne).

Revendications professionnelles. — Une brochure, résumant les principaux points du programme exposé le 9 mai dernier au cours de la belle manifestation du Centenaire de la Société médicale de l'Opéra, a été adressée à tous les médecins de la Seine. Une deuxième réunion sera organisée avant la fin de l'année : elle aura lieu sous les auspices des différentes organisations et Sociétés de défense professionnelle et avec le concours d'un certain nombre de hautes personnalités médicales. Elle évoquera, en particulier, la question des hôpitaux et des dispensaires, le point de vue des médecins sur la loi des Assurances sociales, et le problème de la pléthore professionnelle.

La date en sera fixée prochainement, et communiquée à tous les médecins de la Seine.



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 NOVEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

Actualités

Sociétés savantes

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 28 octobre. M. LEPETZ : Le début de la tuberculose chez le nourrisson.

29 octobre. — M. BONNEL : Etude d'une réglementation des spécialités pharmaceutiques. — M. JORBOT : Image radiologique triangulaire para-médiastinale de la base du poumon. — M. LITTNER : La fièvre du neuvième jour sans éruption au cours du traitement par les arsenicaux.

30 octobre. — M. Carlos SABA : Contribution au diagnostic des fibromes sous-muqueux par l'hystériographie. — M. ROLLAND : Etude de l'absence congénitale du radius. — M. GOLDSTEIN : Hygiène des installations de pétrole en Roumanie.

Thèses vétérinaires. — 29 octobre. — M. BLANCHARD : Lipidose rénale du chat normal et néphrose lipoïdique de l'homme.

Guerre. — M. le médecin général inspecteur Cadiot, directeur du Service de santé de la région de Paris, a été placé, à compter du 22 octobre 1935, dans la 2e section (réserve) du Corps de santé militaire.

Un concours sera ouvert le mardi 10 décembre 1935, à heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris (Val-de-Grâce, 277 *bis*, rue Saint-Jacques), pour l'admission à cinq emplois, en principe, de médecin sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines.

Les candidats admis à concourir devront :

1° Etre Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins ;

2° Etre possesseurs du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;

3° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1935 ;

4° Avoir satisfait au 31 décembre 1935 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le Corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 25 novembre 1935.

Pour tous renseignements complémentaires, les intéressés pourront s'adresser, soit au ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau), soit aux directeurs du Service de santé des régions.

Médaillon du Professeur A. Chauffard. — Les collègues, élèves et amis du Professeur A. Chauffard, dans le but de perpétuer son souvenir, ont décidé de faire poser un médaillon le représentant, dans l'Amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine qu'il illustra de son enseignement magistral.

Une souscription est ouverte dans ce but. Les souscripteurs de 100 francs recevront une réduction en bronze du médaillon.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Association générale des médecins de France (95, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe). — *L'Association générale des médecins de France*, qui groupe 10.000 médecins et qui a distribué l'an dernier plus d'un million de francs à la famille médicale dans la gêne, voudrait faire mieux, elle fait donc appel à tous les médecins qu'elle ne compte pas encore dans ses rangs.

Une collaboration de plus en plus intime avec la Confédération des Syndicats médicaux français permet d'espérer que tous les médecins syndiqués non encore membres de l'Association comprendront la nécessité urgente, en ces temps difficiles, d'adhérer simultanément aux deux groupements.

L'Assemblée générale n'est plus uniquement une œuvre de charité, comme elle l'a été depuis 75 ans et comme le croient encore certains : son Service de retraites individuelles (maximum 30.000 francs), ses prêts d'honneur, secours immédiats au décès, bourses aux familles nombreuses, l'allocation de droit — en voie de création et qui pourrait être l'amorce de la retraite demandée par le Corps médical — montrent l'activité et la modernisation de ce grand groupement professionnel.

L'Association générale des médecins de France qui, de par son rôle voit de très près les détresses médicales voudrait donc que tout jeune médecin soit soucieux de son avenir et s'inscrire dès le lendemain de sa thèse, il fera ainsi acte de solidarité et aussi de sage prévoyance.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

9e Congrès français de stomatologie (Paris, 5-10 octobre 1936). — Le IXe Congrès français de stomatologie aura lieu à la Faculté de médecine et à la Sorbonne du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence du Docteur Pont (de Lyon).

Premier rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques (Docteur SOLEIL). — Traitement chirurgical (Docteur DUCLOS).

Deuxième rapport : Incidents, accidents et complications du traitement orthodontique (Docteur IZARD). — Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Docteur QUINTERO).

Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (Docteur LANDAIS).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général Docteur Dechaume, 182, rue de Rivoli.

Ecole complémentaire homéopathique moderne. — *Programme pour l'année* 1935-1936. (*Première année*). — Chaque vendredi, 20 h. 45 : Les grands remèdes de fond (constitutionnels et de tempérament) avec commentaires cliniques, par le Docteur L.-A. ROUSSEAU. — 21 h. 45 : Thérapeutique homéopathique d'urgence, par le Docteur Ch. NOAILLES.

Programme du 22 octobre 1935 *au 28 janvier* 1936 (2e *et* 3e *années*). — Chaque mardi, mardi 22 octobre 1935, à 20 h. 45, séance inaugurale : Dans quel esprit, il faut aborder l'étude de l'homéopathie, par le Docteur FORTIER-BERNOVILLE. — 20 h. 45 : Matière médicale des remèdes satellites (complémentaires et de



drainage), par le Docteur L. RENARD. — 21 h. 45 : La pratique du drainage et de la canalisation en homéopathie, par le Docteur FORTIER-BERNOVILLE.

Compagnie des Eaux minérales de la Bourboule. La Compagnie informe les membres du Corps médical qu'elle met à leur disposition, une salle de lecture et de correspondance et son Office de renseignements thermaux, 122, boulevard Saint-Germain ; tél. : Odéon 37.91 et 37.92.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE.

Le prince de la peau. — *Tel est le titre d'un article de M. Léon Daudet, dans* l'ACTION FRANÇAISE :

C'est Jean Darier que je veux dire, le maître des maîtres auquel — nous conte Reynaldo Hahn dans un étincelant article du *Figaro* — le Congrès dermatologique de Budapest vient de faire une sorte de triomphe, juste récompense d'une vie de devoir, de conscience et de travaux admirables, menée dans une pénombre glorieuse. Darier appartient à la génération de Widal, de Babinsky, de Vaquez, de Dutil, qui précédait immédiatement la mienne, lorsque j'étais dans les hôpitaux, et fournit une véritable pléiade de talents très divers et très puissants. C'est un des esprits les plus libres, les plus indépendants que j'aie connus, qualité assez rare à la Faculté de Paris, où les dadas et marottes des patrons sont épousés trop facilement. Charles Nicolle, dans la biographie qu'il vient de consacrer à son génial frère Maurice, indique cela en quelques lignes d'une incisive précision. En médecine, comme dans les lettres et les arts, le caractère compte, qui consiste à dire : « Je pense ainsi et non « autrement. Je ne prétends imposer mon avis à personne, mais « j'entends que personne ne prétende m'imposer son avis ».

Spécialiste de la peau et du cancer, Darier est un esprit universel, qui s'intéresse aux arts et aux lettres comme à la médecine générale. Son œil infaillible, la sûreté de son diagnostic, l'originalité de ses points de vue s'appliquent à toutes choses et à toutes gens, et son esprit d'ironie était célèbre dans les salles de garde comme celui de son ami Vaquez. Par ailleurs, il ne cherchait pas à se faire valoir, ni à flatter les mandarins. Il semblait plutôt qu'il se garât d'eux et de leur faculté d'absorption.

. . . .

C'est un domaine très étendu que celui des altérations et des maladies de la peau. Il y a encore cinquante-cinq, soixante ans, c'était un peu la forêt du Dante, la sylve obscure. Notre plus grand syphiligraphe, et auquel on ne saurait refuser le génie, Alfred Fournier, avait commencé à tracer une route dans ladite forêt et une sorte de carrefour d'où l'on pouvait suivre les méfaits du tréponème à travers l'épiderme et le derme, comme à travers le système nerveux. On se rappelle la fameuse controverse entre Charcot et Fournier, au sujet de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale, controverse où Fournier, qui soutenait cette origine contre Charcot qui la niait, eut finalement le dessus. Mais à côté de la grande artère forestière tracée par Fournier, une autre, celle des tumeurs, et de multiples transversales sont l'œuvre personnelle de Darier. L'ovation magnifique faite par les congressistes de Budapest à ce grand médecin, — qui a de la compassion pour ses malades — et par ses collègues du monde entier, se comprend à merveille.

La médecine, ainsi pratiquée, fait le pont entre la connaissance et la charité, qui est l'amour du prochain. Il n'y a rien de plus admirable. C'est parce que j'admire cette profession passionnément que ses termites et rongeurs m'irritent qui, pour des questions de préséance ou des entêtements baroques, barrent la route à celui-ci ou celui-là, poursuivent de leurs rancunes personnelles tel ou tel qui a blessé leur vanité de paons. Tel est le sentiment qui m'a poussé à écrire les *Morticoles* et, par la suite, *Devant la douleur*. Il y a trop de « docteurs ». Il n'y a pas assez de « médecins ». Darier est un très grand médecin de chez nous.

Morale et chirurgie. — *Sous ce titre, ces quelques réflexions de M. le Docteur Crinon, dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL, *à propos du dernier Congrès de chirurgie* :

Dans son discours d'inauguration du Congrès de chirurgie, M. le Professeur Gaston Michel a parlé de la formation morale du chirurgien et, partant, du recrutement du corps des chirurgiens dont l'action est devenue prépondérante dans notre belle profession.

Le chirurgien est aujourd'hui bien vengé d'avoir été tenu pendant longtemps dans une tutelle méprisante. Le barbier, relégué aux interventions commandées par le médecin auquel elles semblaient repugner, a fait plus que conquérir son droit de cité. Si l'on en juge par le crédit dont il jouit dans le temple d'Æsculape et sur l'Agora, il tient, dans le Corps médical, la place capitale, celle qui bénéficie de la plus grande considération et qui reçoit les plus grands honneurs.

Les honneurs ont, comme corollaires, de beaux honoraires. La chirurgie est donc la spécialité enviée et enviable. On s'y rue. Cette ruée comprend parfois des sujets peu honorables chez qui la morale professionnelle s'est écartée pour faire place au mercantilisme à la mode. S'en étonneront les Zoïles à tout crin. Car l'Humanité ne se comprend plus sion la prive de ses faiblesses.

C'est un lieu commun que de décerner à la jeune génération d'après-guerre un appétit assez vif. N'ayant que peu ou mal bénéficié des directives que procurait jadis à la jeunesse l'autorité paternelle et la fréquentation des grands humanistes, elle a considéré la vie comme une arène où se devait mener sans scrupules le combat de la vie. La lutte pour le pain quotidien est devenue pour elle un sport sans code où les lauriers devaient ceindre sans réserve le front des plus audacieux.

Que de cette jeunesse soient sortis des chirurgiens éloignés des principes qui façonnèrent l'intellectualité de leurs devanciers, personne ne doit s'en étonner. Cette profession ne pouvait être exempte de ce mal sporadique qui s'est fait jour parmi toutes les classes de la société, des plus élevés aux plus humbles, des défenseurs de la Justice au crémier détaillant.

L'ignorance n'était plus, jusqu'à ces tout derniers temps, une tare dont il fallait rougir. A l'incitation des capitaines d'industrie que les marchés de guerre avaient dorés sur tranches, elle était même portée par nos rejetons avec quelque cynisme. Trop de chefs de famille enrichis sans efforts disaient à leurs enfants « Vas, ne t'en fais pas, je sais à peine lire et j'ai cependant fait fortune ».

Avec de tels exemples, avec de tels préceptes, on vit des jeunes chacals gravir les degrés de nos Facultés le rictus aux lèvres, et la bourse pleine, avides de commercialiser une profession qui, avant eux, n'avait jamais été un « métier comme les autres ».

C'est à cet instinct de voracité qu'il faut se reporter pour comprendre la mauvaise tenue de quelques rares confrères et la méfiance qui, autour de notre corporation, a remplacé une atmosphère de sympathie déférente.

M. le Professeur Michel a encore souligné la hâte avec laquelle trop de chirurgiens se précipitent vers la socialisation de leur profession. A trop d'entre nous, en effet, la socialisation de la médecine apparaît comme un havre où ils pourront se mettre à l'abri des incertitudes de la vie. De plus en plus, se manifeste la recherche d'un fixe qui les rapprochera du fonctionnaire. Il n'est de bonheur et de gain, croirait-on, en dehors de la domestication du rôle médical.

Dans une société où les forts en gueule réclament une évolution à marches forcées, certains médecins hurlent avec les loups et se disputent la première place dans la colonne qui, demain, sera conduite au sifflet. Pauvres sujets d'un maigre troupeau !

Pour remédier à l'envahissement de la profession par des recrues perverses et son avilissement par un abondon de notre chartre millénaire, M. le Professeur Michel, auquel se rallia M. le ministre Marin, dans une allocution pleine de bonhomie, réclama une culture morale dont toute une génération s'est écartée par ignorance ou snobisme.

Tâche ingrate, tâche surhumaine, tâche qu'il faut cependant assumer. Car si on s'en détourne par lassitude ou indifférence, les médecins et les chirurgiens seront demain tombés très bas dans l'échelle sociale. Leur profession discréditée sera entre les mains de requins affamés ; la raison, la morale, les principes édifiés deviendront une risée. Plus de cerveau, plus de cœur, rien que des entrailles. Ce ne sera même plus l'âge de fer. Ce sera la boue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Données nouvelles sur l'action physiologique du venin de cobra

(Études piézographiques)

Par **N. T. KORESSIOS**

Recherches physiologiques

Nous avons décrit, dans de nombreuses communications l'action vasculaire complexe du venin de cobra, ainsi que certaines autres actions facilement décelables chez l'homme.

Elles se résument :

a) En une action hypotensive très nette, par action sur les capillaires. Cette action est uniquement périphérique et persiste après section du vague ou après atropinisation chez le lapin (1). Gautrelet et Halpern (2), J. Beerens et H. Cuypers (Gand) (3) ont confirmé ces résultats chez le chien.

b) En une élévation de la pression des artères rétiniennes chez des sujets présentant des altérations des capillaires de leur fond d'œil (4). Cette élévation a été mesurée avec l'ophtalmodynamomètre de Bailliart.

c) En une abolition de l'hippus physiologique chez des sujets présentant un syndrome d'hyperorthosympathie (5).

d) En fibrillation musculaire quelques secondes après l'injection du venin dans les muscles du bras.

Comme nous l'avons longuement expliqué dans notre livre (6), l'action primordiale du venin est une action vaso-dilatatrice intense portant sur les capillaires. Cette action, de plus, est durable, par action probable sur les « vasa-vasorum », qui se rapprochent morphologiquement des capillaires du fond de l'œil.

Pour mettre en évidence cette action sur les capillaires, nous avons utilisé un nouveau mode d'exploration qui est appelé à rendre d'utiles services à la physiologie humaine, la piézographie.

Principe du piézographe et piézographie

Peu d'appareils permettent de se rendre compte des modifications de la pression artérielle mesurée à la radiale aussi bien que le piézographe de D. M. Gomez et Langevin.

On sait que tout cristal de quartz soumis à un effort orienté dans le sens de certains de ses axes produit, sur les deux faces perpendiculaires au sens de la pression, des charges électriques proportionnelles à l'effort.

(1) Laignel Lavastine, N. T. Koressios et Mlle Würmser (Lise). — Le mécanisme physiologique de l'action hypotensive du venin de cobra. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 mars 1934.

(2) Gautrelet (J.) et Halpern (N.). Étude expérimentale de l'action du venin de cobra sur la circulation. *C. R. Soc. de Biol.*, 3 mars 1934, 912.

(3) J. Beerens et H. Cuypers (Gand). Action du venin de cobra sur la circulation. *Bruxelles Médical*, t. 15, n° 28, 12 mai 1935, p. 757-771.

(4) Bailliart et N. T. Koressios. Quelques effets du venin de cobra sur l'œil. *Société d'Ophtalmologie de Paris* (séance du 21 avril 1934).

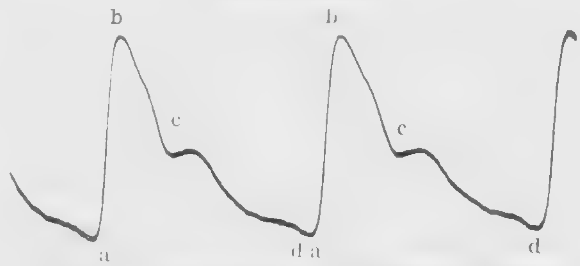
(5) Bailliart et N. T. Koressios. Traitement des affections vasculaires du fond de l'œil par le venin de cobra. *Pratique médicale et chirurgicale*, avril 1934, n° 2.

(6) N. T. Koressios. Le venin de cobra. Son action physiologique. Ses effets thérapeutiques, Maloine, 1935.

Description de l'appareil

Le cristal de quartz est solidaire d'un bâti fixe par l'une de ses extrémités et par l'autre à un patin qui est appuyé sur l'artère, le tout formant un système rigide. Les variations de la pression sanguine sont transmises sans déplacement au quartz par l'intermédiaire du patin. Les charges électriques développées sont recueillies dans une lampe à vide, amplifiées par des triodes et servent à faire varier l'angle d'inclinaison du miroir d'un oscillographe électro-magnétique à période propre très élevée. Un spot lumineux est ainsi projeté sur un papier sensible se déroulant à une vitesse constante et y inscrit la courbe des variations de pression en fonction du temps.

Tracé normal



Tracé piézographique d'homme normal

Si nous considérons les éléments de ce tracé, nous voyons qu'il est constitué d'une ligne ascendante et d'une courbe descendante. Au milieu de cette courbe descendante est un accident.

La période entière correspond à une contraction cardiaque.

La ligne ascendante correspond à la systole artérielle. Plus cette distance augmente, plus forte est la systole, du fait soit d'une augmentation de la force de la contraction cardiaque, soit d'une augmentation de l'ondée systolique due à une diminution des résistances périphériques.

La courbe descendante est contemporaine de la diastole.

L'accident correspond à la fermeture des sigmoïdes aortiques. La partie de la courbe décroissante à partir de l'accident marquant la fermeture des sigmoïdes aortiques, s'appelle « décrément ». La pente de cette courbe ou " θ ", indique l'état de béance ou de rétrécissement du calibre des capillaires. Sa rapidité se détermine par un calcul logarithmique.

Pour fixer les idées, nous dirons que " θ " égale à 2,5 chez un sujet normal. Si ce chiffre est augmenté, il y a vaso-dilatation des capillaires ; s'il est diminué il y a vaso-constriction.

Le rapprochement ou l'éloignement des deux points initiaux de chaque période permettent d'apprécier la vitesse de chaque contraction cardiaque, soit la bradycardie ou la tachycardie (1).

Dans l'étude qui va suivre nous allons considérer :

1° L'éloignement ou le rapprochement des deux points initiaux de chaque courbe qui nous indiqueront la bradycardie ou la tachycardie consécutive à l'injection de venin de cobra. En comparant ces mesures prises avant l'injection du médicament, nous indiquerons le degré de bradycardie ou de tachycardie en pourcentages.

2° L'amplitude de la ligne ascendante, ou amplitude de la systole. Nous établirons un pourcentage d'augmentation ou de diminution de cette amplitude mesure sur les tracés pris avant l'injection de venin.

3° Le « décrément » ou " θ " indiquant l'état de rétrécissement ou de béance des capillaires. Une augmentation de ce coefficient de pente dont la normale est de 2,5 indique une vaso-dilatation.

Nous pouvons à la lueur de ces indications procéder à l'examen de quelques courbes prises sur trois sujets normaux et deux sujets pathologiques. Ces courbes ont été prises avant et après l'injection dans les muscles du bras d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré.

(1) Ces notions nouvelles hémodynamiques ont été étudiées et introduites en clinique par Gomez.

1) *Tracé piézographique d'homme normal* (*N. T. K.*)
Avant l'injection de venin de cobra.



Le coefficient de pente, ou " θ " est de 1,4.
Quinze minutes après l'injection dans les muscles du bras d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré.



Nous notons :
1° Une tachycardie de 11 % par rapport à la courbe précédente ;
2° Une augmentation de l'amplitude systolique de 3 %.
3° Un coefficient de pente ou vaso-dilatation de 1,6.
Conclusions : Chez ce sujet normal, nous notons une légère vaso-dilatation périphérique ainsi qu'une légère tachycardie consécutivement à l'injection d'un vingtième de milligramme de venin de cobra ;

2) *Tracé piézographique d'homme normal* (*T. H.*) *Avant l'injection de venin.*

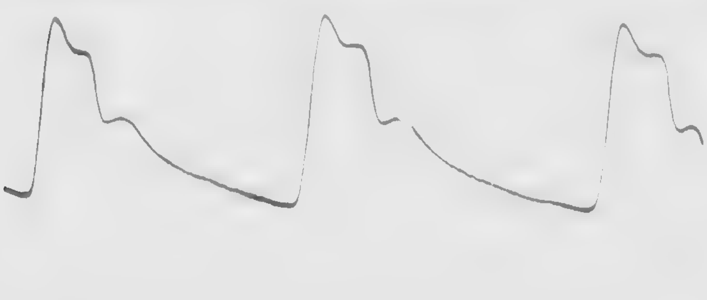


Le coefficient de pente ou " θ " est de 2. Quinze minutes après l'injection dans les muscles du bras d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré.

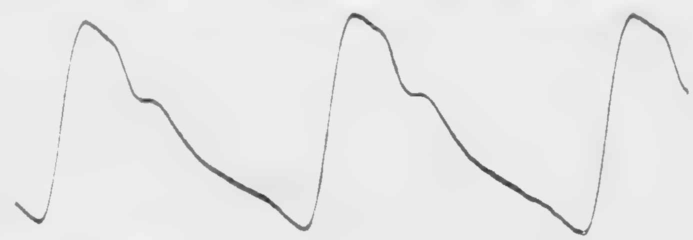


Nous notons :
1° Une bradycardie de 20 % par rapport à la courbe précédente ;
2° Une augmentation de l'amplitude systolique de 12 %.
3° Un coefficient de pente ou vaso-dilatation de 2,6.
Conclusions. — Chez ce sujet normal, nous notons, consécutivement à l'injection de venin de cobra une bradycardie importante (+ 1 5) et une vaso-dilatation importante des capillaires.

3) *Tracé piézographique d'homme normal* (*B.*) *Avant l'injection de venin de cobra.*



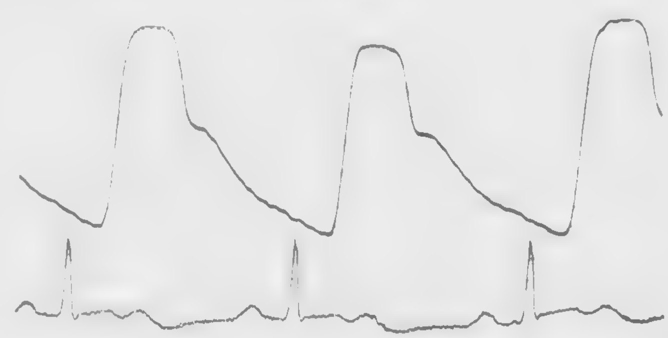
Le coefficient de pente ou " θ " est de 1,11.
Cinq minutes après l'injection dans les muscles du bras d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré.



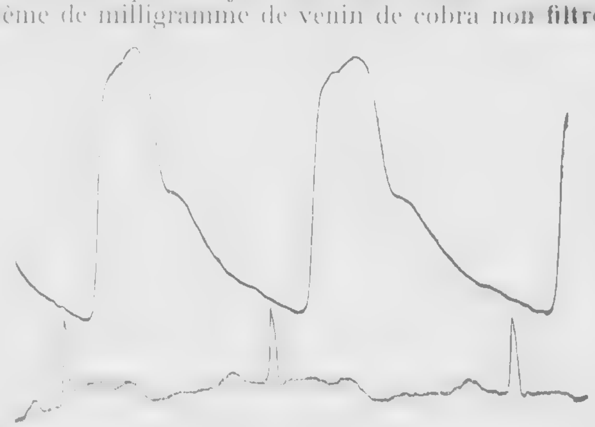
Nous notons :
1° Une bradycardie de 11,5 % par rapport à la courbe précédente ;
2° Une légère diminution de l'amplitude systolique de 5 % ;
3° Un coefficient de pente ou vaso-dilatation légèrement diminué de 1,38.
Conclusions. — Chez ce sujet normal, nous notons, cinq minutes après l'injection du venin une légère vaso-constriction des capillaires, accompagnée de bradycardie. Il faut noter, à propos de cette courbe, qu'assez fréquemment l'injection de venin de cobra provoque une légère vaso-constriction initiale.

1) *Tracé piézographique et électrocardiographique de sujet pathologique*

Mme B..., Hypertension avec sclérose artério-capillaire et rénale.
Urée 0 gr. 73.
Gros clangor aortique. Bruit de galop. Souffle systolique de la pointe.
Avant l'injection de venin de cobra.



Le coefficient de pente ou " θ " est de 2,70.
Dix minutes après l'injection dans les muscles du bras d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré.



Nous notons :
1° Une bradycardie de 7 % par rapport à la courbe précédente ;
2° Une augmentation de l'amplitude systolique de 23 %.
3° Une augmentation du coefficient de pente ou vaso-dilatation qui est de 3,10.
Conclusions. — Chez ce sujet pathologique, hypertendu, présentant une légère insuffisance ventriculaire gauche, nous

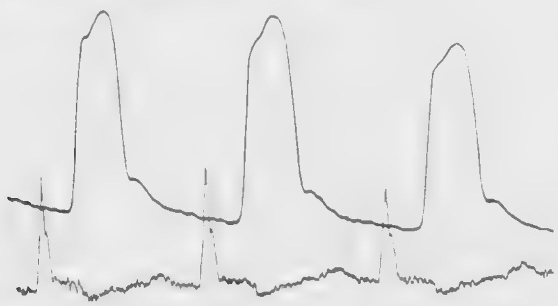

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

notons dix minutes après l'injection de venin de cobra une légère bradycardie et une forte vaso-dilatation périphérique.

5) *Tracé piézographique et électrocardiographique de sujet pathologique.*

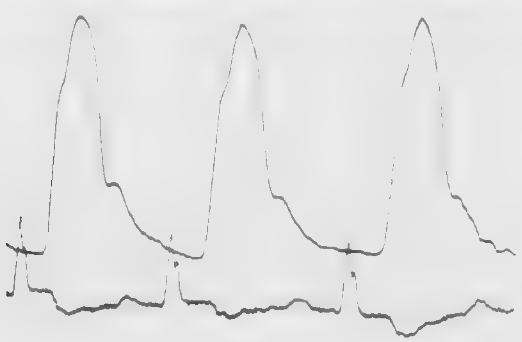
Mme S... Forte hypertension solitaire. Pas de sclérose artério-capillaire. Bruit de galop. Tachycardie. Clangor aortique. Urée sanguine 0 gr. 22.

Avant l'injection de venin de cobra.



Le coefficient de pente ou " θ " est de 2,2.

Cinq minutes après l'injection dans les muscles du bras d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré.



Nous notons :

1° Pas de bradycardie ;

2° Une augmentation légère de l'amplitude systolique, de 1[illegible]

3° Une augmentation du coefficient de pente ou de vaso-dilatation qui est de 2,8.

Dix minutes après l'injection.



Nous notons :

1° Pas de bradycardie ;

2° Augmentation de l'amplitude systolique de 25 % ;

3° Augmentation du coefficient de pente ou vaso-dilatation qui est de 3,15.

Conclusions : Chez ce sujet pathologique, hypertendu cardiaque, le venin de cobra a provoqué une forte vaso-dilatation périphérique indépendante de toute bradycardie.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

L'action hypotensive du venin de cobra due à la vaso-dilatation périphérique qu'il provoque par action probable sur le métasympathique indépendamment du vague, peut être étudiée grâce au piézographe de Gomez et Langevin qui met en évidence d'une façon tout à fait précise les modifications au niveau tant des artérioles que des capillaires.

L'étude de ces courbes permet de conclure :

1° Chez l'homme normal, le venin de cobra aux doses d'un vingtième de milligramme provoque, après une légère phase de vaso-constriction initiale, une vaso-dilatation secondaire, cinq à dix minutes après l'injection, se traduisant tant par l'augmentation de l'amplitude de la systole que par l'augmentation du coefficient de pente, montrant ainsi son action élective sur les capillaires ;

2° Chez le sujet pathologique, le venin de cobra, aux doses d'un vingtième de milligramme, provoque également une vaso-dilatation portant électivement sur les capillaires, indépendante de toute bradycardie.

Le problème du dépistage et du traitement des enfants déficients des écoles primaires [1]

Par le Docteur G. PAUL-BONCOUR

Professeur à l'École d'Anthropologie

Directeur médical de l'Institut médico-pédagogique de Vitry

Dans toute école primaire existe un groupe d'élèves qui, pour une raison ou pour une autre, n'est pas adapté à l'enseignement régulier. Si l'on examine individuellement chacun de ces retardés scolaires, on s'aperçoit que les causes de cette situation sont extrêmement diverses : les uns sont des paresseux, très souvent d'origine pathologique, les autres ne fréquentent pas l'école ou la fréquent irrégulièrement pour des raisons légitimes ou illégitimes.

Il y a aussi des êtres atteints de tares visuelles et auditives et, enfin, il existe quelques élèves qui sont atteints d'une insuffisance mentale : ce sont ceux qu'on appelle les déficients psychologiques ou encore arriérés psychiques. Ces sujets sont intéressants à juste titre : en effet, il convient de les dépister et de les extraire du groupe de ces retardés scolaires dont je viens de citer quelques types. Pour que le dépistage soit correct et pour qu'il n'y ait aucune confusion, il importe d'avoir présentes à l'esprit leurs caractéristiques principales.

D'abord, il faut se souvenir que l'évolution mentale est plus lente chez le déficient que chez les enfants normaux, que l'âge de l'intelligence ne correspond pas à l'âge réel et, de plus, que le niveau définitif est tardivement atteint. De cela, je tire une première conséquence, c'est que la scolarité de ces individus doit être en général prolongée au delà de 13 et 14 ans. En second lieu, il faut se souvenir que la capacité de développement mental est réduite ; ce qui signifie que le déficient psychique n'atteint que rarement un niveau normal. Il est donc nécessaire de prévoir une assistance scolaire ou plutôt post-scolaire.

Enfin, le retard mental entraîne le retard scolaire : l'arriéré mental est en même temps un arriéré pédagogique.

Bien entendu, la déficience est le résultat d'une perturbation ou d'une lésion des centres nerveux : tout défi-

(1) Cet article est extrait d'un rapport au Congrès des délégués cantonaux de France (1er juin 1935).

cient est un malade ou un infirme et il y a lieu de prévoir une action médicale.

Examinons comment dépister ces déficients, car c'est la première opération indispensable.

***

Si certains sujets ont une attitude tellement anormale, présentent des facultés tellement pauvres, qu'il est très facile de les discerner parmi les mauvais élèves, il en existe un certain nombre dont l'arriération est moins accusée : leur dépistage n'est pas moins désirable et néanmoins l'opération est beaucoup plus délicate. En conséquence une technique s'impose. Plusieurs délégations (2) ont donné leur avis sur ce point : les unes proposent que ce soit le médecin-inspecteur qui fasse le dépistage, les autres que ce soit l'instituteur. Il est indifférent que ce soit un médecin ou un instituteur si ces personnes possèdent la technique.

Ainsi que l'affirme la délégation de Corbeil dans le rapport du Docteur Chabert avec lequel je suis d'accord, une seule méthode est précise : c'est la technique psychométrique, imaginée par Binet et Simon, qui permet en quelques minutes, à l'aide de tests et d'épreuves, d'évaluer le niveau mental d'un écolier et d'indiquer le retard, si ce dernier existe.

La méthode Binet Simon (ou toute autre méthode qui en dérive) constitue le meilleur moyen de dépister un déficient et de faire connaître le degré de retard, ce qui est capital pour la raison suivante : il est, en effet, de toute nécessité de séparer l'enfant déficient éducable et adaptable, c'est-à-dire susceptible de profiter des méthodes pédagogiques spéciales en vue de son adaptation sociale, du déficient inéducable qui ne doit pas figurer dans les établissements scolaires. Du point de vue philanthropique, il est juste d'assister, d'améliorer ces sujets, si la chose est possible, mais, tenter leur éducation est une œuvre stérile. Je signale cependant, toujours au point de vue philanthropique, qu'il existe une catégorie intermédiaire qu'on appelle les semi-adaptables ou utilisables. Ce sont des déficients scolairement inéducables, mais il est possible, après une action appropriée, de les employer dans des tâches inférieures surtout automatiques. Eux non plus ne doivent pas figurer dans les classes et les écoles dont je parlerai tout à l'heure ; toutefois je les signale parce qu'il serait profondément maladroit, au moment de la sélection, soit de ranger ces semi-adaptables parmi les éducables, puisqu'ils perdraient leur temps à l'école et encombreraient les classes, soit de les considérer comme des non-valeurs définitives, ce qui constituerait une faute économique et un manque d'humanité.

En effet, l'expérience prouve qu'un utilisable convenablement entraîné peut obtenir un gain qui vient en déduction sur les frais que son assistance occasionne à la société ; et j'ajoute que l'organisation de la formation professionnelle de ces déshérités est d'autant plus désirable que le nombre des organismes à l'usage des déficients étant très restreint, on a tendance, à l'heure actuelle, à y admettre les inadaptables, parce qu'on ne sait où les placer. En somme, les deux problèmes sont intimement liés.

Pour qu'il ne subsiste aucune confusion, je rappelle que l'on considère comme déficient éducable tout élève dont le retard mental ne dépasse pas trois ans avant l'âge de 10 ans.

De toutes ces considérations, je conclus donc que la méthode des tests a une valeur incontestable pour dépister des déficients mentaux, pour fixer le degré de déficience et pour permettre la sélection des adaptables, des utilisables et des inadaptables.

***

Quel est le moyen pratique d'appliquer la méthode psychométrique dans une école ? Il semble difficile de tester individuellement tous les élèves d'une classe de cinquante élèves par exemple, car l'examen d'un seul sujet demande au minimum 30 à 40 minutes. Il est donc nécessaire de se borner et de ne faire porter les investigations que sur le groupe restreint de ceux que l'on considère comme atteints d'une déficience. Tantôt on propose de tester les élèves considérés comme anormaux par les maîtres, ceux-ci se basant sur l'insuffisance des connaissances scolaires, ou bien signalant, suivant l'heureuse expression de la délégation lyonnaise « les enfants qui ne sont pas comme les autres ». Tantôt, on estime que le médecin doit être chargé de ce choix. Tantôt enfin, on se borne à examiner individuellement les élèves qui constituent la queue de la classe, en prenant par exemple le dernier cinquième. C'est une méthode que j'ai personnellement utilisée dans quelques écoles de la Ville de Paris et qui donne des résultats excellents, parce que, en même temps que l'on dépiste les déficients, on apprend pourquoi les autres élèves non déficients sont de mauvais élèves et ne suivent pas la classe.

Le Docteur de Chabert préconise un dépistage en deux temps :

1° Un dépistage en gros à l'aide de tests collectifs :

2° Un examen complet et individuel des déficients repérés par le dépistage précédent.

Il existe en effet des tests collectifs très ingénieux (le test P. V. de Simon, première partie) consistant en une série d'épreuves que tous les enfants peuvent accomplir en même temps et en l'espace d'une heure. L'enfant se conforme aux indications qui sont écrites en face de chacune des questions. Chaque réponse est cotée par un point, si elle est réussie. Comme les épreuves sont d'une difficulté différente, la somme des points obtenus par un enfant permet, en se reportant à un barème établi d'avance, de déterminer son âge mental. Les sujets ainsi dépistés sont et demeurent suspects de déficience, et il reste à les examiner individuellement, ce qui permet de ratifier ou non cette première sélection.

Il va de soi que cette méthode est tout ce qu'il y a de plus scientifique, mais l'épreuve collective ne peut réussir que si l'écolier sait lire, écrire et comprendre ; par conséquent, le système est possible s'il s'agit de la première année du cours élémentaire, de la deuxième année du cours élémentaire et de la deuxième année du cours moyen. Il est inutile de l'appliquer dans les classes supérieures. Par ailleurs les élèves qui arrivent à l'école et qui ne savent pas lire doivent être testés individuellement. Par conséquent, quelle que soit la méthode employée, nous avons à notre disposition trois procédés qui, à un moment donné, aboutissent tous à un examen individuel complet et méticuleux de l'enfant repéré comme atteint probablement de déficience.

Qui doit établir ce niveau mental ?

Si tous les maîtres étaient au courant de cette technique, le problème serait très facilement résolu. Quelques délégations cantonales trouvent souhaitable que ceux qui sont chargés de l'éducation de la jeunesse soient mis à même, au cours de leur préparation pédagogique, de reconnaître chez leurs élèves les cérébralités anormales. Un médecin scolaire, qui a appris la technique, peut aussi être chargé de cet examen, de même que les assistantes d'hygiène scolaire.

Plusieurs de mes élèves, soit de l'Ecole des Assistantes scolaires, soit de l'Ecole de Service social, ont été initiées à la pratique des tests et rendent des services incomparables dans les écoles auxquelles elles sont affectées.

(2) Les délégations cantonales avaient été priées de me faire connaître leur avis sur la solution du problème.

Mais, en admettant qu'aucune des personnes susdites ne possède la technique, il reste à diriger l'enfant vers une consultation de neuro psychiatrie infantile, organisme qui, à l'heure actuelle, se répand de plus en plus et où la méthode psychométrique est communément appliquée.

Mais alors il faudrait qu'il y eût dans toutes les villes importantes un dispensaire neuro-psychiatrique dont l'utilité n'est pas contestable. La délégation cantonale de Creil signale qu'elle emploie ce dernier moyen et elle indique les heureux résultats. La délégation cantonale de Romans préconise également cette méthode, de même que la délégation de Corbeil. C'est avec raison qu'on peut vanter les mérites et l'utilité de ces centres neuro-psychiatriques, organismes des plus qualifiés pour prendre en toute connaissance de cause des décisions au sujet d'un enfant anormal ou déficient. A côté des médecins psychiatres, des assistantes d'hygiène scolaire ou des assistantes de psychologie, il y a en outre des spécialistes, des radiographes, etc... L'enfant est, par conséquent, connu intégralement et lorsqu'il sort de cette clinique la décision est transmise au directeur de l'école, qui dirige l'enfant vers l'organisme qui lui convient. Je puis citer comme un modèle de clinique neuro-psychiatrique à imiter celle qui est dirigée par le Docteur Heuyer et fait partie du Patronage de l'Enfance (rue de Vaugirard).

***

Voilà donc une première sélection, c'est la sélection d'ordre mental. Si la déficience existait seule la sélection serait relativement aisée, mais fâcheusement très souvent l'arriéré présente en outre des troubles de caractère qui par leur forme et leur intensité gênent l'éducation et réclament un mode de placement particulier.

Le Docteur Audemard a donné une classification, dans laquelle sont envisagées toutes les anomalies mentales des écoliers. Il y a lieu, en effet, de distinguer les déficients simples, ceux dont je viens de vous parler des déficients qui ont en outre des troubles du caractère, des réactions caractérielles anormales et, enfin, des anormaux de caractère qui n'ont aucune déficience mentale. Ce dernier type ne rentre pas dans le cadre de ce rapport puisque la question est le dépistage des déficients. Par contre, le deuxième type est le plus souvent observé. Binet et Simon ont même écrit que 70 % des arriérés ont, en outre, des troubles du caractère. Or, en vue des méthodes et surtout du placement, il y a lieu de tenir compte de l'anomalie de caractère.

Du point de vue pratique, on peut distinguer les types suivants. Les instables dont le déséquilibre est à la fois psychique et moteur, ces êtres toujours en mouvement, qui ne peuvent rester en place, qui causent sans cesse, qui sont turbulents, indisciplinés, souvent punis naturellement. Leur attention est instable et ne peut se fixer ; elle est à la merci du moindre incident. L'instable a horreur de toute coercition, son désir le plus grand est de vagabonder et voilà une des causes les plus fréquentes du vagabondage scolaire, de l'école buissonnière.

Il y a, ensuite, les coléreux, les impulsifs, les batailleurs, parfois dangereux, et dont l'impulsivité se traduit aussi par des paroles, des malhonnêtetés, des injures. Ce sont des êtres indésirables et insociables et qu'on ne peut ni conserver à l'école, ni mélanger avec les tranquilles et les dociles. A rapprocher de ce type les obstinés, les entêtés, « les mal enbouchés » et les paranoïaques.

Enfin, existent d'autres déficients dont une délégation, la délégation parisienne, a parlé ; ce sont ceux qui sont atteints d'une anomalie morale : pervertis ou pervers, ce sont les antisociaux.

Ces notions très sommaires démontrent cependant qu'il serait déplorable de mélanger tous ces types.

***

En outre de la sélection mentale et caractérielle s'impose une sélection médicale. Du moment que les anormaux sont des malades, il y a lieu de préciser la cause de la défectuosité pour la traiter. De plus, les lésions nerveuses créent des états pathologiques : épilepsie, tics, paralysie, défauts de langage ; il existe des troubles endocriniens, etc.. etc... Si chez un enfant normal, les troubles intestinaux gênent le travail, *a fortiori* le travail d'un déficient qui est très lent et très pauvre en sera d'autant plus gêné. Je ne dis pas que ces états créent l'anomalie mentale, mais ils l'entretiennent et la majorent.

De tout cela on peut conclure que le traitement des déficients doit être à la fois pédagogique et médical et cela aussi bien quand il s'agit du dépistage qu'au cours de la scolarité.

***

J'aborde maintenant la deuxième partie du problème. Le déficient est dépisté, nous connaissons son niveau mental, son caractère ; il faut le traiter. Deux points sont à envisager : *Quelles méthodes employer ? Dans quel ordre les appliquer ?* Les méthodes éducatives relatives aux déficients mentaux de toutes catégories sont connues depuis longtemps et il faut savoir que c'est en France, en 1837, que les méthodes à suivre ont été établies par Seguin. Puis vint Bourneville, qui créa un établissement à Bicêtre où il perfectionna les procédés pédagogiques à l'usage des anormaux. Lorsque j'avais l'honneur d'être l'interne de Bourneville je voyais les gens de tous les pays venant s'initier à ses méthodes pour les appliquer dans leur pays, tandis qu'en France on ne faisait pas grand'chose, sauf dans quelques établissements privés, tels que l'Institut d'Etiolles et l'Institut médico-pédagogique de Vitry.

Les derniers perfectionnements datent de 1909. A la suite d'une loi, dont nous reparlerons, furent fondés des établissements publics dépendant du ministère de l'Instruction publique, maintenant ministère de l'Education nationale, ce qui compléta ainsi notre système scolaire primaire. Dans tous ces organismes privés ou publics, les méthodes éducatives ne varient pas. Elles ont subi les épreuves du temps et aucune hésitation n'est possible sur leur efficacité.

Il est difficile d'exposer une méthode qui se juge rapidement et beaucoup mieux par la vue d'une classe en action. Néanmoins, voici les principes directeurs les plus essentiels.

Du moment qu'un déficient ne peut pas s'adapter à l'enseignement régulier, tel qu'il est donné à la majorité des enfants, il est logique que ce soit l'école qui se plie aux nécessités personnelles : c'est le grand principe de l'individualisation de l'enseignement. Or, pour l'appliquer, il importe que le maître n'ait à s'occuper que d'un nombre restreint d'élèves, 15 ou 20 au maximum ; il faut en plus que ce groupe de 15 ou 20 soit homogène. Certaines personnalités font parfois observer qu'un déficient, restant dans une classe ordinaire, peut y réussir, c'est-à-dire atteindre le niveau scolaire correspondant à ses possibilités mentales et la délégation d'Arc-en-Barrois préconise ce moyen dans les écoles rurales. La chose est possible et je vois de temps en temps des enfants nettement déficients auxquels l'instituteur a pu donner l'instruction dont ils étaient capables. Toutefois, pour qu'il en soit ainsi, il faut que le maître se soit spécialement occupé de cet anormal. Or, comme le dit très justement la délégation de Grand-Serre (Drôme) : « si les maîtres « arrivent à inculquer quelques connaissances, leurs ef- « forts ne sont pas couronnés de succès pour la plupart « du temps et, de plus, c'est au détriment des autres élè- « ves, que les efforts du maître se portent sur la catégorie « des déficients. »

Bien entendu, pour être un bon maître, il faut connaître la nature de ces individus, avoir été initié aux méthodes et surtout avoir fait des stages dans des établisse-

◆◆

ments spéciaux. Avec des déficients lents à attention superficielle, des méthodes d'enseignement concrètes, allant du simple au complexe, sont nécessaires, l'éducation doit être attrayante, car sans cette qualité l'attention se disperse immédiatement. Du reste depuis quelques années, ont été conçus des jeux éducatifs très rationnels et correspondant aux niveaux intellectuels : ils sont communément employés.

Il est un principe sur lequel j'insiste particulièrement: l'enseignement doit être utilitaire : il ne faut pas être victime de ce mirage pédagogique en vertu duquel on se figure qu'un déficient auquel on aura donné des notions scolaires va pouvoir voler de ses propres ailes et être adapté à la vie sociale. Pour obtenir ce résultat, il est urgent de lui apprendre un métier. Or, nous savons que le déficient a besoin, aussi bien pour posséder un métier que pour acquérir des connaissances scolaires, de soins spéciaux, qu'en raison de ses aptitudes réduites la formation professionnelle est longue et qu'enfin il présente toujours de la débilité motrice et de la maladresse manuelle. Voilà pourquoi les individus qui n'ont pas subi de préparation spéciale ne peuvent réussir dans un atelier ordinaire et voilà pourquoi il est nécessaire de préparer un déficient à l'apprentissage, et dès son entrée à l'école de s'occuper de l'éducation des sens et de l'éducation manuelle et motrice.

La délégation cantonale de Saint-Germain, indique dans son rapport que les déficients profiteront particulièrement du travail manuel et des exercices corporels : marche, gymnastique rythmée, etc., de tous les exercices qui entraînent à développer l'éducation des sens, le raisonnement, le jugement si pauvre chez ces sujets. Le travail manuel permettra l'accroissement de l'attention, de l'intérêt, de la volonté, l'exactitude.

Concluons donc : en ce qui concerne l'éducation des déficients, le mot éducation doit être compris dans son sens le plus large, le traitement ne doit pas être seulement médico-pédagogique, il doit être médico-éducatif. Si on ne respecte pas ce principe, on aura certes des résultats, mais non des succès.

Je serai bref sur le rôle du médecin. Son action doit être constante, et s'efforcer de remédier à toutes les défectuosités. La délégation de Creil a indiqué une façon d'agir qui est très recommandable : « Le médecin, après « examen complet de l'enfant, conclut à la nécessité ou « de diriger le déficient vers un dispensaire antivénérien, « s'il présente des signes de syphilis héréditaire, ou de « l'envoyer dans un dispensaire antituberculeux, ou de « soigner l'enfant dans sa famille, s'il s'agit de troubles « endocriniens ou d'épilepsie. Dans ce cas, une ordon- « nance est remise à la famille qui est toujours présente « à l'examen de l'enfant, ordonnance qui indique les mé- « dicaments qu'il faut prendre et quand l'enfant doit re- « venir se faire examiner de nouveau. »

* * *

Reste à examiner le moyen pratique d'appliquer le traitement médico-éducatif. La solution du problème est très aisée, du moins théoriquement. En ce qui concerne les enfants déficients simples et très légèrement instables, il suffit de les faire bénéficier de la loi du 15 avril 1909, qui a prévu toute cette série de soins médico-éducatifs, qui a édicté que l'on peut créer soit des classes dites de perfectionnement, annexées aux écoles primaires, ou des internats de perfectionnement, établissements autonomes. Dans les classes doivent figurer les déficients les moins atteints, ceux qui, sortant à 13 ou 14 ans, de l'école, sont susceptibles d'entrer dans un atelier ordinaire. Ces classes peuvent être groupées dans une même école et peuvent être également des classes mixtes.

Dans les internats sont placés les arriérés éducables les plus atteints et qui ont besoin d'une formation professionnelle, ce qui est possible puisque les élèves sont conservés jusqu'à 18 ans. De plus, la loi de 1909 indique que dans ces internats doivent exister des ateliers et que l'enseignement agricole et horticole est des plus utiles. En effet le législateur s'est rendu compte de la nécessité de faire apprendre un métier et il a spécifié que dans ces organismes la moitié du temps passé à l'école serait consacré à la formation professionnelle. De même, il a prévu des patronages post-scolaires pour le placement des élèves à la sortie de ces établissements. Naturellement l'éducation y est donnée par des maîtres entraînés, possédant la technique, car tout éducateur d'anormaux doit être pourvu de certificat d'aptitude à l'enseignement des arriérés, certificat décerné à la suite d'un examen théorique et pratique, et après un stage dans un organisme de perfectionnement.

Pour que ne soient pas admis dans ces établissements les inéducables ou les arriérés pédagogiques sans insuffisance mentale, tout écolier doit être examiné avant son admission par une Commission médico-pédagogique composée de l'inspecteur primaire, du directeur de l'école de perfectionnement et d'un médecin : cette Commission décide de l'envoi soit dans une classe, soit dans un internat. Un représentant de la famille est toujours invité à assister à l'examen de l'enfant.

Bien entendu, je ne parle pas des quinze articles et des décrets qui sont venus perfectionner cette loi, mais, ce qu'on peut dire, c'est que partout où elle est appliquée, des résultats évidents ont été constatés.

Puisqu'il y a environ 5 % de déficients parmi les enfants, toute agglomération de 200 élèves devrait donc avoir une classe annexée. Les villes et les campagnes où les écoles ne possèdent pas cet effectif doivent bénéficier d'un internat autonome. D'ailleurs, cette forme d'établissement est toujours recommandable pour les arriérés les plus atteints et pour les instables auxquels ne convient pas le régime de l'externat.

La loi du 15 avril 1909, donne donc une solution ou plutôt donnerait une solution, s'il n'y avait pas un article premier qui fait que cette loi est facultative : en effet, nous y lisons :

Article premier

« Sur la demande des communes et du département *peuvent* être créées pour les enfants arriérés des deux « sexes des classes. . . . etc. »

Or, comme les départements et les communes, pour des raisons que je ne puis et ne veux pas rechercher, n'ont pas saisi l'importance sociale de cette création, il s'ensuit que sur 60.000 enfants éducables qu'il y a en France (il y en a qui disent 100.000, c'est peut-être exagéré) il n'y en a que 3.500 à peine qui profitent d'un enseignement convenant à leurs possibilités mentales et sur ces 3.500, 1.500 appartiennent aux départements récupérés parce que (c'est triste à dire), les Allemands considèrent depuis longtemps qu'il est équitable, humanitaire et économique de s'occuper de ces déshérités.

M. le Sénateur Strauss a déposé un projet tendant à rendre la loi de 1909 obligatoire. M. le Sénateur Cuminal en a été le rapporteur. Les années passent, les ministres également et rien n'est fait. On peut donc s'étonner que, à l'heure actuelle, des lois concernant l'éducation de la jeunesse, l'inspection médicale des écoles ne soient pas dignes de figurer au premier rang dans les préoccupations du Parlement.

Voilà pour les enfants légèrement instables et pour les enfants déficients, mais où allons-nous former les écoliers très instables, les impulsifs dangereux et violents ? Ils pourraient être admis dans les internats de perfectionnement, si ceux-ci étaient plus nombreux et étaient construits, comme cela est logique, suivant le type pavillonnaire : il serait dès lors possible de sélectionner les élèves et d'appliquer à certains des méthodes de redressement avec une discipline plus sévère. Mais les maîtres de nos internats autonomes actuellement existants font

BIBLIOGRAPHIE

Exploration radiologique des côlons et de l'appendice au moyen de solutions floculantes. Images des muqueuses. Technique. Séméiologie. Syndromes, par Georges MAINGOT, Raymond SARASIN et Henri DUCLOS. Préface du Docteur Antoine BÉCLÈRE. Un volume grand in-4° (25 × 32) de 230 pages avec 203 figures. Relié toile : 200 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'examen radiologique de la muqueuse colique constitue un grand progrès en gastro-entérologie. La méthode est actuellement assez au point pour entrer dans la pratique courante. Elle consiste à radiographier le relief de la muqueuse recouverte d'un enduit opaque aux rayons X.

La technique préconisée par MM. Maingot, Sarrasin et Duclos comprend trois temps. Un énéma opaque aux rayons X administré avec des précautions soigneusement exposées, remplir le gros intestin sans le distendre et sans changer les rapports habituels : c'est le premier temps de l'examen. Les suggestions diagnostiques sont les mêmes qu'avec les lavements au sulfate de baryum et de la pratique courante mais les images sont plus fines, plus riches et plus exactes.

Le deuxième temps commence après évacuation de l'intestin. Le côlon se contracte. L'énéma retenu sur la muqueuse comme un vernis donne une image au premier abord complexe et bien difficile à interpréter. C'est un aspect « en couche mince », une image de plissement qui n'a rien de comparable aux perspectives de réplétion. Le mécanisme du plissement et l'aspect de celui-ci sont exposés d'une manière assez analytique pour que les faits se dégagent et se classent.

Au troisième temps le côlon tapissé de floculat opaque est soumis à une distension par insufflation d'air. L'image est encore une perspective « en couche mince », c'est une vue de la muqueuse déplissée. Les signes se tirent des caractères des bords ou marges et de la surface intermarginale.

Un chapitre de séméiologie précède l'exposé des syndromes et prouve la tendance didactique des auteurs. « L'exploration radiologique des côlons et de l'appendice au moyen des solution floculantes » n'est pas un traité complet de radiodiagnostic en pathologie colique. Le lecteur « est supposé en possession des données classiques ; sa position est comparable à celle d'un praticien instruit qui, désireux de s'initier aux plus récentes acquisitions de la médecine, suit un cours de perfectionnement.

Une des nouveautés apportées au diagnostic par les images de muqueuse est la connaissance des états réactionnels non inflammatoires du côlon. La description de ceux-ci précède celle des colites. Quoique depuis quarante ans le radiodiagnostic nous ait donné des résultats extraordinaires, il est impossible de ne pas admirer cette expression précise des « états liquidiens et irritatifs » de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Après l'exposé des colites spécifiques et non spécifiques, un paragraphe est consacré aux particularités des colites sigmoïdiennes. Suivent les chapitres sur les tumeurs bénignes, les diverticuloses et diverticulites, les périviscérites, la tuberculose et le cancer.

L'ouvrage est complété par une étude méticuleuse des affections appendiculaires. L'impression qui se dégage est que l'ère des signes indirects est passée et que les lésions appendiculaires ont, en radiologie, une expression immédiate.

De très belles et très nombreuses figures complètent un texte toujours simple et clair.

Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé : **Platon**, tome IX, 1re partie, *Le Politique*. Texte étudié et traduit par le chanoine A. DIÈS : 250 francs. Société d'édition des Belles Lettres.

La publication de l'œuvre de Platon dans la Collection Guillaume Budé continue avec un rythme régulier. L'édition de la République maintenant achevée, M. le chanoine Diès, grand spécialiste des études sur la philosophie grecque, publie, accompagné d'une traduction nouvelle, le Politique.

Ce dialogue qui fait suite au Sophiste, précédemment paru, a pour objet la définition du politique. Le texte est précédé d'une copieuse notice de 65 pages, où est lumineusement exposée la théorie platonicienne.

Collection des Universités de France : **Cicéron**. *Correspondance*, tome II. Texte établi et traduit par L.-A. CONSTANS, professeur à la Faculté des lettres de Paris : 20 francs. Société d'édition des Belles-Lettres.

Ce deuxième volume des lettres de Cicéron se rapporte à la période où, victime des passions démagogiques romaines, le grand homme d'État, en proie à un profond découragement, part pour l'exil.

L'intérêt de cette correspondance est qu'elle montre l'écrivain avec toutes les ressources de son activité littéraire et qu'elle constitue un document politique de premier ordre.

Collection « Le Monde hellénique » : **Epidaure**, par F. ROBERT, agrégé de l'Université, membre de l'École française d'Athènes : 12 francs. Société d'édition les Belles-Lettres.

Accompagné d'une vingtaine de reproductions phototypiques hors texte, cet ouvrage a été conçu sur le même plan et dans le même esprit que les monographies de Delphes, de Délos, d'Athènes ancienne, déjà parues dans cette collection.

L'étude de M. F. Robert sur les origines et sur le développement du culte d'Esculape est pleine d'aperçus nouveaux sur la mythologie et sur la science médicale. Mais le grand intérêt actuel du site d'Épidaure, c'est son admirable théâtre, d'une conservation parfaite et dont l'auteur de ce volume a, en quelques pages vivantes et suggestives, condensé l'histoire.

remarquer qu'avec les déficients agités, les fortes têtes, il faut avoir des méthodes spéciales auxquelles ils ne sont pas initiés. Quoiqu'il en soit, le type déficient avec instabilité forte ou impulsivité n'est pas reçu dans nos internats de perfectionnement.

Quelle solution adopter ? Il y a une loi, la loi du 28 juin 1904 relative à l'éducation des pupilles difficiles qui prévoit des internats appropriés. Du moment que nulle école ne veut accepter ces êtres difficiles et insociables, la famille a la ressource d'obtenir le placement dans ces établissements qui peuvent être départementaux ou privés, mais alors agréés par le Ministère. Nous possédons un établissement de ce genre dans la Seine, l'École Théophile Roussel qui reçoit : 1° les enfants indisciplinés des écoles de Paris et du département sans déficience mentale ; 2° les déficients mentaux éducables avec anomalies caractérielles. Comme l'établissement est du type pavillonnaire, il est possible de sélectionner d'après le niveau mental, et les déficients instables sont mis à part : ils reçoivent une instruction conforme à leurs aptitudes : ils apprennent un métier, car on les conserve jusqu'à 18 ans.

Ce type d'école devrait être multiplié et si la loi était respectée (cependant elle est obligatoire) nous aurions le moyen de placer les enfants sus-indiqués.

Les excités, les fortes têtes, les pervers indressables qui vagabondent, qui volent, qui ont des perversions sexuelles et dont la malignité est constante, doivent être dirigés vers des maisons de rééducation rattachées soit à des asiles d'aliénés, soit à des établissements correctionnels. Je ne dis pas que dans ces institutions seront obtenus des résultats bien merveilleux, mais, quand il s'agit de mineurs, il est admis qu'on doit tenter des récupérations.

Désirant être complet et donner un aperçu de tous les modes d'assistance éducative, je mentionne un type d'établissement ayant ses avantages. C'est l'établissement qui reçoit tous les types d'anormaux, les déficients les plus atteints comme les plus légers, tous les anormaux de caractère et même les épileptiques. Pour que cet organisme soit acceptable et remplisse son but il importe :

1° Qu'il soit autonome :

2° Qu'il soit construit d'après le type pavillonnaire afin que toutes les formes d'anomalies soient séparées.

Des établissements privés de ce genre en France et à l'étranger fonctionnent et donnent d'excellents résultats. Je fais remarquer que les Pouvoirs publics ont créé de ces établissements, mais ils ont eu le tort de les inclure dans les asiles d'aliénés : 1° ce ne sont pas des institutions autonomes ; 2° la sélection n'est pas parfaite car si les déficients très profondément atteints sont bien à leur place, il est navrant de voir figurer un arriéré un peu difficile ou mal élevé au milieu d'idiots, d'imbéciles ou d'épileptiques en déchéance.

J'ai vu dernièrement un jeune homme qui sortait d'un de ces établissements. Il avait 18 ans et voulait s'embaucher. Le patron lui a demandé d'où il sortait. Quand il a répondu qu'il venait d'un asile d'aliénés, l'effet a été déplorable. La place de ces êtres peu atteints n'est pas dans ces établissements de fous. Les familles acceptent ces placements parce qu'elles sont indigentes et ne peuvent supporter les frais d'une éducation dans des maisons privées. De nombreuses personnalités (notamment le Docteur Heuyer) blâment cette façon de faire et cependant elle est admise par le ministère de la Santé publique !

J'ai dit, tout à l'heure, que ces établissements médicaux recevaient des épileptiques. C'est une heureuse formule, car où placer un malade de ce genre, partout refusé ? Le placement dans un asile d'aliénés en vertu de la loi de 1838 n'est possible que pour un être idiot. Mais un épileptique éducable mérite un autre traitement. Un établissement autonome avec système pavillonnaire est donc tout indiqué.

L'Union départementale des délégués cantonaux de la Seine m'a transmis par la voie du Professeur Emile Perrot des vœux qui concernent surtout des enfants délinquants. Il est demandé que la fréquentation scolaire soit mieux assurée et que l'enseignement spécial soit généralisé. Il est demandé aussi que le Service social qui fonctionne près du Tribunal des Enfants soit officialisé en raison de son importance que nul ne peut mettre en doute. Mais il y a deux vœux qui semblent particulièrement intéressants : l'un réclame la révision de la loi de 1912 concernant les mineurs traduits en justice : l'autre voudrait que l'enseignement spécial fût fourni partout où les enfants sont en traitement pour une période assez longue, par exemple dans les établissements correctionnels. Il importe, en effet, que le mineur délinquant apprenne un métier. L'inoccupation est souvent la cause première de la défaillance ; or si le mineur n'est pas préparé à la vie après son jugement, la récidive est certaine, et voilà pourquoi il serait désirable que ceux (familles, patronages, établissements) à qui est confié l'enfant se préoccupassent sérieusement de son apprentissage (1). Comme un tiers des enfants délinquants est déficient, une éducation spéciale est urgente.

* * *

Dans cet exposé rapide je n'ai pu qu'effleurer certaines questions qui mériteraient d'être soigneusement étudiées. Par exemple, il serait intéressant de comparer la valeur des classes annexées et des internats de perfectionnement. A côté des personnes qui réclament les deux systèmes, il en est qui ne veulent ou que la classe annexée ou que l'internat.

Il est une autre question qui mérite un examen, celle du choix du métier. Vers quelle occupation faut-il diriger ces déficients ? A mon avis, l'on abuse trop de l'artisanat. Ce n'est pas le tout de posséder un métier, il faut pouvoir l'utiliser. Or, quand on est maladroit et peu débrouillard, tout en connaissant le métier, on n'y réussit pas et les gains s'en ressentent. Bref l'artisanat ne convient qu'à une minorité, et mieux vaut préparer l'anormal à une tâche plus simple et plus automatique, notamment aux occupations agricoles. Nous voyons encore des instituts de perfectionnement où il n'y a même pas un jardin !

Il y aurait enfin à envisager l'assistance éducative des utilisables.

Certains internats de perfectionnement acceptent quelques-uns de ses sujets et obtiennent d'excellents résultats. Fâcheusement le nombre des admis est restreint, aussi est-il urgent de prévoir d'autres organismes. Je puis citer par exemple le Centre médico professionnel des Grésillons que j'ai pu créer grâce à la bienfaisance privée. Dans ce Centre sont entraînées trente jeunes filles utilisables non reçues dans les internats de perfectionnement ou renvoyées en raison de leurs tares caractérielles accentuées. Sont également admises les épileptiques. Ces mineures font du cartonnage et sont payées au prorata de leur rendement. Elles sont admises de huit heures du matin à six heures du soir, peuvent déjeuner sur place et reçoivent en sus une éducation ménagère. Les résultats sont très encourageants (2) et du reste cet organisme est actuellement municipalisé. Ce n'est qu'un externat et il serait désirable que des internats de ce genre fussent créés. Entre l'établissement de perfectionnement et l'asile d'aliénés il y a place pour des organismes spéciaux.

* * *

En assurant l'assistance éducative des déficient *(de*

(1) Sur cette question de l'orientation professionnelle des mineurs délinquants, je signale la thèse de Droit de Mme Collec Hallu (1934) à laquelle j'ai fourni la documentation nécessaire d'après mes examens portant sur les jeunes détenus de la prison de Fresnes.

(2) On trouvera des détails plus complets dans la communication de mon assistance Mme Lantzerberg au Congrès international pour la protection de l'enfance (1933), Tome III, page 85.

tous les déficients) on contribue à perfectionner notre système pédagogique, puisque, en définitive, l'éducation des mal doués fait partie de cet enseignement sélectif qui est l'idéal car il fournit à chaque intelligence le milieu éducatif qui lui convient qu'il s'agisse de bien doués, de moyennement doués ou d'anormaux adaptables et utilisables.

ACTUALITÉS

A propos des colites (1)

Par **Jean COTTET**

Chef de Clinique à la Faculté

Les colites amibiennes et post-dysentériques ont été étudiées récemment par MM. Carles et Bonnin. Les auteurs rappellent que le substratum anatomique de la maladie est, et sera avant tout, le gros intestin ; puis ils esquissent le tableau bien connu de la crise aiguë et de son traitement. Rapidement, nous entrons dans le vif du sujet : où et quand commence la colite post-amibienne ?

Dans l'intrication de l'amibiase colique invétérée et de ses complications non parasitaires, quels sont les facteurs qui entretiennent la colite ? L'élément infectieux joue un double rôle : il favorise l'invasion tissulaire par les amibes en déterminant une irritation de la muqueuse, exposant ainsi la sous-muqueuse à l'envahissement des parasites ; ultérieurement cette infection compliquera les ulcérations dysentériques ajoutant ses répercussions toxémiques générales aux lésions amibiennes locales. A côté de l'élément infectieux il faut faire la part de l'*élément toxique* : l'effraction et la déficience fonctionnelle de la muqueuse colique laissent supposer le passage de substances toxiques normales et anormales contenues dans le gros intestin. D'autre part il ne faut pas oublier les *éléments dystrophiques* de la colite amibienne : cette colite a de nombreuses répercussions anatomiques ou fonctionnelles sur les organes voisins ; ce sont les localisations extra-rectales de la dysenterie, les périviscérites. Enfin, dans les colites post-dysentériques, à côté des éléments infectieux, toxiques et dystrophiques, comme dans toute colite, Carles et Bonnin font la part des *éléments nerveux*, fonctionnels ; à côté des ulcérations jeunes de la poussée de dysenterie il existe les cicatrices indélébiles des poussées anciennes ; ce sont-elles qui jouent un rôle important dans la genèse des entéro-névroses (Carles) ou des entéro-névrites (Loeper).

La plupart des dysentériques restent des éclopés du ventre : ils accusent parfois de la diarrhée, parfois de la constipation, plus souvent des alternatives de diarrhée et de constipation. Mais surtout ils souffrent, et ils souffrent autant de leur estomac que de leur intestin : lenteur des digestions, gonflement épigastrique après les repas et même douleur du plexus solaire ; l'état général est touché : tachycardie, hypotension, cyanose, transpiration des extrémités sont des troubles fréquemment observés.

En pratique il est difficile, pour ne pas dire impossible, de délimiter ce qui revient à l'amibe dysentérique ou aux séquelles de l'amibiase. D'ailleurs les auteurs terminent leur rapport par cette phrase bien suggestive : « les lésions, « les troubles et les séquelles authentiques de l'amibiase « apparaissent et se poursuivent dans un ordre de succession « que la pathologie permet de décrire, mais que la clinique « offre aux praticiens sans qu'ils puissent toujours dire où « le malade en est de son infection et de sa maladie amibienne ».

D'autres colites spécifiques méritent une mention à côté des colites amibiennes. Elles ont été l'objet d'un second rapport de M. Marcel Brulé. L'auteur étudie les colites a lamblias et a trichocéphales et commence par la description des *lambliases chroniques*. La symptomatologie n'en présente rien de très spécifique.

D'après la statistique de M. Brulé il y a un syndrome dysentérique seulement dans 7 % des cas, dans 26 % une diarrhée intense ; dans 26 % une diarrhée banale, dans 20 % des alternatives de diarrhée et de constipation ; dans 14 % on ne note aucun trouble de l'évacuation intestinale ; dans 7 % une constipation simple est observée. Les douleurs intestinales sont peu fréquentes et peu intenses dans les formes chroniques ; les troubles dyspeptiques sont ceux de toute colite. Dans certains cas, des crises abdominales douloureuses et fébriles ont été observées. Devant ce tableau clinique imprécis l'auteur pense que seul l'examen des selles permet le diagnostic ; encore doit-il être interprété : d'abord les kystes de lamblias peuvent manquer pendant de longues périodes ; ensuite le fait que 8 à 10 % des sujets sains présentent des kystes de lamblias ne permet pas de rapporter sûrement les symptômes colitiques au parasite. Cependant, d'après Brulé, tout sujet porteur de lamblias est justiciable du traitement antiparasitaire par le stovarsol en ingestion. Sur vingt cas de lamblias, Brulé a obtenu seize fois, par ce traitement, la disparition de tous les troubles. Ce n'est que dans les cas rebelles qu'on aura recours aux injections sous-cutanées d'arsenicaux pentavalents ou d'arsémétine.

La seconde partie du rapport est consacrée aux *colopathies à trichocéphales* ; leur polymorphisme est encore plus accentué que celui des colopathies à lamblias. Les troubles de l'évacuation intestinale y sont des plus variables. Plus souvent ce sont des douleurs abdominales qui amènent le malade à consulter ; comme dans toute colite elles siègent avec prédilection sur le cæco-ascendant ; des douleurs à type de syndrome de Kœnig ont été notées une fois ; ce peut être des crises douloureuses et fébriles ; enfin comme dans toute colopathie, dans certains cas, les troubles dyspeptiques dominent la symptomatologie ; d'autres fois une colite à trichocéphales peut prendre le masque d'une colibacillose. Aussi, comme pour les colites à lamblias leur diagnostic ne pourra être fait que par l'examen systématique des selles. Mais 18 à 20 % des sujets sains étant porteurs de trichocéphales il faut, dans l'interprétation des résultats de laboratoire, tenir compte de l'abondance des parasites après enrichissement par la méthode de Carles et Barthélemy. De nombreux œufs décelés trois jours de suite permettent de penser que la parasitose est bien la cause des troubles intestinaux observés. Le critère thérapeutique aussi aura son importance, puisque dans plus de 60 % des cas la guérison pourra être obtenue par le traitement antihelminthique. Brulé conseille l'huile de chénopode associée à une purgation pour éviter le séjour trop prolongé de l'huile dans l'intestin ; parfois cette thérapeutique provoque des réactions intestinales pénibles qui seront calmées par l'emploi de sous-nitrate de bismuth. Dans les cas où l'intestin est très intolérant, Brulé conseille le benzo-méta-crésol, moins actif d'ailleurs que l'huile de chénopode. Mais ce qu'il faut avant tout, c'est répéter le traitement antihelminthique.

* *

C'est une affection bien curieuse, bien mystérieuse et peu connue en France que la *sprue*. Elle est étudiée par MM. A. et P. Augier. Cette maladie a d'abord été observée en Asie et au Mexique ; puis récemment des cas ont été

(1) D'après le Congrès de Plombières, septembre 1935, sous la présidence du Professeur Carnot.

publiés aux Etats-Unis, en Europe et en France même. Sa symptomatologie est assez nette. Le début se fait par des troubles intestinaux sous forme de diarrhée. La période d'état est caractérisée par trois ordres de symptômes qui donnent à la maladie un aspect bien caractéristique : l'*amaigrissement* extrême de ces sujets contraste avec la distension de leur abdomen ; les *selles* sont volumineuses et émises sans douleur au nombre de trois à quatre par jour ; leur aspect surtout est très particulier : grises ou blanchâtres, rendues brillantes par les graisses non digérées, elles sont rendues mousseuses par de petites bulles de gaz venant éclater à leur surface ; leur odeur est acide ; enfin troisième symptôme caractéristique, la *stomatite* ; mais d'autres symptômes attirent l'attention : le teint d'une pâleur grise terreuse est fait d'une pigmentation localisée aux régions découvertes et d'une anémie ne descendant guère au-dessous de deux millions de globules rouges. Mais surtout les auteurs insistent sur les *troubles du métabolisme des graisses* : bien que normalement dédoublées, celles-ci ne sont pas absorbées. Enfin, signalons une élévation du métabolisme de base et une hypocalcémie avec hypophosphorémie.

La pathogénie de cette affection est mal connue. Aucun agent spécifique n'a pu être mis en évidence. Après avoir étudié l'hypothèse des affections par carence, A. et P. Augier conçoivent la sprue comme un syndrome de carence portant électivement sur les vitamines B_2 ; cette carence serait due à des troubles de la perméabilité du grêle consécutifs à une lésion antérieure du gros intestin de nature diverse.

La base du traitement de la sprue est le régime. Trois types ont été proposés : la cure de fruits, le régime lacté, la viande crue. Voici la technique des auteurs : lait écrémé pendant la périodes d'aphtes et de diarrhée, ensuite régime lacto-farineux, puis lacto-ovo-farineux. Comme médication adjuvante A. et P. Augier conseillent la limonade chlorhydrique, la pepsine, les sels de chaux et surtout les extraits hépatiques.

***

Toute colite a des *réactions lointaines* et d'ordre plus ou moins toxique.

Ce sont ces réactions qu'étudient MM. L. Justin-Besançon et René Cachera. La première partie de leur rapport est consacrée à la clinique, la seconde à la physiopathologie et à l'expérimentation.

Les auteurs rappellent les réactions des différents appareils au cours des colites : troubles gastriques (violentes indigestions, dyspepsie à type hyperchlorhydrique ou hyposthénique), réactions hépato-biliaires (congestion hépatique, cholécystites, périviscérites), réactions cardio-vasculaires (algies précordiales pouvant simuler l'angine de poitrine, arythmies, phénomènes vaso-moteurs) ; enfin n'oublions pas les réactions urinaires, génitales, pulmonaires, nerveuses, endocriniennes.

Mais Justin-Besançon et Cachera consacrent la plus grande partie de leur travail aux données physio-pathologiques et expérimentales sur les réactions à distance d'origine colique.

Chez le chien, le spasme expérimental du gros intestin détermine de violentes contractions dans l'estomac avec vomissements ; la distension d'une portion quelconque du tube digestif, au-dessous du pylore, amène l'inhibition des mouvements dans les autres segments intestinaux tant en amont qu'en aval. Les réactions hépatiques sont moins nettes : les pressions exercées au niveau du transverse amènent le plus souvent une diminution transitoire du volume du foie. A côté de ces *réactions* réflexes, les auteurs envisagent les *réactions humorales* ; l'histamine, un des poisons les plus importants né de la digestion colique présente une action de blocage sur la circulation hépatique et portale, combinée à de puissants effets hypotenseurs artériels. L'étude en a été récemment poussée par M. Loeper et ses élèves. Il est intéressant de souligner la concordance entre ces faits expérimentaux et les notions cliniques telles que l'augmentation transitoire du volume du foie au cours de la digestion, faits qui ont été bien mis en évidence par Gilbert et Villaret, Loeper, Pagniez et Escallier.

En terminant leur rapport les auteurs insistent sur la multiplicité et l'extrême diversité des résonances qu'éveillent dans l'organisme entier les affection du côlon ; il est toute une série de mécanismes nerveux réflexes qui mettent en jeu l'appareil vago-sympathique.

***

Que peut donner de nouveau la radiologie dans les colites ?

MM. R. Gilbert, S. Kadrula et L. Babaiantz étudient le RELIEF INTERNE DE L'INTESTIN DANS LA RADIOLOGIE DES COLITES. Nous laisserons ici de côté les notions de technique, minutieusement décrites par les auteurs, pour ne parler que des résultats cliniques.

La muqueuse normale présente trois formes particulièment fréquentes : *la forme en arborescence* caractérisée par un plissement fin, développé et proéminent ; le *plissement transversal* schématisé par des plis étroitement serrés, perpendiculaires au grand axe de l'intestin ; le *plissement longitudinal* dont les plis sont orientés dans le sens du grand axe de l'intestin.

Quels aspects peut prendre la muqueuse dans les colites ?

La congestion et de l'œdème inflammatoire, modifications précoces de la colite, sont caractérisés radiologiquement par l'*augmentation du calibre des plis* ; ils apparaissent élargis et plus proéminents ; l'échancrure entre deux plis voisins, dont les contours sont arrondis à l'état normal se rétrécit et devient anguleuse. Plus l'atteinte est grave, et plus la muqueuse perd sa capacité d'augmenter sa sur, face en multipliant le nombre des plis. Le relief muqueux observé radiologiquement est alors simplifié, il se rapproche de la forme de plissement longitudinal et peut même s'effacer.

Les ulcérations produisent *des images par addition* ; des petites ulcérations proéminent en *flammèches*, de plus grandes en *forme d'éperon* : si l'ulcère pénètre les couches profondes l'*éperon se ramifie* ; des ulcérations plus larges donneront une *image en plateau*. Un aspect granuleux est en rapport avec de *multiples et petites ulcérations*. Après la cessation de la congestion, les plis réapparaissent.

L'augmentation des sécrétions modifiera également l'aspect radiologique : *aspect granulé* dû à la fragmentation plus fine, *aspect grumeleux*, s'il y a excès de liquide résiduel, *aspect moucheté*, en cas de liquide de stase avec résidus alimentaires.

En conclusion, les renseignements radiologiques seront de trois ordres : modifications morphologiques du relief intense de l'intestin, — modification du contenu intestinal et de l'état de propreté de la muqueuse, — modifications de la paroi colique dans ses couches profondes. Cette méthode nouvelle offre des possibilités de diagnostic différentiel suivant l'appréciation du siège, de l'étendue et du degré de gravité des lésions ; elle donne l'espoir d'aider au diagnostic étiologique de la colite : colite muco-membraneuse, colite amibienne, colite tuberculeuse ; elle procure également des éléments de pronostic et surtout des indications thérapeutiques utiles en cas d'intervention chirurgicale.

***

De la thérapeutique, du moins des signes locaux il n'y a peut-être pas grande nouveauté à dire. Comme la diététique elle peut cependant nous retenir un instant.

La thérapeutique a fait l'objet de plusieurs rapports à Plombières. MM. Paul Savy et Albert Chapuy se sont occupés du TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET DIÉTÉTIQUE. *Le repos* représente évidemment l'élément sédatif essentiel ; il va de la simple absence de surmenage au repos complet au lit ; de toute manière la position horizontale après le repas, avec applications chaudes abdominales, représente une né-

cessité. Mais à côté du repos physique on ne doit pas négliger le repos moral : l'isolement relatif loin du milieu et des obligations habituelles est souvent indispensable dans les formes tenaces.

Un régime bien équilibré est fonction de multiples desiderata ; maintenir une ration alimentaire suffisante, supprimer la cellulose, tenir compte de l'apparition de diarrhée de fermentation ou de putréfaction, d'insuffisance hépatique associée ; le praticien devra avant tout se libérer de principes diététiques trop étroits et prescrire en surveillant les effets, une alimentation substantielle, variée, capable de redonner au malade l'appétit perdu et de stimuler chez lui toutes les forces vitales et auxiliaires de la guérison.

A côté du régime, la thérapeutique médicamenteuse ne devra pas être négligée. Parmi les *médicaments spécifiques* l'émétine, le stovarsol, le yatrène donnent des résultats, alors même qu'aucun examen ne révèle de parasitisme. La *médication sédative* s'adressera avant tout aux applications chaudes et à la belladone ; les préparations opiacées seront réservées aux cas graves, mais on n'utilisera fréquemment les calmants du système neuro-végétatifs : gardénal, ésérine, valériane, éphédrine. *Le carbonate et surtout le sous-nitrate de bismuth* seront la base de la thérapeutique des colites ; les auteurs rappellent dans son emploi les règles de Bensaude : à faibles doses dans les périodes diarrhéitiques, à doses plus élevées de 10 à 20 gr. *pro die* dans les périodes de constipation, il est le médicament par excellence des colites et de toutes ses complications.

Parmi les *antiseptiques* seront maniés tour à tour le charbonate de chaux, le kaolin, le benzonaphtol le calomel ; on n'oubliera pas la *médication lactique* sous forme d'acide lactique, de kéfir ou de yoghourt. Enfin les auteurs rappellent des médications plus accessoires ou à n'employer que dans certains cas particuliers : médication anticolibacillaire (sérum de Vincent), médication désensibilisante et hépatique (peptones, hyposulfite de magnésium ou de soude), opothérapie digestive, vitamines ; et là il nous faut signaler les intéressantes recherches de Rachet et A. Busson qui par l'emploi de lavements pendant plusieurs jours de suite renfermant 3 c.c. de carotène en suspension dans 150 c.c. d'huile d'olive ont vu des améliorations très nettes de recto-colites ulcéreuses, maladies échappant comme on le sait à toute améliorationt thérapeutique.

MM. A. Besredka et R. Wahl consacrent un rapport à la VACCINOTHÉRAPIE LOCALE DANS LES COLITES. Après avoir rappelé comment les chercheurs ont été conduits à découvrir la vaccination locale préventive et curative, après avoir rappelé le mode de préparation des vaccins (auto-vaccins, stock-vaccins) les auteurs envisagent la partie pratique de leur exposé. *Comment administrer les vaccins* ? Donné par voie buccale il sera prescrit le matin, à jeun, une demi heure avant le petit déjeuner ; si le sujet ne présente pas de signes de colite trop accentués il sera bon de lui donner en même temps de l'extrait de bile ou un cholagogue provoquant une chasse biliaire afin de débarrasser l'intestin de la couche de mucus et permettre une meilleure pénétration du vaccin ; enfin plus rarement on pourra employer la voie rectale, ou l'instillation dans la vessie ou même dans le bassinet ; exceptionnellement la vaccination locale par la porte d'entrée suivant la méthode de Poincloux et Arloing. *Dans quels cas la vaccinothérapie locale sera-t-elle particulièrement indiquée* ? Les colites infectieuses aiguës ou subaiguës, monomicrobiennes (salmonellas, paratyphiques aberrants, staphylocoques...) paraissent aux auteurs l'indication majeure. Dans les colites compliquées d'infection extra-intestinale, les résultats seront également souvent rapides, mais moins constants et surtout rarement définitifs. On ne pourra avoir d'amélioration dans les colites ulcéro-hémorragiques que dans les cas récents. Dans les colites chroniques simples la vaccinothérapie aura également sa place ; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'un syndrome toujours complexe où les troubles fonctionnels (spasmes, atonie, insuffisance digestive) ou mécaniques (stases intestinales), les fermentations bactériennes peuvent intervenir ; aussi la vaccinothérapie locale pourra-t-elle modifier certains symptômes sans pouvoir prétendre atteindre la cause de ces colites chroniques. Mais n'est-ce pas là le sort habituel de tous les traitements de la colite muco-membraneuse ? Aussi les auteurs concluent-ils que, dans ce dernier type de colite, la vaccinothérapie mérite d'être employée au même titre que les autres thérapeutiques et en alternant avec elles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1935

Torsion splénique. — *M. Hartmann* rappelle que les péritonites dues aux torsions d'organes demeurent longtemps aseptiques, et que leur traitement précoce ne nécessite pas de drainage. Dans deux cas la rate ectopique pouvait être perçue au toucher vaginal dans le cul-de-sac latéral. En position déclive, le déplacement de l'organe aidait au diagnostic de sa nature.

M. Fredet, président, fait part à la Société, du décès de *M. Alexandre Guéniot*, dont il retrace la vie et les principaux travaux. La séance est levée en signe de deuil.

Endothéliome de l'articulation du cou-de-pied. *M. Moulonguet* rapporte une observation de *M. Fiévez*. Une femme de 50 ans, présentait une volumineuse tumeur de la synoviale ayant nécessité l'amputation de la jambe. Le squelette était envahi. Au point de vue histologique, il s'agissait d'un endothéliome. L'évolution fut longue, avant que l'intervention, ne soit pratiquée.

Lobe accessoire du foie. — *M. Roques* (Armée) a rencontré chez un Sénégalais, au cours d'un examen radiologique, une image de kyste hydatique du foie. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un lobe accessoire sphérique de la face convexe de l'organe. (Rapport de *M. Moulonguet*.)

Procédé nouveau de technique opératoire des collections intrathoraciques enkystées. — Il s'agit dans ce travail de *M. Bousquet* (Bône), de vingt quatre observations de kystes hydatiques suppurés. Sous contrôle radiologique, l'auteur injecte dans le trajet du bleu de méthylène pour repérage opératoire. Puis amarrage du poumon au périoste costal, et évacuation de la poche. Ce procédé permet une résection costale minima, et a donné vingt deux succès. *M. Robert Monod* à propos de ces cas, estime qu'il est cependant préférable d'opérer ces collections suppurées en deux temps.

Ostéosynthèses à prothèse perdue. — *M. Ménégaux* rappelle les accidents que peuvent entraîner les prothèses métalliques perdues, en dehors même de toute tare préexistante chez le blessé. Il convient donc d'étudier le comportement de l'os en face des divers métaux. *M. Ménégaux* a utilisé dans ce but, avec *M. Odiette*, les réactions de diverses cultures de tissu osseux en face de particules métalliques différentes. De quarante-trois métaux ou alliages de métaux étudiés, il découle qu'on doit rejeter l'emploi de certains métaux qui se montrent très toxiques *in vitro*, et leur préférer des métaux sans toxicité dont l'auteur donne la liste. Cette étude donne l'explication des insuccès fréquemment rencontrés, étant donnés les alliages habituellement employés.

M. Heitz-Boyer a imaginé autrefois, pour remédier aux accidents des prothèses métalliques, de faire des ostéosynthèses à l'aide d'os mort, suivant une technique qu'il redécrit.

M. Leriche demande si on ne pourrait étudier de la même façon tout le matériel chirurgical, catgut, etc., et tout particulièrement l'os purum (matériel osseux dépouillé) que les Suédois ont récemment introduit dans la pratique des prothèses et des substitutions osseuses.

M. Alglave s'élève contre le discrédit actuel de l'ostéosynthèse. Il a vu au contraire des pseudarthroses guérir après ostéosynthèse métallique.

M. Capette rappelle que *M. Wiart* a longtemps étudié la

toxicité des métaux, et que ses travaux se trouvent confirmés par les expériences de M. Menegaux.

M. Fredet pense qu'il faut reconnaître à la communication de M. Menegaux le très grand avantage de permettre l'emploi de certains métaux avec toute assurance sur leur non toxicité. Il estime nécessaire de poursuivre également des expériences *in vivo*, comme le fait depuis 1925 M. Crétin. On doit en effet tenir compte des modifications que les métaux peuvent subir dans leur constitution même, lorsqu'on les a travaillés.

Contention des fractures diaphysaires du fémur après réduction sanglante. — *MM. Lamarre* et *Larget* (Saint-Germain-en-Laye), ont étudié les divers modes de contention de cette fracture. Elle est en règle très difficile. Ils ont imaginé une technique plus sûre qui comporte deux fiches ou vis près du foyer et deux fiches aux extrémités de l'os. On réalise ainsi pour le même os deux systèmes de prothèse externe, que réunissent deux fiches horizontales.

Séance du 23 octobre 1935

A propos des accidents de l'ostéosynthèse. — *M. Richard* apporte quatre observations de fractures fermées, traitées par l'ostéosynthèse métallique, et chez lesquelles la consolidation n'a pu être obtenue que par l'ablation des agents métalliques, et leur remplacement par une greffe osseuse.

Entorse grave du genou. — *M. Mathieu* rapporte une observation de *M. Merle d'Aubigné* qui, dans une entorse externe grave du genou avec fracture de la tête du péroné, a proposé une intervention immédiate. Il a pu ainsi, après ostéosynthèse du péroné, suturer le ligament latéral externe aux crins. Un excellent résultat fut obtenu, avec disparition totale des mouvements de latéralité préexistants.

Côte cervicale bilatérale. Syndrome de Raynaud. — *M. Sénèque* a eu l'occasion d'opérer une jeune fille, atteinte de syndrome de Raynaud unilatéral et chez laquelle la radiographie avait montré l'existence d'une côte cervicale bilatérale. Il pratiqua d'abord l'ablation de cet élément osseux sans amélioration consécutive. Une réintervention décidée permit de constater que l'artère humérale filiforme ne battait que faiblement. Une résection artérielle eut des suites remarquables mais momentanées.

Actuellement les troubles un peu diminués persistent cependant. De l'autre côté où il n'existait pas de troubles douloureux, l'intervention montra que l'artère sous clavière passait sous la côte, et non au-dessus comme à droite.

A propos de cette observation, *M. Sénèque* fait une revue des troubles dus aux côtes cervicales vraies : syndrome nerveux ou syndrome vasculaire. Il insiste particulièrement sur les troubles vasculaires : l'anévrysme sous-clavier est exceptionnel, de même que la gangrène symétrique des extrémités. Le syndrome de Raynaud est fréquent, alors que la gangrène partielle est rare. Au point de vue intervention, on trouve souvent soit une artère comprimée, soit une artère thrombosée.

En règle donc, tout syndrome ischémique du membre supérieur doit faire songer à l'existence possible d'une côte cervicale. Mais on ne saurait promettre au malade que l'intervention amènera toujours une amélioration importante de ses troubles.

M. Raoul Charles Monod rappelle une observation de *M. Delbet*, où l'ablation d'une côte cervicale fut suivie d'un accident nerveux consistant en une paralysie partielle du plexus brachial. Il pense donc qu'il faut peser particulièrement les indications opératoires.

M. Richard, qui a utilisé deux fois la technique de *M. Sénèque* dit que cette complication est certainement rare.

M. Sénèque pense que l'on doit reséquer l'artère sous-clavière si elle est thrombosée, et faire une sympathectomie périartérielle sous clavière, si l'artère est perméable.

Diagnostic biologique d'un cas de chorio épithéliome malin. — *MM. Lantuéjoul* et *Louis Michon* pensent que contrairement à l'opinion ancienne de Lecène, la présence de kystes lutéiniques n'est pas un critère de malignité. Il est préférable de ne pas faire de curetage à la suite de l'évacuation d'une môle. On n'a donc aucun moyen aisé de diagnostic. Le diagnostic biologique qualitatif est insuffisant. Au contraire la réaction de Brindeau Hinglais, qui est quantitative, permet un diagnostic exact de malignité. Si après évacuation d'une môle, on constate que la réaction demeure positive sans s'affaiblir progressivement, mais au contraire avec une augmentation secondaire, on est en droit d'intervenir immédiatement et de faire une hystérectomie. C'est ce qu'ont fait les auteurs et l'examen de la pièce opératoire confirma le diagnostic biologique en montrant l'existence d'un chorio-épithéliome malin, très petit encore, au niveau du fond utérin.

M. Louis Bazy a observé chez une malade après un épisode de fausse couche infectée, la réapparition d'accidents similaires quelques temps après. Un curetage montre alors de nouveau des débris placentaires, sans aucune dégénérescence môlaire. Après cette deuxième intervention, la température persista, des signes pulmonaires apparurent. Localement un noyau prélevé sur la paroi antérieure du vagin montra qu'il s'agissait indubitablement d'un chorio-épithéliome malin. Or le dosage hormonal atteignait le taux énorme de 140.000 unités de prolan B, alors que chez la femme enceinte normalement il est de 8 à 10.000 unités.

Cette observation confirme que le diagnostic biologique de chorio-épithéliome n'a d'intérêt que s'il est posé précocement, à l'aide de la réaction quantitative de Brindeau-Hinglais.

M. Brocq relève dans l'observation de *M. Louis Michon* qu'il a été fait une hystérectomie subtotale. Dans un cas semblable, l'auteur a vu la récidive se faire sur le moignon. Une application de radium amena une guérison complète.

M. Michon pense que l'intérêt du diagnostic biologique dans le cas de chorio-épithéliome est la forme de la courbe obtenue, plutôt que l'élévation propre du taux hormonal.

Reossifications costales. Thoracoplasties et thoracectomies élastiques. — *MM. Maurer* et *Dreyfus Lefoyer*. — Les exérèses costales larges entraînent moins que les exérèses courtes les accidents de reossification costale compromettant le résultat final. On peut diminuer cet inconvénient en badigeonnant le périoste costal à l'aide d'une solution formolée. On doit également faire des ruginations douces pour ne pas laisser ou projeter de périostes dans les espaces intercostaux, périoste qui pourra être la source de ponts osseux anarchiques et gênants.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1935

Tests histologiques de l'hyperfonctionnement préhypophysaire chez certains obèses. — *MM. Pr. Merklen*, *Max Aron*, *L. Israel* et *A. Jacob* (Strasbourg) rappellent qu'ils ont constaté au cours de la maladie de Dercum une très grande augmentation du pouvoir hormonal de l'hypophyse antérieure. Dans ces cas, l'injection d'urine fraîche à des cobayes femelles à thyroïde encore inactive montre des signes histologiques d'activité exagérée de la thyroïde et de l'ovaire. Ils ont retrouvé les mêmes faits au cours de 22 cas d'obésité sans cause connue, survenant lors de la ménopause ou non.

Dans les premiers, l'hypertrophie graisseuse portait avant tout sur les fesses et les membres inférieurs ; dans les seconds, elle était diffuse. Il y avait souvent céphalée sans augmentation de la selle turcique.

La question est complexe et il faut se garder de confondre l'hyperpituitarisme primitif avec celui qui est secondaire à l'hypofonctionnement de l'ovaire, du testicule ou de la thyroïde.

Ostéoporose vertébrale chronique à poussées aiguës. — *MM. Pr. Merklen* et *A. Jacob* (Strasbourg).

La perméabilité des méninges avant et après la vaccinothérapie dans la paralysie générale progressive par rapport aux injections intramusculaires de sels pentavalents d'arsenic. — *MM. D. Paulian* et *G. Janasescco* (Bucarest).

Sur un cas de lymphogranulomatose maligne compliquée de diabète insipide. — *G. Desbuquois* (de Tours).

Au cours d'une lymphogranulomatose maligne évoluant depuis plusieurs mois, et dont le diagnostic a été vérifié après biopsie, apparaît un diabète insipide accompagné de signes d'hypertension intracrânienne. Ce diabète semble lié à une localisation cérébrale, probablement infundibulo-tubérienne, de la granulomatose. L'association ultérieure au diabète insipide de la glycosurie et d'hyperglycémie pose le problème d'un diabète nerveux tubérien.

Le cancer métastatique du foie à début douloureux. — *M. André Cain* attire l'attention sur ce fait que l'apparition de métastases cancéreuses dans le foie peut être marquée par une douleur atroce à la base droite du thorax à laquelle fait suite une augmentation brusque et parfois considérable du volume du foie. L'association de ces deux symptômes possède une valeur diagnostique considérable, surtout lorsque le cancer primitif est méconnu.

M. Guillain a observé deux faits de cet ordre.

Leucose hémorragique suraiguë. — *MM. J. Milhit* et et *Maurice Lamy* ont observé chez un enfant de 2 ans un purpura hémorragique suraigu. Les examens de sang avaient décelé une leucopénie avec disparition complète des granulocytes. L'autopsie révéla une infiltration de tous les organes par des éléments du type lymphoblastique. Ces faits méritent d'être étudiés, car ils établissent que la leucémie, dans sa forme typique, ne représente qu'un des aspects de la maladie polymorphe qu'est la leucose.

En effet, la disparition des éléments médullaires normaux qui résulte de la prolifération monstrueuse des cellules lymphoblastiques peut aboutir à la production des syndromes agranulocytaires anémiques et hémorragiques tout à fait comparables à ceux que réalisent les actions destructrices exercées par les radiations ou par certains toxiques.

Il convient de distinguer nettement les deux processus capables l'un et l'autre d'aboutir à une disparition du tissu médullaire normal : les processus destructifs ou myélotoxicoses et les processus prolifératifs ou leucoses ; celles-ci doivent être soupçonnées, a un stade précoce, sous le masque d'une agranulocytose, d'un purpura aigu ou d'une anémie fébrile.

M P.-E. Weil insiste encore à propos de cette communication sur ce fait indéniable que le sang ne reflète pas toujours l'état des centres hématopoïétiques.

Les anémies préleucémiques — *MM. J. Milhit* et *Maurice Lamy* ont vu, à deux reprises, la leucemie aiguë se présenter pendant la plus grande partie de son évolution sous les traits d'une anémie fébrile. Ils estiment que les leucémies, ou, pour employer un mot qui ne préjuge pas l'état du sang, les leucoses, réclament une part des anémies de l'enfance. Pendant longtemps, ni l'expectoration clinique, ni les examens de sang ne permettent de les authentifier. Toutefois, il y a lieu de soupçonner fortement ce diagnostic en face de certains signes d'hyperplasie des organes hématopoïétiques tels que les douleurs osseuses et la tuméfaction splénique et ganglionnaire. Chez un anémique, la constatation d'une formule blanche normale ne permet pas de rejeter le diagnostic d'un état leucémique. Il en va de même pour celle d'une formule à prédominance lymphocytaire ou monocytaire et pour celle d'une leucopénie avec granulocytopénie. Pendant une longue période, la maladie reste cantonnée dans les tissus hématopoïétiques et la formule sanguine ne subit pas de modification décisive. C'est à une phase tardive que la prolifération cellulaire désordonnée développée dans la moelle osseuse et peut-être secondairement dans la rate et dans les ganglions aboutit à une invasion du sang. Le tableau classique de la leucémie aiguë est l'épisode terminal d'une maladie longtemps méconnue.

M. P.-E. Weil vante l'interêt dans ces cas de la ponction de la rate qui ne lui a jamais paru dangereuse. Bien avant que les examens de sang puissent être revélateurs, l'étude des « splénogrammes » permet, dans bien des cas, deposer le diagnostic d'une leucémie méconnue.

Maladie exostosante. Régression d'une tuberculose pulmonaire intercurrente. Bilan calcique positif. *MM. Troisier, Bariety, Brousseau, Brocard, Macrey* et *Lory* présentent une série de radiographies de maladie exostosante typique dont la seule particularité est une ostéomalacie rachidienne fruste

L'étude du bilan calcique montre une hypercalcémie constante liee à une rétention calcique importante.

Les auteurs insistent sur la régression remarquable d'une tuberculose pulmonaire fébrile et hémoptoïque qui s'est deroulée de 1929 à 1931.

M. Grenet, dans trois cas de maladie exostosante, a vu la calcémie demeurer normale.

M Coste a étudié deux fois l'équilibre phospho-calcique qui s'est montré absolument normal dans cette affection.

M. Labbé fait remarquer que le régime lacté, chez un sujet normal, entraîne un bilan calcique positif ; aussi faut-il être reserve dans les conclusions que l'on peut tirer de l'étude du bilan du calcium dans ces conditions.

M. Haguenau pense que le dosage du calcium dans le sérum sanguin ne présente ni la valeur diagnostique ni la valeur pronostique qu'on a voulu lui attribuer. Dans plusieurs cas de maladie ostéogénique, il a toujours observé un chiffre normal pour la calcémie.

M Robert Clément ne pense pas que la calcémie soit l'image de la décalcification ni de la rétention calcique, ainsi qu'en témoignent les dosages pratiqués chez des rachitiques et chez des sujets atteints de diverses affections osseuses.

Les frontières de l'ictère hémolytique avec grosse rate. Ses formes lymphomateuses. — *MM Etienne Chabrol, Boris Klotz* et *Jean Sallet* rapportent trois observations de splénomégalies ictérigènes ayant pour trait commun la présence de lymphomes disséminés dans le parenchyme de la rate et du foie. Dans l'observation I, il s'agit de cellules mononucléées sans granulations prédominant en l'espace portobiliaire à la manière de nodules d'angiocholite ; dans l'observation II, le parenchyme du foie est complètement remanié par des coulées de lymphocytes affectant la topographie d'une cirrhose annulaire ; l'observation III concerne une véritable tumeur lymphomateuse visible à l'œil nu sous forme de nodules blanchâtres qui offrent la structure d'un adénome malin, proche parent du lympho-sarcome, sinon de la lymphogranulomatose. Or, chez aucun de ces malades, le nombre des leucocytes sanguins n'avait dépassé 13.500 par millimètre cube. De leur vivant, le diagnostic d'état subleucémique n'avait pu trouver argument que dans la deviation de la forme au profit des eléments mononucléés sans granulation. Tous les trois s'étaient présentés cliniquement sous les traits d'un ictère subaigu, avec déglobulisation considérable, grosse rate et fragilité globulaire.

Ces faits remettent en discussion l'unité pathogénique des splénomégalies ictérigenes, tout en marquant leur parenté avec les états subleucémiques.

Les coupes observées par les auteurs rappellent les figures que Gilbert et Lereboullet ont publiées en 1902 et 1907 sous l'étiquette d'angiocholite, à une époque où, fidèles à leur conception des canaliculites ascendantes, ils établissaient une gradation entre la cholémie familiale, les ictères chroniques splénomégaliques et les cirrhoses biliaires.

Nous savons aujourd'hui que les volumineux amas de leucocytes qui couvrent les espaces porto-biliaires dans la maladie de Hanot ne sont pas toujours des abcès biliaires et que la dénomination de lymphomes doit s'appliquer à certains d'eux. La maladie de Hayem-Minkowski-Chauffard a elle aussi ses formes lymphomateuses. Les auteurs proposent pour ce groupe d'attente la dénomination, très compréhensive, d'états subleucémiques ictérigènes.

Deux cas de névrite dont l'un avec dysgensie, dus à l'alpha dinitrophénol. — *M. Ludo Van Bogaert* (Anvers) attire l'attention sur ces manifestations névritiques de l'intolérance à l'égard de l'alpha-dinitrophénol chez certains sujets, Ces accidents sont pénibles, leur guerison est de longue durée, mais ils peuvent être reconnus très tôt, si l'on interroge soigneusement les patients pendant les premiers quinze jours de la cure.

Septicémie staphylococcique guérie par le serum et l'anatoxine staphylococcique — *MM. J. Caroli* et *A. Bons* rapportent l'observation d'un enfant de 15 ans traité au quinzième jour d'une staphylococcémie d'allure sévère, se traduisant par une fièvre oscillante dépassant 40 degrés le soir, un très mauvais état général avec langue rôtie et une double série de localisations, les unes frappant les diaphyses fémorales, les autres du type pseudo-rhumatisme infectieux à localisation sterno-claviculaire et meta-tarso-phalangienne. Après l'injection en 48 heures d'un centimètre cube et demi d'anatoxine staphylococcique de l'Institut Pasteur, et deux fois 50 c.c. administrés à 24 heures d'intervalle de serum antistaphylococcique, la temperature fut ramenée aux environs de la normale, l'état général complètement transformé ; les hemocultures qui, avant le traitement, avaient révélé en abondance du staphylocoque doré, restèrent négatives. Il ne reste plus comme séquelle de cette forme septicemique rhumatismale et osseuse, de staphylococcie, qu'une ostéomyélite chronique de la diaphyse fémorale gauche qui paraît devoir évoluer spontanément vers la résolution.

Un cas de maladie de Basedow compliqué d'asystolie guéri par la thyroïdectomie totale. *MM. A. Lemaire* et *Patel* presentent un malade de 34 ans atteint d'une maladie

de Basedow grave avec très gros amaigrissement, augmentation du métabolisme basal de 95 % et asystolie (œdèmes généralisés, épanchement pleural récidivant, hépatomégalie, arythmie complète. Après échec du traitement médical, la ligature des artères thyroïdiennes suivie de thyroïdectomie partielle n'amena aucune amélioration appréciable. Par contre, celle-ci fut étonnamment rapide après une quatrième intervention réalisant la thyroïdectomie totale. Quinze jours après l'opération, on assista à la rétrocession des signes d'asystolie, en particulier à la disparition complète de la fibrillation auriculaire, en même temps que le malade reprenait 20 kilogs. Le résultat demeure acquis. Les auteurs insistent sur ce fait que le malade présente actuellement un minimum de signes d'hypothyroïdisme : infiltration légère et localisée des téguments, métabolisme basal à + 4 %. Ils signalent en outre que les quatre interventions successives subies par le patient furent parfaitement tolérées.

M. Fiessinger a observé un cas de maladie de Basedow compliquée d'asystolie dans laquelle l'hémithyroïdectomie n'amena aucune modification de l'arythmie complète. Celle-ci disparut vingt jours apr s, à la suite de la thyroïdectomie totale.

M. May fait remarquer que la thyroïdectomie peut être proposée dans les maladies de Basedow avec asystolie extrêmement marquée. Il ne faut pas trop se baser sur la mesure du métabolisme basal pour décider de l'intervention.

M. G. Dreyfus pense qu'il n'y a peut-être pas intérêt à pratiquer des thyroïdectomies subtotales dans le but d'éviter les accidents d'hypothyroïdie. Il a vu des Basedowiens opérés dans ces conditions et apparemment guéris présenter un temps variable après l'opération, une reprise des signes de maladie de Basedow relevant sans doute de la présence du fragment glandulaire laissé en place et qui reste une menace pour l'avenir.

M. Lemaire croit que les chirurgiens seront amenés de plus en plus à pratiquer des thyroïdectomies totales dans le traitement de la maladie de Basedow.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Les jeunes années du Professeur J.-L. Faure. — Le 15 septembre dernier, Sainte-Foy-la-Grande, dans une manifestation en l'honneur du Profeseur Jean-Louis Faure, célébrait celui de ses fils qui a porté aux limites du monde civilisé, en même temps que la gloire de la chirurgie française, le nom du petit pays qui l'a vu naître.

Plusieurs discours furent prononcés, dont le *Journal de médecine de Bordeaux* (20 octobre) vient de publier les textes. Voici celui où le Professeur J.-L. Faure évoque ses jeunes années :

Mes chers amis, et vous, avant tous les autres, vous qui avez été les camarades de ma jeunesse, et qui êtes aujourd'hui près de moi, comme les vivants souvenirs d'un passé qui se lève dans ma mémoire, que pourrais-je faire de mieux que de laisser parler mon cœur et de ressusciter devant vous quelques-uns des vieux souvenirs qui m'attachent si profondément à la ville qui m'a vu naître et qui, dans ce grand jour, me reçoit comme son enfant ?

Je l'ai quittée depuis bien longtemps, mais je ne pense pas qu'il y ait une seule année où je n'y sois revenu, et ce n'est jamais sans quelque émotion que je parcourais ces rues qui me sont restées familières, au coin desquelles il m'arrivait de rencontrer de temps en temps un vieux camarade, et dont je connaissais toutes les maisons.

Une petite ville change bien peu en un siècle, et moins encore en un demi. Je me souviens toujours du vieux clocher de Sainte-Foy, étayé par de grosses poutres, avant de céder la place à la flèche élégante que j'ai vu contruire jadis, et qui s'aperçoit de si loin.

Quelques maisons ont rafraîchi leur façade. Et les vieilles demeures au toit débordant qui penchaient quelque peu, il y a trois quarts de siècle, et semblaient devoir s'écrouler, penchent toujours comme autrefois, et pencheront longtemps encore ! et quelques enfants d'aujourd'hui qui connaîtront le XXIe siècle les verront encore, toujours pareilles, commencer leur septième centenaire !

Pendant ce temps, tous ceux qui nous ont précédé et qui ont, comme nous, parcouru les rues que nos connaissons dorment en paix dans le vieux cimetière où nous avons tous des aïeux, des parents, des amis, et qui semble se dépouiller peu à peu des cyprès magnifiques qui, eux aussi, comme nous-mêmes, s'en vont les uns après les autres et qu'il est de notre devoir de remplacer quand la mort vient les prendre, afin qu'ils se dressent toujours aussi nombreux dans le silence des tombeaux, comme le symbole émouvant de la vie, qui continue sans cesse, et qui, quand la mort a passé, retrouve une jeunesse nouvelle !

Ne voyez dans ces paroles aucune espèce de mélancolie ! L'ordre du monde, ou le désordre, à votre choix, est ce qu'il est, et nous n'y changerons rien. Je trouve même, à voir ainsi toujours semblable à elle-même la petite ville de mon enfance, une sorte d'illusion joyeuse, qui, pour un peu, me ferait croire que je n'ai pas changé moi-même.... Que puis-je donc faire de mieux que de rappeler à ceux d'entre vous, qui comme moi, ne sont plus jeunes, les évènements du passé et de montrer à ceux qui le sont encore l'abîme qui sépare la vie que nous menions quand nous avions leur âge de l'existence d'aujourd'hui :

J'avais 7 ans quand éclata le grand drame de 1870, qui écrasa notre jeunesse et sous le poids duquel nous avons vécu pendant un demi-siècle, jusqu'à l'heure du cataclysme dont nous sortons à peine, et qui n'a pas fini de ravager le monde.

Les gens de Sainte-Foy avaient la tete chaude, et la révolution du 4 septembre y donna lieu à des événements tumultueux, que j'ai toujours devant les yeux. Je vois encore du haut du balcon de ma maison natale, de la grande et belle maison, aux pierres noircies par le temps, qui se dresse au coin de la place, je vois venir au trot les dragons de Libourne, envoyés pour rétablir l'ordre. J'entends sur les pavés, sonner les pas de leurs chevaux. Je les vois déblayer la place pendant qu'à la fenêtre centrale de la mairie un énergumène à longue barbe grise vociférait en agitant un marteau au-dessus de sa tête. J'entends un coup de pistolet, qui ne fit de mal à personne. Je vois, debout sur le perron de la maison qu'occupe aujourd'hui ma vieille amie, Mme Massat, le premier maire républicain de la ville, le père de mon cher camarade Pierre de Brugière, ici présent, haranguant la foule agitée. Tous les soirs, dans le magasin qui existe toujours au coin de la place, nous nous réunissions, pour effiler de la charpie, pendant qu'un des assistants lisait à haute voix les tristes nouvelles du jour. Mais mon plus vivant souvenir, parmi ces jours tragiques, est celui d'avoir vu passer dans la Grande-Rue, précédés par quatre sapeurs avec leur grand bonnet à poils, et leur tablier blanc, les mobiles de la Dordogne, venant de Bergerac pour s'embarquer à Castillon, et gagner l'armée de la Loire. Qui donc eût pu penser, dans ces heures sinistres, que nous avions là devant nous, les futurs vainqueurs de Coulmiers ? Beaucoup ne sont pas revenus, et dorment depuis soixante ans sous les champs sacrés de la Beauce. Mais le drapeau qui flottait à leur tete a vu pour la première fois, dans la guerre fatale, s'inscrire dans ses plis le nom d'une victoire !

Aux premiers jours d'octobre 1870, je fis mon entrée dans le vieux collège, et pendant le terrible hiver où nous traversions sur la glace la rivière gelée, je revois la petite classe ou nous nous réchauffions en cercle autour du poêle !

Et puis ce fut, pendant neuf ans, le cours régulier des études, et la douce vie de famille qui s'écoulait paisible et monotone, et telle, en vérité, que ne peuvent le concevoir les hommes d'aujourd'hui, car notre existence d'alors ressemblait davantage à celle de nos aïeux du temps de Charlemagne qu'à la vie frénétique qui nous emporte tous.

Nous faisions de bonnes études, sous la direction d'hommes modestes, mais qui étaient des professeurs excellents, et, dans ce jour, si émouvant pour moi, je ne reprocherais de ne pas prononcer ici les noms de M. Moutinié, de M. Goy, de M. Grimard, de M. Battanchon, de M. Gilard, enfin dont beaucoup d'entre vous ont conservé la mémoire, et auxquels je tiens à rendre l'hommage qu'ils méritent, car, si je suis ici aujourd'hui, ils y sont tous pour quelque chose..... Oui, nous faisions de bonnes études, et je ne sache pas d'après ce que je vois autour de moi, que les jeunes gens d'aujourd'hui en fassent de meilleures. Car nous apprenions sur les bancs du pauvre vieux collège tout ce qu'apprennent les enfants du même âge. Mais aussi l'amour du travail et cette discipline morale qui, malheureusement, ne me semble pas être à un si haut degré le souci principal des éducateurs d'aujourd'hui.

A cette époque lointaine où les soirées n'étaient occupées, comme elles le sont aujourd'hui, ni par le miracle du cinéma, ni par le prodige de la T. S. F. il y avait aussi les douces réunions familiales qu'on ne connaît plus aujourd'hui. Dans les longues soirées d'hiver, chaque soir, dans quelque maison amie, on se réunissait en famille, et là, à la lumière d'une lampe, qui nous paraissait suffisante, quelqu'un lisait à haute voix : théâtre, histoire, articles de la *Revue des Deux Mondes*. Que n'ai-je pas appris dans ces soirées charmantes !

Dans les belles soirées d'été, après le dîner, on se retrouvait sur la route du Pont de la Rauze, et j'ai gardé la mémoire précise de certains soirs de clair de lune où nous allions au bord de la rivière admirer les travaux et les échafaudages du grand pont du chemin de fer en voie de construction, et qui depuis soixante années, déploie ses arches magnifiques, aussi belles qu'au premier jour.

Enfin, nous avions avec nous cet incomparable éducateur qu'était Jules Verne, avec lequel nous parcourions le monde sur les ailes du Rêve.

On ne tressera jamais assez de couronnes à ce précurseur génial, à ce voyant de l'avenir, au poète inspiré des *Enfants du capitaine Grant*, de *Vingt mille lieues sous les mers*, de l'*Ile mystérieuse*, du *Tour du monde en quatre-vingts jours*, dont nous attendions chaque année l'apparition d'un nouveau livre, qui ne nous décevait jamais.

Je crains bien qu'il n'ait pas trouvé de remplaçant auprès des enfants d'aujourd'hui, empoisonnés par toute une littérature de décadence qui s'étale de tous côtés et que la carence des pouvoirs publics livre sans défense aux excès d'une presse qui semble avoir perdu les notions du bien et du mal.

Que d'admirables voyages n'avons-nous pas fait autrefois, à la suite de Jules Verne. Mais nous les faisions dans notre fauteuil. Car ceux qui n'avaient pas à leur disposition une bonne voiture avec un bon cheval, c'est-à-dire presque tout le monde, devaient renoncer à s'éloigner de plus de quelques kilomètres du lieu où ils vivaient. On n'en sentait d'ailleurs pas le besoin, parce qu'une heureuse fatalité nous empêche tout naturellement de désirer ce que nous tenons pour impossible. C'est ainsi qu'à part le voyage annuel, chez mes grands-parents, au pied des Pyrénées, je n'étais pour ainsi dire jamais sorti d'un rayon de 10 kilomètres, car lorsqu'on se déplace à pied il faut songer au retour ! Nous allions jusqu'à La Roquille, et jusqu'aux Guillebaux, près de Margueron, et même jusqu'aux Sarrazins, tout près de Saint-Quentin ! Gensac était au bout du monde, je n'y étais jamais allé, je n'avais jamais, dans cette direction, dépassé Pessac, où nous avions été, une fois, en bateau, à l'occasion de la fête du collège. La Force, dont nous apercevions au loin, sur la colline, les asiles mystérieux, et qui tenaient une grande place dans notre imagination d'enfant, était inaccessible. Et nous allions, à Duras, chez un vieil oncle, une fois par an. Mais comme Dura était, et d'ailleurs est toujours à 21 kilomètres, le voyage durait deux jours ! ! !

Cette époque qui, en réalité, marque la fin d'une des grandes périodes de l'histoire du monde, se termina tout à coup lorsque le vélocipède, qui datait à peine de quelques années, et que nous regardions passer non sans admiration, avec ses grandes roues en bois, cerclées de fer, monté par le facteur, céda la place au grand bicycle avec sa roue démesurée, car c'est lui, c'est le grand bicycle, c'est cet admirable instrument qui, de même que la prise de Constantinople marque d'une façon un peu artificielle la fin du Moyen-âge, marquera dans les âges futurs la coupure brutale, sinon entre les temps anciens et les temps modernes, au moins entre l'âge de la vie paisible et l'âge de la frénésie !

Pour nous, l'apparition du grand bicycle fut l'ère de l'indépendance : nous commençions d'explorer le monde, nous allions jusqu'à Bergerac, et mon vieil et cher ami Albert Sudre n'a certainement pas oublié l'expédition que nous y fîmes, un jour, et qui se termina, au moment du retour, au coin des allées de Coreille, à 50 mètres d'ici, par une chute mémorable dont nous sortîmes sains et saufs, mais où son pantalon fut entraîné dans une telle catastrophe qu'il fut obligé de se soustraire promptement à la curiosité des témoins de cet accident.

Et maintenant, où sommes nous ? Ah ! mes amis, mes vieux amis, louons la destinée de nous avoir fait assister à la transformation du monde et à l'éclosion successive de prodiges inconcevables, et dont, après avoir vécu le plus grand drame de l'Histoire, nous sommes aujourd'hui les spectateurs émerveillés !

Un jour, comme la transformation des études et des programmes entraînait peu à peu le déclin du vieux collège, je partis pour Paris, d'où je ne suis plus revenu qu'aux jours rapides des vacances.

Et c'est ici, dans cette petite ville où il a vécu, que je veux, en ce jour solennel, rendre un hommage public à la mémoire de mon père, de ce solide et modeste enfant de braves paysans de la plaine qui, de l'autre côté de la rivière, déploie ses champs, ses prairies et ses vignes.

Très instruit lui-même pour un homme sorti de la terre, il en avait conservé dans le sang le culte et l'amour passionné. Il y est revenu pour travailler pendant vingt ans, sans lassitude et sans défaillance, jusqu'à l'épuisement de ses forces. Mais il voulait que ses fils aillent plus haut que lui. Il ne savait pas encore ce que nous savons aujourd'hui, qu'un laboureur robuste ou qu'un bon artisan valent mieux qu'un médecin médiocre, ou qu'un fonctionnaire inutile.

Mais, il y a un demi-siècle, cette vérité, qui éclate aujourd'hui aux yeux de tous avec un caractère d'évidence, n'était pas encore la vérité. Les besoins de la France nouvelle, qui s'organisait lentement sur les décombres de la guerre, l'ardente volonté du relèvement nécessaire, qui faisait appel à toutes les forces et à toutes les énergies pour combattre l'esprit de la défaite qui a si lourdement pesé sur notre adolescence, toutes les aspirations confuses de la jeune République, qui vivait dans l'espérance et ne pouvait prévoir les jours de déchéance et la décrépitude que nous connaissons aujourd'hui, tout ce bouillonnement d'un monde nouveau demandait des cadres et des travailleurs. Et puis aussi l'essor que prennent en meme temps les sciences de toute nature, et qui laissait entrevoir un avenir immense et des horizons sans limites, qu'elles ont dépassés, tout concourait alors à diriger les jeunes gens qui semblaient présenter quelque goût pour les travaux de l'esprit vers ces carrières libérales qui apparaissaient alors entourées d'un prestige aujourd'hui bien atténué.

C'est pourquoi je conserve à mon père une gratitude infinie pour les sacrifices qu'il s'est imposés en envoyant ses trois fils poursuivre leurs études à Paris. Et puis, il y avait ma mère. Ses parents n'avaient point connu le rude labeur de la terre : son père absorbait toutes les forces d'un esprit supérieur dans le culte de l'Evangile, sa mère, tout en élevant de nombreux enfants, se consacra pendant quarante années à l'éducation de jeunes filles innombrables. Ma mère avait sous les yeux l'exemple de ses frères, qui tous ont occupé une place éminente parmi les hommes d'action, de science et de pensée. Elle aussi se voua aux sacrifices et aux nécessités d'une vie modeste, et, malgré toute l'hésitation que peut ressentir un cœur maternel à voir s'éloigner ses enfants, elle appuya mon père dans sa résolution.

Que tous les deux soient ici remerciés au nom de celui qui n'est plus, ainsi qu'au nom de ceux qui restent !

Au moins avons-nous le droit de penser qu'avant de s'en aller tous les deux, ils ont eu la satisfaction de se rendre compte que leurs efforts, leurs sacrifices et leur dévouement n'avaient pas été inutiles.

Voilà, mes chers amis, ce que je voulais dire de mes parents, parmi ceux qui les ont connus. Et, puisque c'est moi qui suis aujourd'hui à l'honneur, je tiens à leur rendre, dans cette ville où ils ont vécu et où je suis né, le pieux hommage de la reconnaissance de leurs enfants ; de mon frère aîné, qui les a précédés dans la mort, et aussi de celui qui demeure à côté de moi, qui est ici dans ce grand jour, et qui, lui aussi, leur doit d'avoir pu travailler et conquérir dans le domaine de l'esprit une gloire durable et qui monte dans le silence parce qu'elle ne s'exprime que parmi ceux qui vivent dans les régions supérieures de l'art et de la pensée.

Et maintenant, mes chers amis, pour la dernière fois, je vous dis ma reconnaissance. Je ne sais si j'ai pu vous faire comprendre tout ce que renferme mon cœur et tous les sentiments qu'éveille dans mon âme tout ce qui a fait pour moi la ville maternelle où s'est écoulée mon enfance, et qui m'accueille encore au bout de ma carrière. Je remercie d'un cœur fraternel les vieux camarades qui sont ici et je garde l'espérance que les jeunes gens qui sont autour de moi, conserveront le souvenir du vieux chirurgien que vous voyez confus des témoignages d'affection qu'il vient de recevoir, et qui resteront dans son cœur comme une des plus grandes émotions de sa vie.

Oui, je ne partage pas, personnellement, l'engouement général des médecins en faveur de l'Ordre des médecins. Je crains, pour ma part, que les inconvénients ne soient plus grands que les avantages ; mais si je ne développe pas plus souvent mes idées personnelles, c'est que je veux respecter les disciplines syndicales..

Je suis avec ceux de mes confrères qui réclament la moralisation de notre profession. Je voudrais qu'on puisse frapper ceux qui introduisent dans l'exercice de notre art des mœurs commerciales et de réclame, ou qui oublient trop que la médecine n'est pas un commerce, mais presque un sacerdoce. Je ne peux cependant pas m'empêcher de dire que le projet de loi actuel est loin d'avoir mes faveurs et que j'aurais été content si l'on avait pu tenir compte de mes objections et de mes craintes.

(Paul BOUDIN. — Les lacunes du projet de loi sur l'Ordre des Médecins. *Le Concours Médical*, 13 octobre 1935.)



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 45 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 NOVEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Ch. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies		40 fr.
Etudiant		30 fr.
Belgique		45 fr.
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

Actualités

Sociétés savantes

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat.* — Sont nommés chefs de clinique titulaires :

Clinique obstétricale Baudelocque : M. Lepage.

Clinique obstétricale Pitié : M. Richard, Mlle Delahaye, M. Guede.

Clinique chirurgicale infantile : MM. Gorecki, Judet (adjoint), Petit (Pierre).

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. Gaston.

Clinique urologique : MM. Bouchard, Naggiar.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte : MM. Beuzart, Demirleau, Ollivier-Henry.

Université de Paris. — Le Conseil de l'Université de Paris a conféré le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Paris, à M. W.-W. Buckland, professeur de droit romain à l'Université de Cambridge ; M. Pierre Basile Mignault, avocat, ancien bâtonnier au barreau de Montréal ; M. le Docteur Houssay, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires ; M. Thomas Hunt Morgan, professeur au California Institute of technology, Pasadena (Californie) ; M. J. Bidez, professeur à l'Université de Gand ; M. Wasicky, professeur à l'Université de Vienne.

Les nouveaux docteurs recevront le diplôme et les insignes de leur grade au cours de la séance solennelle de rentrée que tiendra l'Université de Paris le samedi 9 novembre prochain, à 15 heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le ministre de l'Éducation nationale.

Guerre. — Sont nommés professeurs à l'École d'application du Service de santé militaire, à compter du 20 décembre 19.., les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ci-après désignés :

Chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et Service de santé militaire, déontologie : M. le médecin commandant Pomme, de l'École du Service de santé militaire de Lyon.

Chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : M. le médecin commandant Delaye, de l'École d'application du Service de santé militaire.

Chaire de chirurgie spéciale : M. le médecin commandant Guillermin, délégué dans les fonctions de professeur à l'École d'application du Service de santé militaire :

2° Est nommé professeur agrégé libre chargé d'enseignement à l'École du Service de santé militaire, à compter du 10 octobre 19.. :

M. le médecin commandant Meersseman, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'École du Service de santé militaire.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Meténier, Costecalde, Nègre, Bosc, Chappert, Coste (Henri), Mlle Sartre, MM. Yana, Savonnet, Prudent, Saussol, Romieu, Viala, Granier, Simon, Mlle Rey, MM. Laporte Pontal, Mlle Vidal, MM. Bonald, Vacquier, Mlle M.

Externes provisoires : MM. Patounas, Lescure, Béthoux, Delord, Ponsoye, Chalmeton, Coste (Jean), Jalabert.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes : MM. Abel, Wacquant, Grosjean, Henry, Midon, Fabre, Mathieu, Henrion, Barachon, Grillot.

Externes à la suite : Mlle Tirole, M. Guillemin, Mlle Bolikowska, MM. Dumont, Bardelli, Fritsch, Bosment, Denis, Renaudin, Lacour, Martinet.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1936 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le samedi 14 décembre 1935, à 9 h. 1/2 au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris-15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 4 novembre jusqu'au mercredi 27 novembre 1935 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Concours pour la nomination à huit places (au maximum) d'assistants d'électro radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 28 novembre 1935, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 4 au mercredi 13 novembre 1935 inclusivement.

Clinique médicale propédeutique. (Hôpital Broussais 96, rue Didot). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 2 décembre au samedi 7 décembre 1935 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bourdet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midis.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques : Lundi 2 décembre, 9 h. 30, M. le Professeur Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 15 heures, M. le Docteur Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales ; 17 h. 30, M. le Docteur Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 3 décembre, 11 heures, M. le Docteur Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes) ; 15 heures, M. le Docteur Turpin : Diaphragme ; 17 h. 30, M. le Docteur Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 4 décembre, 11 heures, M. le Professeur Sergent : Trachée et bronches ; 15 heures, M. le Docteur Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales ; 17 h. 30, M. le Docteur Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 5 décembre, 11 heures, M. le Docteur Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 16 h. 15, M. le Docteur

PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse ; 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon. Gangrène pulmonaire.

Vendredi 6 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux ; 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniqu s non tuberculeuses.

Samedi 7 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades),et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la Salle Béclard (A. D. R. M.).

Cours de l'Institut d'actinologie (210 *bis*, rue de Vaugirard). — Le cours annuel de l'Institut d'actinologie sera fait du lundi 9 décembre au jeudi 12 décembre de 20 h. 30 à 23 heures, par les Docteurs Saidman, Jean Meyer et leurs collaborateurs.

Il portera sur les nouveautés relatives aux ondes courtes et à l'actinothérapie.

Lundi 9 : Nouveaux appareils d'ondes courtes (appareils de photothérapie, propriétés techniques).

Mardi 10 : Traitement des rhumatismes, des algies, des syndromes endocriniens.

Mercredi 11 : Dermatoses, suppurations et inflammations localisées.

Jeudi 12 : Plage artificielle (syndromes neurologiques et psychiatriques en médecine infantile, troubles du développement).

Les assistants pourront venir aux séances de traitement les lundi, mercredi, vendredi à 17 heures.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat : 210 *bis*, rue de Vaugirard. Ségur 31-21.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre du Professeur Nobécourt, groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE 1935-1936. 10 novembre, M. Pierre BOURGEOIS : Poussées menstruelles chez les tuberculeuses. — 17 novembre, M. RACHET : Diagnostic et traitement des hémorroïdes (*projections*). — 24 novembre, M. Etienne BERNARD : Indications de la thérapeutique chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire (*projections*). — 1er décembre, M. Julien MARIE : La méningite spirochétosique de l'enfant ; les formes frustes de la spirochétose. — 8 décembre, M. BARIÉTY : Les septicémies à staphylocoques. — 15 décembre, M. LAYANI : Les rhumatismes de la chimiothérapie. — 22 décembre : M. MOLLARET : Le problème des encéphalomyélites des fièvres éruptives (*projections*).

Hôpital Beaujon Clichy. — *Clinique pratique.* — Tous les lundis, à 11 heures, au laboratoire central d'électro-radiologie, dans le service de M. le Docteur P. Aubourg, un ou plusieurs malades seront présentés avec commentaires : de l'histoire clinique, du résultat des examens de laboratoire, du diagnostic différentiel et de la conduite du traitement physiothérapique à employer, de la statistique des résultats obtenus dans des cas similaires.

18 novembre, J. SURMONT : Rétrécissement mitral pur : examen clinique et radiologique. — 25 novembre, P. LEGO : Lumbago à répétition : subluxation sacrolombaire, manœuvre ostéopathique de réduction. — 2 décembre, L. DUREY : Cellulite et pseudo-cellulite. — 9 décembre, G. PIFFAULT : Arthrite blennorrhagique : infra-rouge, massage. — 16 décembre, Mme L. LEGOUX : Cure d'amaigrissement : bains de lumière. — 23 décembre, P. DUILLE : Démonstration pratique de la recherche de la chronasie dans un cas de sciatique.

Asile public d'aliénés de Pau. — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'Asile d'aliénés de Pau.

Conditions. — Les candidats devront être de nationalité française, non-mariés et pourvus de seize inscriptions au minimum. Le certificat de scolarité et un certificat de bonne vie et mœurs devront être annexés à la demande.

Traitement. — 6.200 francs pour la première année, 7.200 francs pour la deuxième année et les suivantes en cas de prolongation. Les internes pourvus du titre de docteur auront 9.200 francs la première année, 10.200 francs la deuxième année et les suivantes.

Avantages en nature. — Les internes en plus de leur traitement sont logés, chauffés, éclairés, blanchis, nourris et ont droit aux médicaments.

Les internes sont nommés, pour trois ans, par le Préfet. Ils peuvent se faire recevoir docteurs en médecine dans cet intervalle sans être forcés de renoncer à leurs fonctions.

Une prolongation de la durée de l'internat pour une ou plusieurs années peut être accordée par le Préfet sur la demande du directeur-médecin.

Les demandes devront être adressées d'ici le 15 novembre 1935 à M. le directeur-médecin de l'Asile des aliénés de Pau.

Dispensaires de la Somme. — Un concours sur titre aura lieu à la Préfecture de la Somme vers le 5 décembre 1935, pour la nomination du médecin-chef du dispensaire de Friville-Escarbotin.

Le titulaire devra entrer en fonctions le 10 décembre. Prière à MM. les candidats de s'adresser, avant le 30 novembre, à la Préfecture de la Somme (bureau de M. l'Inspecteur départemental d'hygiène).

Syndicat des Maisons de santé. — Les membres du Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé de France sont priés de se rendre à l'Assemblée générale du Syndicat, qui aura lieu dans la salle de la Confédération des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, le 23 novembre à 16 heures.

A l'ordre du jour de l'Assemblée figure la grosse question de l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux, qui est portée de façon urgente au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le bureau du Syndicat demande instamment à tous ses adhérents de se rendre à l'invitation ci-dessus. Il prie tous ceux qui ne pourraient assister à la réunion — et aussi les confrères directeurs de Maisons de santé, non adhérents au Syndicat — de donner sur cette question leur avis sous forme de réponse à l'article de notre Conseil juridique le Docteur Boudin, paru dans le *Concours Médical*. Cette réponse devra être adressée au président du Syndicat : Docteur Hervé, Les Escaldes (Pyrénées-Orientales) avant le 20 de ce mois.

Les voix latines. — Sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine, le jeudi 28 novembre, à 21 heures précises, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sera donnée par M. le Professeur Laignel-Lavastine, une conférence sur : La spiritualité médicale de la Grèce antique, à propos d'une récente croisière « dans le sillage d'Hippocrate », sous la présidence d'honneur du Ministre de Grèce à Paris.

Cette conférence sera accompagnée d'un film et de projections.

Echos et Glanures

Galien fils. — *De M. J. Ernest-Charles, dans le* Temps, *cette chronique consacrée à une chronique médicale pleine de bon sens :*

Un sage, dans le *Jeune Médecin*, signe Galien fils des recommandations excellentes pour les médecins de demain. Il conseille à ses lecteurs de s'éloigner de Paris trop encombré de tout et de tous et de s'installer hardiment dans les villages où on trouve encore des places et même des malades. Alors que les travaux des Facultés vont reprendre, il n'est pas superflu d'indiquer aux étudiants ce qu'ils devront décider quand ils auront conquis leurs diplômes. L'important n'est plus d'obtenir des diplômes, mais de savoir par avance ce qu'on en fera. C'est ici hélas ! que les graves difficultés commencent.

La signature de Galien fils n'a peut-être pas une autorité particulière pour des conseils de cette sorte. Galien père, en

effet, vint de Pergame à Rome afin d'y exercer ses talents. A Rome, la ville capitale. Mais il quittait Rome lorsqu'on avait le plus besoin d'eux. Dès que sévissait la peste, il fuyait la ville pour conserver au monde un médecin expérimenté. Marc-Aurèle ne manquait pas de le suivre. Aujourd'hui, les médecins, sans parler des empereurs et des philosophes, ont plus de courage. Et Galien fils n'est pas homme à imiter Galien Père.

Mais comme on se réjouit d'entendre un jeune sage prêcher à ses camarades de s'en aller très raisonnablement habiter la province ! Ah ! il ne s'attarde pas à ces considérations falotes sur le régionalisme, qui ont été de mode en des années presque tranquilles durant lesquelles on se sentait de loisir pour réformer les principes de vie, parce que la vie était quiète et clémente et qu'on n'était pas pressé de la réformer elle-même. Les sociologues penseurs célébraient l'avantage de demeurer attaché à sa terre et de n'abandonner son village sous aucun prétexte. On les écoutait avec l'attention qu'ils méritaient bien, et on se ruait vers Paris ou vers les vastes cités. Et c'était encore là qu'on avait le plus d'occasions d'écouter ces apôtres qui, personnellement, aimaient mieux répandre la bonne parole que le bon exemple.

Maintenant la nécessité impose ce que proposaient en vain ces doctrinaires insistants. Il faut cependant céder à la nécessité d'un cœur satisfait et que le consentement n'ait pas l'air d'un abdication. Le fils Galien à cet égard est, ma foi, très sensé. En persuadant ses camarades de dédaigner les illusoires séductions de Paris, il n'admet pas qu'il convienne de dénigrer Paris et de contester sa suprématie. Il ne dit pas tout à fait, comme le dit Gresset, dans le *Méchant*, qu'on a pris l'initiative inattendue d'offrir aux divertissements parisiens, ce qui fournit une excuse valable de le citer :

> . . . Paris ! il m'ennuie à la mort.
> Et je ne vous fais pas un fort grand sacrifice
> En m'éloignant d'un monde à qui je rends justice.
> Tout ce qu'on est forcé d'y voir et d'endurer
> Passe bien l'agrément qu'on y peut rencontrer.

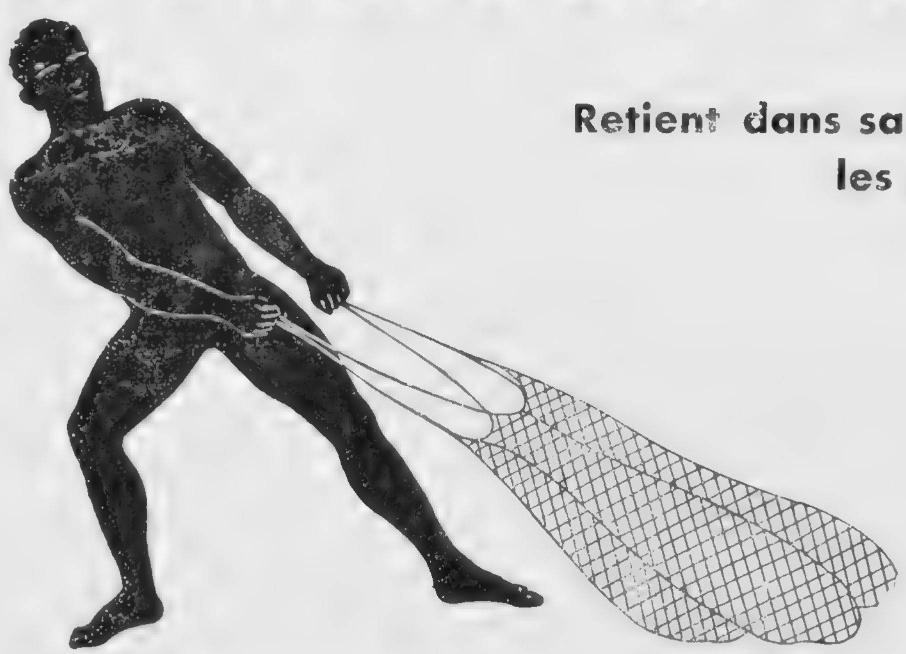
Les vers ne nous ravissent pas par leur perfection, mais ils expriment clairement ce qu'ils veulent exprimer, et Gresset les écrivait à une époque où on ne prévoyait pas que l'obscurité, elle aussi, deviendrait une qualité poétique. Les vers néanmoins pourraient être meilleurs. Galien fils développe en les corrigeant ces idées modestes. Il rend hommage à Paris, à sa générosité, à son esprit d'indépendance, à ses souvenirs, voire à ses tragédies, à son prestige enfin, mais il conclut : « Fixez-vous ailleurs ». Fixez-vous ailleurs parce qu'on y vit mieux, parce qu'un médecin y mène dans un labeur plus discipliné une existence plus large, et non pas plus large peut-être, mais plus douce et plus pleine, et dont le brillant moins étincelant a la vertu suprême de ne pas se ternir à l'usage.

Que ce discoureur est donc agréable, qui n'élève point le débat et touche seulement la réalité ! Il se moque des rhétoriciens et des rhétoriciens que l'on peut aisément confondre. Il se met à même la vie pour orienter la vie. Il mêle l'épicurisme bien compris au stoïcisme qui ne s'en fait pas accroire. Il sait que, si nous sommes ici-bas pour souffrir, — et après tout ce n'est pas absolument démontré, — nous avons le droit et le devoir de souffrir le moins possible. Mais oui, mais oui, en dépit des apparences, le bonheur est le but de la vie, que diable ! Il suffit pour y aboutir de cultiver avec amour une petite clientèle, dans un horizon et un rayon limités. Tout bonheur que le pied n'atteint pas n'est qu'un rêve.

Et la vie est bien capable d'être belle encore . Une belle vie comporte quelque résignation. Mieux vaut se résigner au début, et une fois pour toutes que d'avoir dans le cours des ans à augmenter sa puissance de résignation chaque jour. Résignation, bonheur, bonheur, résignation. Cela au fond n'est pas follement gai. Vous en êtes-vous aperçus déjà ?

Mémoires du cardinal de Retz. — Préface, notes et table de Georges Mongrédien. Collection des « Classiques Garnier ». Tomes I et II ; les tomes III et IV paraîtront en décembre. Chaque volume : 12 francs. Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

Cette édition reproduit le texte de l'édition des *Grands écrivains de France*. Mais on y trouvera en outre un index alphabétique de tous les noms de personnes et de lieux ; et des notes rédigées d'après les travaux les plus récents. Somme toute, comme pour les *Historiettes de Tallemant des Réaux*, une édition définitive.



TRAVAUX ORIGINAUX

Inspirés et théomanes

Par J. LÉVY-VALLENSI (1)

Les grands mystiques ne sont pas seulement des contemplatifs, mais avant tout des constructeurs d'ordre divin. Chez eux, les diverses étapes de l'oraison conduisent à cette identification avec la Divinité que Delacroix a appelé état *théopathique* ou *somnanbulisme divin*. Participant du Créateur, ils sont aussi des créateurs. Jeanne d'Arc, Ignace de Loyola, Saint-Jean-de-la-Croix, Sainte-Thérèse ont fait œuvre durable.

Dans cette motion divine, le mystique, sauf très épisodiquement, n'a pas la conscience d'une contrainte. Il diffère donc des psychopathes, particulièrement des *influencés* avec lesquels on pourrait être tenté de le confondre. C'est le sentiment d'aisance, de plénitude, de joie dans l'action qui apporte au mystique la révélation de l'essence divine de sa mission.

Parmi les hommes qui, sur notre planète, se prétendirent des messagers divins, tous n'ont pas eu une favorable destinée et c'est le cas de rappeler la phrase de Diderot parlant des hommes de génie « on les renferme, on les enchaîne ou bien on leur élève des statues ».

Toutes les religions ont connu des prétendants à une faveur privilégiée du ciel ; les uns ont été vénérés, les autres moqués, honnis, emprisonnés, voire brûlés !

Des premiers, je ne vous dirai rien, renvoyant aux beaux livres sur les « Religions révélées » et « Les Miracles » de mon Maître le Professeur Roger, ceux qu'intéresse une explication rationaliste des doctrines religieuses.

Les autres retiendront seuls mon attention et seulement quelques-uns dans leur foule innombrable.

Les temps antiques ou légendaires ont connu les sybilles et Pythonisses, Cumes, Delphes et plus proche de nous Epidaure ; Calchas et Cassandre étaient aussi des inspirés des dieux.

Au IIIe siècle de notre ère Manès interprète du Saint-Esprit ou Paraclet fonde le Manicheisme qui, après une éclipse, renaîtra au XIIe siècle, dans le midi de la France avec les Albigeois.

Rappelons les épidémies de théomanie des Cévennes (1686-1707), celles de choréomanies d'Allemagne (1680-1695).

Au XVIIe siècle, Simon Morin prétend incarner Jésus-Christ. Il écrit des « Pensées » dont quelques-unes sont à retenir. Associé à Charpy de Sainte-Croix, les deux illuminés groupent de nombreux disciples ; l'un d'eux Desmarets de Saint-Sorlin, les trahira ignoblement (2).

Morin sera brûlé en Grève sous les yeux de ses disciples, qui attendront en vain trois jours durant la résurrection promise. Charpy de Sainte-Croix et d'autres adeptes de Simon iront ramer sur les galères du Roy.

Desmarets de Saint-Sorlin, premier chancelier de l'Académie française et collaboraroeur du Cardinal de Richelieu, qui conduisit au bûcher Simon Morin, est comme lui un visionnaire, terme sous lequel Pierre Nicole le stigmatise dans ses fameuses lettres.

Auteur, il écrit sous le titre « Visionnaires » une comédie où il ridiculise quelques détraqués de son temps.

(1) Leçon donnée à la Clinique de M. le Professeur Claude. Mars 1935.

(2) Voir sur Desmarets de Saint-Sorlin, la Thèse de Mlle Caillé faite sous notre direction. Paris 1935.

Visionnaire, il est l'interprète du Saint-Esprit qui lui dicte Clovis, poème insipide en neuf volumes. Il est le prophète Eliacim Michaël ; il doit ramener au catholicisme tous les infidèles, parmi lesquels les jansénistes. Dans son « Avis du Saint-Esprit au Roy » il envisage la levée d'une armée de 140.000 hommes tous marqués au front du signe divin.

Le XVIIIe siècle voit, au cours des scandales provoqués par les Convulsionnaires de Saint-Ménard, apparaître le Prophète Elie incarné par le Père Vaillant qui crée le culte de « l'Agneau sans tache ». Il se fait adorer sous ce nom couché sur une table ou ailleurs. Le Prophète Hénoch sera représenté par l'abbé Darneau. Tous ces saints personnages feront d'ailleurs connaissance avec la Bastille.

La révolution a vu Catherine Théo chez qui fréquenta Robespierre.

En 1772, Loisaut (de Saint-Mandé) entre en communication avec Saint-Jean-Baptiste et crée sous son nom une société qui groupe de nombreux illuminés ; ceux-ci, de génération en génération, se transmettront le flambeau divin. L'un de ces sociétaires, le sieur Legros, devient en 1816, fonctionnaire à la maison de santé de Charenton. A la même époque sera interné, d'ordre du Duc Decaze, Thomas-Ignace-Martin de Gallardon (1781-1834). Celui-ci, inspiré par l'ange Raphaël s'est fait le défenseur de la légende de la survie de Louis XVII, il a dit son fait à Louis XVIII qui l'a fait interner. En 1830, Charles X ayant arrêté sa fuite à Rambouillet, lui aurait fait demander conseil et ne se serait qu'ensuite résolu à l'exil. Gallardon se mettra en relation avec un autre illuminé célèbre, Vintras (1807-1875). Celui-là incarne aussi le prophète Elie, mais sous le nom de Stratanael et reçoit les inspirations de l'archange Gabriel. Vintras fait des miracles : écriture automatique de phrases latines alors qu'il ignore le latin, hosties sanglantes transportées à distance, coupes ensanglantées, calices qui se remplissent de vin parfumé, musique céleste, lévitation, rien ne manque au merveilleux. Sa mission est de ramener Naundorff sur le trône de France : il récoltera cinq ans de prison. Un de ses disciples, l'abbé Boullan, de Lyon, inspiré par Saint-Jean-Baptiste, aura le don de s'élever dans les airs. Il sera également condamné. Une autre disciple Rosette Tamisier fera saigner sur un tableau les plaies du Christ. Deux écrivains célèbres Huysmans et Jules Bois partagèrent les étranges illusions de Vintras et de ses adeptes.

Nos malades mystiques eux aussi ont des missions à remplir. Ces missions, je vous les ai indiquées, à propos des sujets de mes précédentes leçons (1) : interpréter la Sainte Ecriture, l'Apocalypse en particulier, restaurer le chant Grégorien, délivrer le Pape de Mussolini, sauver la France, la régénérer, contracter mariage avec Dieu pour engendrer le Messie, etc...

Chez eux, la pathogénie d'un état *théomaniaque* que je désire opposer à l'état *théopathique* pur des mystiques varie à l'infini : interprétation, intuition, vision imaginaire, rêve, hallucinations visuelle, psychique et verbale, pensée étrangère, représentation mentale, imagination, tout concourt à la création du mythe de la merveilleuse intervention divine.

C'est dire que le délire théomaniaque est loin de constituer une entité morbide, qu'on peut le voir donner sa couleur propre à toutes les manifestations délirantes.

* * *

La première malade a 43 ans. Née d'un père protestant et d'une mère catholique, elle ne semble pas avoir eu une éducation religieuse très poussée. Son père, alcoolique, la battait et, pour la punir de ses colères fréquentes, d'ailleurs, il lui arriva de mettre la tête de l'enfant sous le robinet ou de l'enfermer avec les porcs. Elle n'a pas gardé de lui un très agréable souvenir ! La mère, très nerveuse a, vers la quarantaine, fait, notez-le, des accidents psychopathiques

(1) Sous presse : *Paris Medical*, Psychoses mystiques. Visionnaires *Gazette des Hôpitaux*, Sorcières et possédées.

qui ont duré trois mois environ. Après une liaison platonique avec un jeune homme tué au cours de la guerre, notre malade se marie, mais sans amour. Elle n'éprouve avec son mari aucun plaisir sexuel et ne prend pas d'amants. Cependant, elle demeure insatisfaite, regrette ce qu'elle ignore, elle désirerait, nous dit-elle « être comme les filles ». Son mari, sans doute peu satisfait aussi de sa partenaire, prend des distractions ailleurs et, en 1919, abandonne sa femme et un fils qui a aujourd'hui 20 ans. Divorce en 1923. La malade espère d'ailleurs que son mari lui reviendra.

Elle a toujours été crédule, superstitieuse, a fait du spiritisme et consulté les cartomanciennes ; éléments favorables selon une opinion que j'ai autrefois soutenue, à l'éclosion de phénomènes hallucinatoires.

Il y a huit mois, on parle de réduire le personnel de la banque où elle est employée : gros émoi et les moqueries de ses camarades augmentent son émotivité. Alors va s'installer chez elle un état anxieux accru par la perpective de la prochaine incorporation de son fils. Elle a l'intuition que le chef du contentieux de sa banque, qui ressemble à Jésus-Christ, ainsi qu'une employée Mlle P. l'influencent « comme s'ils cherchaient une âme pure pour continuer une œuvre de bien ». L'idée de mission s'amorce.

Elle se rappelle qu'en 1917, étant en pays envahi, elle a vu, entourée de colombes, dans le ciel, la Vierge qui lui a dit : « Un jour tous les hommes seront aux pieds de Dieu redescendu sur la terre ».

Un samedi matin, elle a l'intuition que l'on va déposer chez elle un paquet de titres pour la faire arrêter et condamner. Elle se jette aux pieds du chef du personnel le suppliant d'arrêter l'affaire.

Mais l'idée de mission s'affermit. Elle néglige son intérieur dont elle n'a plus le courage de s'occuper. Longtemps elle ignore quelle sera sa mission « et la vérité lui a été révélée lorsqu'elle est devenue folle ».

Elle va consulter un médecin qui est absent. Elle raconte à la femme du praticien qu'elle a une mission céleste à remplir. Le médecin averti veut lui faire une injection sédative. Elle s'affole et appelle au secours par la fenêtre. Conduite au Commissariat, elle est rendue à son fils qui l'hospitalise le lendemain à l'hôpital Henri Rousselle.

Depuis, elle a appris, par intuition et voix intérieures, qu'elle doit rénover la banque où elle travaille, régénérer la Franc-Maçonnerie, ressusciter toute sa famille, rendre à l'Allemagne ses colonies, faire le désarmement général, tendre la main à Hitler et à Mussolini.

L'intuition lui a aussi révélé un prochain déluge, seuls survivront un jeune homme et ses sœurs avec leur mère. L'inceste sera donc obligatoire.

Elle a eu des visions, peut-être des rêves. Elle a visité des bagnes, des bas-fonds, elle y a rencontré le fils Prince qui a fait assassiner son père par la police !

Dieu le Fils est le chef du contentieux de sa banque. Dieu le Père lui a été offert en union libre par une fille, mais seulement afin de l'éprouver.

A son entrée, la malade était logorrhéique, sa présentation théâtrale, elle déclamait avec de grands gestes, une extrême variabilité d'humeur. Rapidement cet état s'est amendé, mais avec des reprises d'excitation.

Aujourd'hui, elle est particulièrement excitée ; elle est soutenue par la Providence, ses morts la protègent, elle est favorisée de Dieu ; elle communique avec les esprits qui rôdent autour d'elle.

Elle parle d'abondance, s'agite, est joviale, un peu ironique. L'aspect est celui d'une maniaque. Rappelons-nous le début par un état de dépression anxieuse, n'oublions pas que la mère de la malade a fait une crise de mélancolie.

***

Je vais vous présenter maintenant un personnage pittoresque qui se dit le Nouveau Messie, frère cadet de Jésus-Christ. Cette divinité ne l'a pas empêché d'être ramassé dans la rue, en octobre dernier, mourant d'inanition après un jeûne involontaire de dix-sept jours. Hospitalisé trois mois à la Charité, il a été interné ensuite à Sainte-Anne.

C'est un homme de 49 ans, fils de petits agriculteurs du Nord ; assez inculte, il a été à l'école jusqu'à 12 ans, mais n'a pas obtenu le certificat d'études primaires. Pieux durant ses premières années, il a depuis cessé de pratiquer.

Il a fait mille métiers : agriculteur, ouvrier dans une usine de plomberie, contrôleur pour le tuyautage du gaz, ouvrier métallurgique, vendeur de journaux, gardien dans un asile d'aliénés, employé des pompes funèbres chargé de la mise en bière, arracheur de betteraves, trimardeur et porteur aux Halles, etc... Il a vécu dans le Nord, l'Ouest, à Roanne, à Auxerre, enfin à Paris depuis 1913.

Il a subi plusieurs condamnations : un mois pour vol de mouchoirs à l'étalage d'un grand magasin, huit jours pour affichage illicite, trois mois pour vente d'un journal interdit, trois ans pour désertion. Réformé, puis repris au service auxiliaire en 1917 et mobilisé au Mans, il déserte au bout de trois mois et, grâce à un livret falsifié, échappe pendant trois ans aux recherches.

En 1919, il a sa première relation sexuelle avec une voisine divorcée ; il la déçoit et, en 1920, elle le dénonce comme déserteur.

Au bout de dix-huit mois, il est amnistié, mais dégoûté des femmes conserve désormais une chasteté qu'il n'a d'ailleurs que bien peu entamée.

En 1922, méditant le long de la Seine, car il médite souvent, il fait la rencontre d'un marinier qui lui donne « l'Evangile d'après Allan Kardec ». Il lit ce livre avec intérêt, se sent ramené à Dieu et se plonge dans la lecture de l'Evangile traditionnel.

En 1924, il est assis sur un banc des Tuileries, à côté d'un quidam qui lit un livre de théosophie ; cette rencontre va décider de sa destinée. Il se procure le livre, se fait admettre au cercle théosophique du Square Rapp dont il fréquente assidûment la bibliothèque. Il entre en même temps en relation avec certains théosophes, en particulier avec Mme Annie Besant, présidente de l'œuvre ; cette dame produit un jeune hindou qu'elle dit le Nouveau Messie. Notre homme accepte cette prétention messianique. En 1933, Mme Besant meurt et le prétendant déclare à un rédacteur de *Paris-Soir* qu'il n'a rien d'un messie. C'est pour L. une illumination. C'est lui qui sera ce nouveau Messie. Il se sert de comparaisons chirurgicales : Jésus-Christ est le chirurgien du monde, le Sauveur, lui, le Nouveau Messie, le frère cadet de Jésus, quant au Messie démissionnaire, il sera réduit au rôle d'infirmier. L'opération, sera le Jugement Dernier et se fera avant 1948. Il aura lui, la mission d'annoncer l'événement au monde, comme l'interne prépare la salle d'opération. Ce Jugement Dernier, il en a eu l'intuition par une vision sur le bord de la Seine, un soir qu'il revenait d'une conférence sur les prophètes. Par un après-midi lumineux d'été, la nuit se fera soudain, puis ce sera une clarté séraphique ; dans le ciel Jésus-Christ apparaîtra accompagné de quatre anges sonnant de la trompette. Alors, les méchants tomberont foudroyés et le monde régénéré ne sera plus peuplé que par les bons. Il ne nous dit pas d'ailleurs au bout de combien de temps les méchants réapparaîtront justifiant une nouvelle exérèse.

Tout ce qu'il sait de sa mission, c'est par *intuition* ; il ne semble pas avoir d'hallucinations psychiques ni de visions. Cette intuition est rythmée au *bruit de la vie*, sensation extérieure qu'il compare à la vibration d'un fil de fer tendu entre des poteaux.

Comme les théosophes, il croit à la résurrection, dans d'autres corps, les méchants expiant dans une vie nouvelle les méfaits de leur vie passée. Il sait par exemple que sa dernière existence a été celle d'un bourgeois égoïste et sensuel. Ses misères actuelles sont l'expiation d'une vie passée condamnable. Mais maintenant, il n'a plus rien à redouter, il appartient à la vie éternelle. Il a peut-être été Saint Pierre ou Saint Paul.

J'aurais aimé avoir des précisions sur ces vies antérieu-

HENRI-JEP-CARRÉ, PARIS

res, mais notre homme n'a l'imagination ni d'un Cagliostro ni d'un comte de Saint-Germain.

La vie de notre sujet est toute de privations, car il veut se purifier. Par périodes de six mois, il supprime le pain, ou ne vit que de pain, ou de légumes ou de fruits. Il jeûne fréquemment plusieurs jours de suite, mais pas toujours volontairement. Il vit solitaire, ne parlant à personne, n'adressant pas un mot à sa concierge, qu'il accuse d'ailleurs d'avoir donné sur lui de tels renseignements que le Maire lui a refusé l'indemnité de chômage. Pour communiquer avec elle, il dépose une lettre entre les feuilles d'un journal, qu'il met ensuite à la poste. Il travaille aux Halles par occasion. Quand il a quelques économies, il en vit misérablement, jusqu'à épuisement. Il a cependant dépensé 470 francs pour faire éditer un factum qu'il distribue à travers Paris, portant un chapeau que d'aucuns ont dit de femme avec sur le ruban : le Nouveau Messie et au bras ce brassard : interprète du Messie.

Arrêté plusieurs fois à la suite de cette propagande insolite, il a toujours été relâché.

Nous avons entre les mains des lettres écrites au crayon et adressées à sa concierge. Il s'agit toujours d'affirmation de sa mission, de récriminations contre l'hypocrisie et la méchanceté des hommes qui l'ont moralement crucifié. Il annonce sa mort prochaine et fait un testament par lequel il laisse son mobilier à sa concierge, réclamant des obsèques décentes et il termine : « Je vous pardonne à tous, je vais m'éteindre comme une chandelle, en béatitude et, en avant pour l'éternelle vie près de Dieu. Gloire à son domaine et à sa justice ».

Comment classer ce malade ? On relève dans son passé des crises d'excitation alternant avec des crises de dépression. Son grand-père maternel s'est pendu ; une sœur âgée de 39 ans est internée pour la quatrième fois ; une autre sœur est morte à 25 ans, au cours d'un deuxième internement. La psychose périodique existe donc dans sa famille et chez lui-même. Ce n'est pas elle cependant qui est en cause ici. Ce malade a toujours été un solitaire, un isolé, un rêveur, un schizoïde en un mot. L'état de désadaptation sociale qu'il présente depuis quelques années le met sur la route de la schizophrénie, s'il ne l'a pas encore parcourue. Nous dirons avec le Professeur Claude qu'il s'agit d'un *état schizomaniaque*.

* * *

La dernière malade est une femme de 59 ans qui est depuis deux ans enceinte du Messie. Ses antécédents familiaux sont chargés. Grand-père paternel interné ; père excentrique ; un frère original, un cousin germain et sa fille internés.

Notre malade élevée au couvent, en Normandie, possède le brevet élémentaire. Mariée à 20 ans. Toujours rêveuse. « J'aurais pu passer à côté d'elle, nous dit son mari, sans qu'elle me reconnaisse ».

A ma question indiscrète sur ses réactions amoureuses, elle me répond, très justement, que je suis trop curieux, mais avec une rougeur révélatrice. A défaut de carence d'amour, on peut relever chez elle une carence de maternité. Après une fausse couche de cinq mois, au début de son mariage, elle n'a plus depuis été enceinte. Elle a été pendant quelque temps préoccupée de sa stérilité et a demandé des conseils médicaux. Il est possible, mais non prouvé, que ce désir ancien de maternité ait orienté le délire dans le sens actuel.

Le 29 décembre 1332, elle communie. Le 25 janvier se produit *l'Evénement* qu'elle ne confiera qu'à la Très Sainte Eglise, mais qui est en somme la révélation que le pain eucharistique l'a fécondée. Alors, elle a des nausées, des faiblesses, en même temps que la sensation lorsqu'elle se lève d'être bousculée. Pendant un an elle garde le lit. En décembre 1934, grande agitation, elle déclare qu'elle est enceinte du Messie et que Dieu parle par sa bouche ; elle crie et chante. Internée à l'asile du Bon Sauveur à Caen du 24 janvier au 7 février 1934. Dès sa sortie de l'asile, elle se remet à délirer, s'agite, crache, et demande à faire analyser ses crachats. Conduite à Paris par son mari, elle achète une layette, un matériel d'accouchement, un livre de puériculture, veut se procurer un berceau. Son mari, excédé, la conduit à l'hôpital Henri Rousselle d'où elle est internée.

Elle se présente à nous exubérante, loquace, satisfaite de ses deux internements que Dieu a provoqués pour faire constater sa grossesse. Elle réclame des examens gynécologiques et une analyse de ses crachats qui doivent renfermer de l'albumine provenant des enveloppes de l'enfant.

Cet enfant, elle le sent bouger et nous fait constater ses mouvements (respiration abdominale). Le Saint-Esprit l'inspire et parle par sa bouche, mais sans contrainte, parfois la voix précède la pensée. Ce sont des encouragements, des conseils, des prédictions. Cette voix vient du ventre.

Elle a eu quelques visions spirituelles, des images de sainteté, mais agrandies ; une hallucination visuelle ; un tableau représentant la Vierge en robe rouge, c'était bien un tableau car elle a vu *le cadre*.

Dieu lui a appris les 36 couplets d'un chant dont elle ne connaissait que deux strophes : il lui dicte une variation du « Minuit chrétien ».

Le Saint Esprit la fait gesticuler devant nous pour bercer le bébé ; il lui fait pousser des cris inarticulés avant l'émission des crachats.

Certaines pensées étrangères traversent son esprit ; quelques-unes blasphématoires sont dues au démon.

Cette malade a été photographiée à Sainte Anne comme nous avons accoutumé de le faire. Dieu lui a révélé que le film n'a pas été impressionné ; elle nous défie de lui montrer ce portrait que j'ai en poche, ajoutant : si vous me le montrez, c'est que tout ce que j'ai dit est faux et que je suis folle.

Je vais, sans égard pour sa confusion, faire l'expérience de mettre l'image sous ses yeux, je ne sais quelle sera son explication, mais ce dont je suis certain, c'est qu'elle ne reconnaîtra pas son erreur.

En effet, voyez-là ; elle bafouille, dit qu'elle ne voit pas, faute de lunettes, rougit, prend l'épreuve en main, dit c'est pourtant bien moi, paraît émue, surprise, réfléchit une minute puis a cette réponse triomphale : « J'ai compris, c'est le Diable qui s'est substitué à Dieu pour me faire croire que la photographie n avait pas été réussie ». Elle a trouvé un argument sans réplique auquel je n'avais pas songé.

Cette malade à hérédité chargée, au passé vraisemblablement schizoïde, au délire absurde, peut être rangée dans le groupe des *psychoses paranoïdes*.

Vous le voyez, de nos trois théomanes, la première est une périodique, les deux autres entrent dans le groupe plus général de la schizophrénie. Cette proportion de la maladie de Bleuler chez nos théomanes est celle que l'on retrouve lorsque l'on envisage les psychoses mystiques dans une vue d'ensemble.

« Soyons justes. Les médecins du XVII[e] siècle n'étaient pas ces personnages sots et ridicules que nous montre la comédie. Ils « avaient des humanités », parlaient grec et latin et raisonnaient – trop peut-être – selon les règles d'Aristote. Leur science était « ce qu'elle pouvait être » dans l'état des connaissances générales du temps. La vague intuition qu'ils avaient du rôle joué par le milieu humoral, a été confirmée de nos jours par la découverte des sécrétions endocriniennes (hormones). Lavements, purges et saignées sont toujours en usage. Leur ridicule réside dans leur orgueil de demi-dieux et dans leur galimatias — incompréhensible au commun des mortels. Leur sottise, leur impardonnable sottise consiste dans leur entêtement à user et abuser, à tout propos et hors de propos, de leur trois panacées ».

(D[r] Victor PAUCHET. – Comment aurait pu etre soigné... Louis XIV. *Candide*, 17 octobre 1935.)

Traitement des états dépressifs par les polycamphosulfonates

Par M. MONTASSUT et Mlle LEMAIRE

Grâce à la fréquence des états dépressifs traités au Dispensaire de l'hôpital Henri-Rousselle, nous avons expérimenté sur une vaste échelle les diverses thérapeutiques préconisées. Nous nous sommes plus spécialement attachés aux médications antichoc et avons concurremment employé l'autohémothérapie, la protéinothérapie à faibles doses et les modérateurs classiques de l'équilibre humoral : chlorure et hypophosphite de chaux, chlorure et hyposulfite de magnésium (1), uroformine, etc... Les résultats en ont été assez variables et pas toujours démonstratifs. Nos essais ont été plus nets avec les polycamphosulfonates dont l'action préventive et curative des états de choc a été démontrée par les travaux récents de Mercier et ses élèves (2).

Depuis longtemps les cliniciens avaient été frappés par les rapports des psychoses intermittentes et des maladies cycliques : asthme, rhume des foins, migraine urticaire, maladie sérique, voire épilepsie, etc... Avec la découverte de l'anaphylaxie et à la lumière des travaux de Widal et de son école, ces faits furent regroupés et les médecins s'attachèrent à l'étude des médications antichoc (Pagniez et Vallery-Radot, Danysz, Sicard, Ravaud, Lumière, Gougerot).

En neuro-psychiatrie plus particulièrement, Tinel (3) établit les liens unissant ces maladies apparemment disparates et souligna l'alternance ou substitution et l'action curative réciproque. Elles relèvent d'un terrain spécial et se déchaînent sous l'action d'agents spécifiques ; les manifestations dépressives, anxieuses ou maniaques sont l'expression particulière de phénomènes de choc favorisés par l'hyperexcitabilité parasympathique [Santenoise (4)]. Mais la notion d'anaphylaxie ne se limite pas seulement aux psychoses périodiques ; elle doit être étendue aux psychonévroses. La constitution émotive réalise une véritable diathèse colloïdoclasique et se montre particulièrement vulnérable. Le facteur émotionnel y jouerait, selon la séduisante thèse de Mlle Pascal (5) un rôle comparable aux agents physiques et serait également assimilable au choc peptonique ; les manifestations sont justiciables de la thérapeutique des chocs.

Notre expérimentation correspondait ainsi à des préoccupations classiques, elle visait surtout à l'essai d'un médicament antichoc. Elle fut aussi entreprise pour des raisons plus particulières, dictées par l'observation clinique et quelques recherches personnelles. Les phases dépressives survenant chez les périodiques ou les constitutionnels offrent le caractère commun et paradoxal : d'un tableau clinique particulièrement stable et momentanément irréductible par les agents déchaînants habituels. Nos constatations (6) biologiques confirment cette impression en montrant la stabilisation transitoire. la cristallisation d'une instabilité humorale constitutionnelle. La recherche d'une médication clastique susceptible de modifier l'état humoral et par là l'excitabilité neuro-musculaire s'imposait donc. Pour des raisons analogues nous cherchions à corriger l'hypotonie vasculaire et à accélérer la circulation, espérant ainsi modifier les cénestopathies cérébrales accusées par la plupart de nos malades dès l'apparition et au cours des accès dépressifs (1).

L'essai des polycamphosulfonates, préconisés par Mercier (2) et ses élèves dans le traitement de la maladie du sérum, des crises nitritoïdes et des syndromes anaphylactoïdes (coryza, prurit, migraine) était donc justifié pour leur action antifloculante mais aussi pour leurs effets antigiotoniques, sympathicotoniques et parasympathicolytiques. Nous avons utilisé les produits spécialisés par les laboratoires Clin sous le nom de Lysochoc : ampoules de polycamphosulfonates de césium, spartéine, éphédrine et sodium dragées de polycanephosulfonates de césium, spartéine, éphèdrine et calcium. L'expérimentation s'est faite sur des adultes exclusivement, elle n'a donné lieu à aucun incident notable. La cure consistait en injections bi-quotidiennes alternées avec la prise de dragées.

Pour facititer l'interprétation des résultats obtenus nous rangerons schématiquement les états dépressifs sous trois rubriques : dépressions symptomatiques, périodiques et constitutionnelles. Les recherches ont surtout porté sur la dernière catégorie de malades, particulièrement fréquente à notre service.

Le traitement des *dépressions symptomatiques*, expérimenté sur une dizaine de cas, n'a pas donné de résultats appréciables. Nous avons cependant parfois constaté une amélioration transitoire et partielle des phénomènes d'inhibition mais bien entendu pas de modifications du fonds mental. Nous avons vu ainsi s'atténuer par exemple le négativisme d'une dépression atypique suspecte de schizophrénie et régresser une forme stuporeuse de méningo-encéphalite.

Dans les *dépressions périodiques* l'interprétation des résultats est encore malaisée. Nous avons l'impression d'avoir espacé les accès de deux mélancoliques à alternances fréquentes, en associant comme d'habitude le gardénal aux doses quotidiennes de 5 centigrammes durant les intervalles lucides. Nous n'avons pas eu par contre l'occasion de saisir un malade en imminence d'accès et n'avons pu par conséquent en tenter la prophylaxie. Au cours de l'accès constitué la médication ne jouerait qu'un rôle symptomatique inconstant ; elle ne semble pas toutefois aggraver l'anxiété et l'insomnie. Par contre l'action curatrice est manifeste à la fin des accès, elle accélère la reprise de l'activité intellectuelle et atténue la douleur morale résiduelle.

Les polycamphosulfonates se sont montrés surtout efficaces dans le traitement des malades que l'un de nous a décrit sous le nom de *déprimés constitutionnels* (3) et qui présentent un tableau clinique précédemment exposé sous les divers vocables de : neurasthénie, psychasténie, constitution émotive, etc... La médication agit particulièrement sur la fatigabilité intellectuelle, les troubles cénesthésiques et l'état général. Dès les premières injections le malade signale une atténuation considérable des troubles de l'attention, de l'état crépusculaire ; la concentration intellectuelle et l'évocation des souvenirs se font plus aisément. Il s'ensuit un état de satisfaction. Avec l'amélioration de l'activité intellectuelle disparaissent aussi les troubles si constamment allégués : casque, vide

(1) Coder et Montassut. Le magnésium chez les déprimés émotifs. *Progrès Médical*, 17 janvier 1931.

(2) Mercier. — Les polycamphosulfonates. *Paris Médical*, 1er décembre 1934.

(3) Tinel. Relations de la psychose maniaco-dépressive avec les crises de migraine, épilepsie, asthme, urticaire. *Encéphale*, fév. 1928.

(4) Santenoise et Tinel. Anaphylaxie et vago-sympathique. *Journ. Méd. franç.*, mars 1922. — Garrelon et Santenoise. Choc peptonique et tonus parasympathique. *Presse Médicale*, 24 fév. 1926.

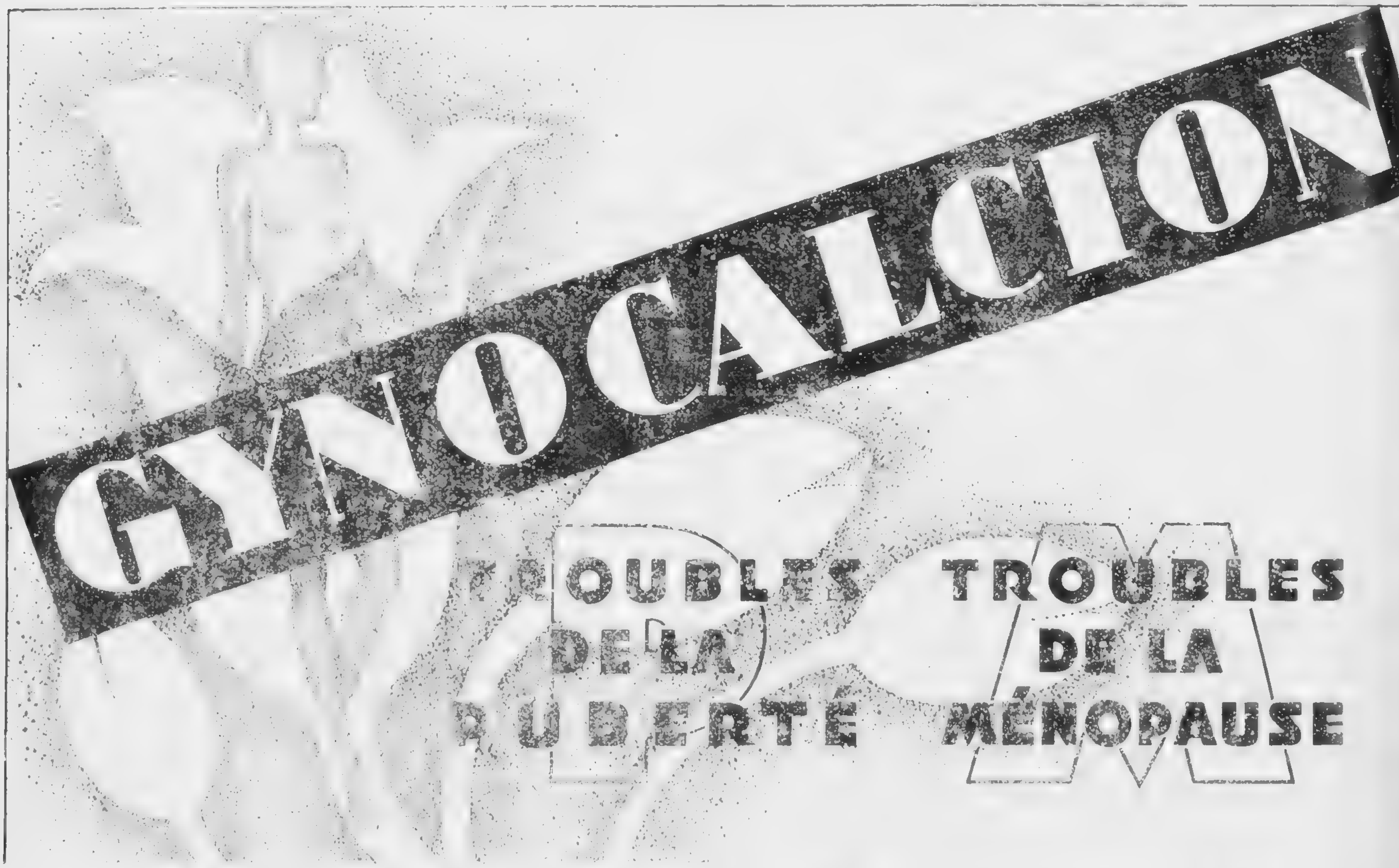
(5) Mlle Pascal et J. Davesne. Choc peptonique et formes parasympathiques. *Presse Médicale*, 24 fév. 1926.
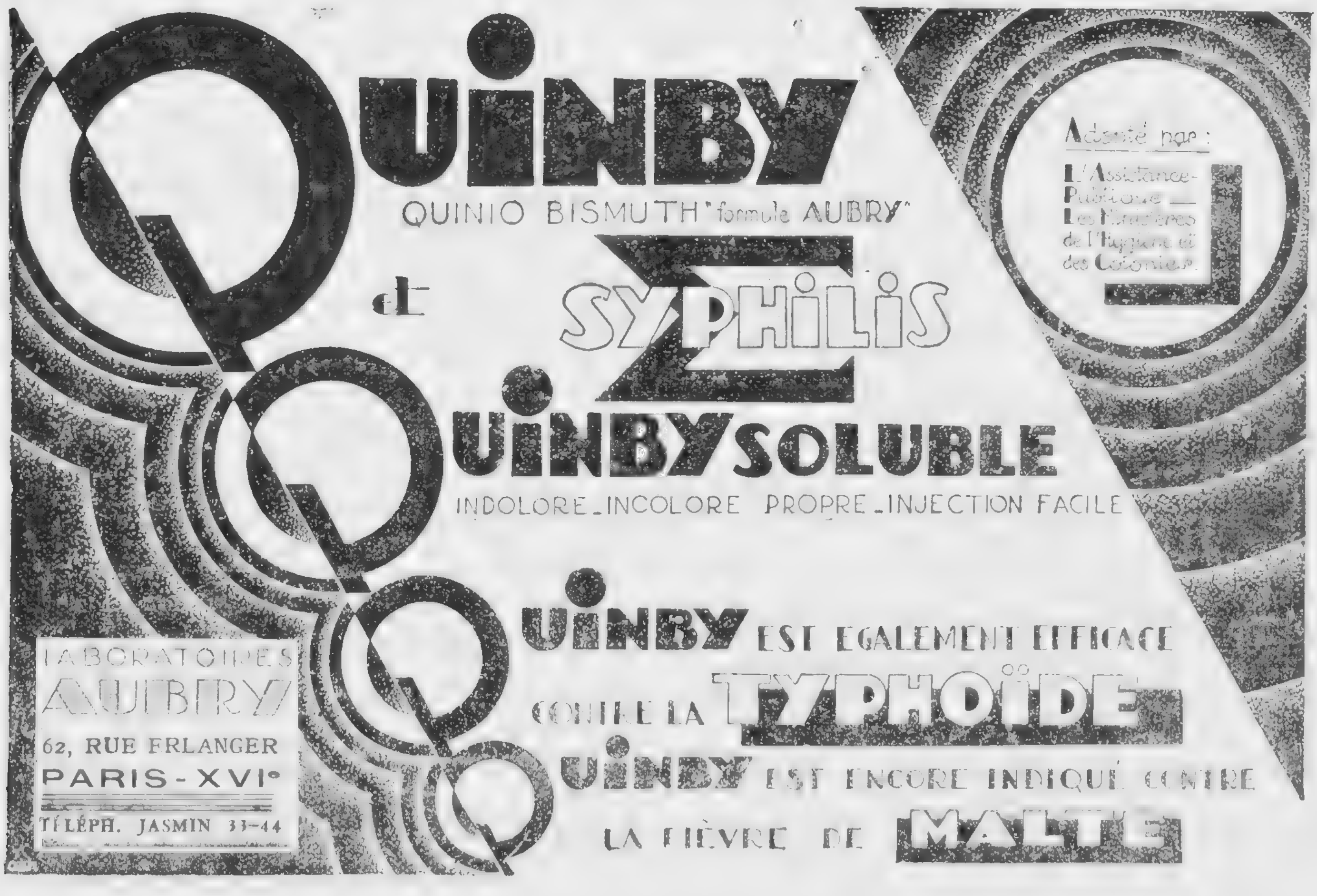
(6) Montassut et Delaville. Ca et K sanguins dans l'émotivité. *Encéphale*, juin 1930.

(1) Montassut et Lamache. Réactions vaso-motrices chez les cénestopathes. *Encéphale*, mars 1926.

(2) Mercier et Krijanowsky. Action antichoc du camphosulfonate de spartéine dans l'anaphylaxie sérique et expérimentale. *C. R. Soc. Biol.*, 1933, t. 113. — Andarelli et Santonacci. Thèses Marseille, 1933 et 1934.

(3) M. Montassut. — La dépression constitutionnelle. Asthénie, émotivité, déséquilibre physico-chimique. *Presse Médicale*, 27 mai 1931.


GYNOCALCION
TROUBLES DE LA PUBERTÉ
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

occipital, griffe occipito cervicale, bouillonnement et fourmillement cérébral, horripilation du cuir chevelu ; il y a aussi récupération de l'acuité visuelle et disparition des phosphènes, etc... On constate par ailleurs une détente de la physionomie, la reprise d'une mimique active et labile ; la fraîcheur du teint et l'éclat des yeux soulignent encore l'amélioration de l'état général. La guérison s'est maintenue souvent durant plusieurs mois ; dans de nombreux cas la médication a été reprise avec la même efficacité et sans incident.

En résumé nous pouvons dire que l'action des polycamphosulfonates se limite essentiellement aux manifestations de la maniaco-dépressive et de la dépression constitutionnelle. Les résultats dans celle ci, biologiquement plus sensible, sont nettement favorables ; ils le sont moins dans les mélancolies profondes en période d'état tandis qu'ils sont plus nets dans les dépressions légères ou au déclin de l'accès mélancolique. On peut donc penser que la médication plus intensivement menée pourrait donner des résultats plus décisifs dans les psychoses périodiques ; ceci fait l'objet de nos recherches actuelles.

La part de l'hérédité dans l'apparition de la démence précoce

Par MM.

A. RODIET et S. QUEROU

Médecin chef et médecin assistant des Asiles

Connue par les travaux de Kahlbaum et de Kræpelin, en Allemagne, la démence précoce ou hébéphréno-catatonie, est, ainsi que l'ont définie, en France, Sérieux et Masselon, à la fin du XIX siècle : « une psychose, à marche « progressive, avec des rémissions, survenant chez les « adolescescents. Elle est caractérisée par un affaiblis- « sement lent et progressif des facultés intellectuelles, « évoluant à travers des phénomènes aigus qui consistent « en états de stupeur ou d'agitation, par alternances, ou « en délires plus ou moins systématisés. »

Affection mentale de la puberté, d'une part, et, d'autre part, syndrome résultant, par prédisposition héréditaire (tuberculose ou syphilis héréditaires, par exemple), de causes toxiques endogènes ou exogènes (fatigue, surmenage, chocs physiques ou moraux), la démence précoce est fréquemment observée dans les asiles d'aliénés. Depuis 1920, elle est d'autant plus souvent mentionnée dans les certificats médicaux que son cadre s'est élargi. Les psychiatres, en effet, témoignent d'une tendance croissante à diagnostiquer : « déments précoces » de nombreux malades désignés autrefois sous les noms de cyclothymiques ou dégénérés, ou encore déséquilibrés avec bouffées délirantes ». Ces dénominations étaient employées avant que les symptômes de la démence précoce soient bien connus et classés.

Ce sont surtout les troubles du caractère qu'on observe au début de la démence précoce. Ils déterminent les réactions médico-légales des malades.

Or, pendant toute la vie d'un sujet, son caractère dirige ses réactions en milieu familial et social. Constitutionnel, il ne change pas pendant toute la vie. C'est, du moins, la règle, quand ne surviennent pas certaines circonstances d'ordre pathologique qui, momentanément, peuvent le modifier. Ces circonstances sont, d'ailleurs, très rares : elles peuvent être une maladie infectieuse, comme la fièvre typhoïde ou l'encéphalite léthargique, un accident neurologique, comme les convulsions de l'enfance ou des crises épileptiques de l'adolescence. D'après la conception psychanalytique de Freud, un choc émotif, un traumatisme affectif, pendant l'enfance, serait capable de modifier le caractère et d'orienter dans un certain sens toute la vie affective du sujet. Il est possible qu'un choc émotif ait de semblables conséquences, mais cette transformation du caractère est exceptionnelle, et si l'émotion peut paraître responsable, c'est qu'elle agit comme un trouble d'ordre physiologique, c'est-à-dire comme une cause organique chez un prédisposé.

Au sujet de cette prédisposition chez les déments précoces, les opinions des auteurs diffèrent peu. D'après R. de Fursac, l'hérédité existe dans plus de la moitié des cas.

« On doit admettre, écrit-il, dans son *Manuel de psy- « chiatrie* réédité en 1929, que si traumatisme, choc émo- « tionnel, surmenage, chagrins, infections, jouent un « rôle — ce qui n'est pas certain — dans l'apparition de « la psychose, ce ne peut être que celui de cause occa- « sionnelle et accessoire ».

De sorte que cet auteur mentionne que l'hébéphréno-catatonie est « une maladie d'ordre dégénératif ». C'est la réaction d'un cerveau insuffisamment résistant à l'effort imposé, soit par le développement physiologique, soit par le développement psychique. Une éducation mal comprise, notamment le surmenage scolaire, influerait, dans ce dernier cas, sur l'évolution de la psychose.

Laignel-Lavastine et Barbé pensent que l'hérédité neuro-psychopatique existe chez les deux tiers des déments précoces, et les stigmates de dégénérescence chez un tiers. L'hérédité est parfois similaire, le père et la mère étant, l'un et l'autre, tarés. Parfois, aussi, la démence précoce est familiale, c'est-à-dire est observée chez plusieurs frères et sœurs d'une même famille. En bref, ces auteurs constatent que : « malgré les divergences d'opi- « nions, la prédisposition existe le plus souvent ». Ils estiment aussi que la prédisposition ne suffit pas et qu'il faut encore l'influence d'autres causes représentées par les différentes toxi-infections. De plus en plus, la démence hébéphréno-catotonique étant considérée comme une psychose d'intoxication, la formule suivante répond au plus grand nombre de cas : à prédisposition marquée, il suffit de toxi-infections légères ou rares, tandis que, inversement, à prédisposition peu marquée, il faut l'appoint de toxi-infections graves ou répétées : tuberculose, fièvre typhoïde, puerpéralité, épuisement, etc...

De même que le Professeur Claude sépare nettement, au point de vue étiologique, les schizoïdies ou schizophrénies de la démence précoce, Dide et Guiraud admettent, tout au plus, que la schizoïdie, considérée en tant que constitution psychopathique spéciale, est une prédisposition à l'hébéphrénie et aux délires progressifs. Mais ces auteurs ne croient pas que l'hérédité intervienne dans l'éclosion de la démence précoce.

Cependant, nos observations personnelles sont démonstratives à ce sujet et nous avons choisi les plus concluantes parmi les nombreux cas examinés.

OBSERVATION I. — Aline G..., 18 ans est soumise à notre examen en juin 1930.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à 44 ans. Mère nerveuse, hypochondriaque. Un frère de 23 ans tuberculeux ; un autre de 14 ans, normal.

L'enfant est né à terme. La dentition, la parole, la marche ont évolué dans les limites normales. Mais, à 18 mois, elle a eu des crises convulsives qui se sont reproduites à intervalles irréguliers et ont disparu complètement, la quatrième année.

A l'école, de 4 à 13 ans, elle travaillait régulièrement, mais suivait les classes avec difficulté. Jusqu'à 13 ans, Aline G... a été douce, très affectueuse. A cet âge, elle aurait été victime, d'après les renseignements de sa mère, d'un attentat à la pudeur qui l'aurait très vivement impressionnée. Depuis, son caractère se serait modifié avec des alternatives de dépression et d'excitation. Elle devient très menteuse, invente des histoires

◆◆

invraisemblables, et annonce des mariages tout à fait imaginaires.

Violente, au moment de ses règles, elle a voulu plusieurs fois frapper sa mère, la menaçant de lui crever les yeux. Très suggestible, elle suit les passants sur une simple invite, tandis que son activité sociale est à peu près nulle. Elle refuse de travailler avec sa mère. Examinée plusieurs fois au Dispensaire de prophylaxie mentale, on lui a trouvé une légère débilité mentale (à 18 ans, niveau mental : 11 ans), avec discordance très nette, indifférence affective à l'égard de ses frères, mais hostilité concernant sa mère. Celle-ci nous demande d'examiner la jeune fille parce que, depuis un an, Aline témoigne des idées de persécution. Elle accuse sa mère de mettre du poison dans son café pour la rendre folle, et, plusieurs fois, elle a présenté des illusions visuelles, d'apparence onirique.

En résumé, démence précoce au début chez une débile mentale héréditaire. Déjà conseillé au Dispensaire de prophylaxie mentale, l'internement par placement volontaire est recommandé pour éviter des réactions dangereuses à cause des idées de persécution. D'ailleurs, ce placement dans un asile est accepté par la famille.

Observation II. — Pap... Philippe, 17 ans, employé de librairie, de nationalité grecque, se présente le 27 novembre 1923 au service de Prophylaxie mentale, accompagné d'un ami qui réclame l'examen mental du sujet, disant que :

« 1° Pap... rit sans motif ; 2° il ne travaille pas ; 3° il se promène toute la journée dans sa chambre, parlant seul et vociférant sans cesse ; 4° il menace de le tuer, ou de se jeter à l'eau, si son ami ne lui donne pas d'argent ».

D'après les renseignements de cet ami, le père serait alcoolique et la mère tuberculeuse. Ils sont restés en Turquie, tandis que le frère habite Paris, mais se refuse à héberger Pap... qui d'ailleurs, fait constamment des fugues.

De l'examen du médecin, il résulte que le malade ne doit pas être interné, bien qu'il présente de l'obnubilation intellectuelle, avec apathie, indifférence et instabilité. En sorte que le sujet est remis à son frère, qui huit jours après ce premier examen médical, déclare au commissaire de police :

« Mon frère n'était pas un malade autrefois. Il a beaucoup souffert, lors de son évacuation de Turquie, à destination de la France. Il est entré à la maison Hachette où je travaillais, mais il n'est resté employé que pendant cinq jours. Chez moi, voyant qu'il ne cessait de rire sans raison, je lui ai demandé le motif. Il n'a pu me donner aucune explication, et il semblait ne pas se rappeler ce qu'il faisait. Le lendemain pendant son travail, mon frère a passé presque toute sa journée immobile, réfléchissant, puis éclatant de rire. Il a été renvoyé et c'est alors que je l'ai conduit, pour examen, à l'hôpital de la Salpêtrière, et ensuite à Sainte-Anne, où il n'a pu être admis. »

Trois semaines plus tard, le 21 décembre 1923, le frère du malade vient signaler à la Préfecture de police la disparition de Sap... qui, se promenant avec lui, s'est enfui brusquement, défendant à son frère de le suivre.

Deux jours après cette fugue, Pap... est arrêté pour vagabondage et conduit à l'Infirmerie spéciale où le médecin diagnostique : « hébéphrénie, irresponsabilité et internement nécessaire. »

Successivement à l'asile Sainte-Anne et à l'asile de Vaucluse, ce même diagnostic de démence précoce est confirmé, jusqu'en juillet 1924, où la famille, par l'intermédiaire du Consul de Grèce demande le rapatriement.

Le certificat du médecin, à cette date, est ainsi rédigé :

« Psychose hébéphrénique avec indifférence souriante et inertie mentale succédant à une agitation anxieuse stéréotypée. Il peut et doit être rapatrié. »

Par suite, le 11 juillet 1924, Pap... est dirigé sur l'asile de Marseille et, de là, transféré en Grèce par les soins de sa famille.

En résumé, un dément précoce, dont l'hérédité est manifeste, et qui était déjà atteint d'hébéphrénie, lorsque ses parents, pour se débarrasser de lui, l'ont envoyé en France. La psychose a évolué, dès l'arrivée à Paris, de façon à nécessiter l'internement.

Observation III. — B... Marie-Louise, 32 ans, sans profession, est arrêtée le 11 septembre 1932, au moment où elle voulait se jeter dans la Seine. Elle est conduite par la police à Saint-Lazare, où son père est convoqué pour donner des renseignements. Il réclame une expertise et l'envoi de sa fille dans un asile d'aliénés, disant que, depuis la mort de sa mère, *décédée de tuberculose* en 1928 : « B... ne parlait plus et refusait de sortir de son logement, pendant plusieurs mois. Plus tard, elle est devenue indocile, impulsive, violente avec son père, s'obstinant à ne pas travailler. Parfois, elle sortait des journées entières, sans vouloir renseigner sur ses promenades. »

De l'enquête faite au domicile du père, il résulte que celui-ci est *un alcoolique* avéré qui rentre souvent ivre le soir. Mais le père et les témoins omettent de mentionner les internements successifs qui ont précédé la tentative de suicide et l'expertise à Saint Lazare.

Or, l'histoire de la malade se reconstitue ainsi, d'après son dossier et les différents certificats d'expertise et d'internement. Du 12 mai au 11 juin 1922, B... alors âgée de 20 ans, a été arrêtée, puis internée, après scandale sur la voie publique, injures, et menaces aux voisins et projection d'objets sur les passants, par les fenêtres de son logement.

Remise en liberté après un mois d'internement, à cause des réclamations incessantes de son père, B... est, le 3 novembre 1926, de nouveau arrêtée et envoyée pour expertise à l'Infirmerie spéciale où le médecin conclut à : « déséquilibre psychique avec alcoolisme chronique, excitation et violences sur l'entourage. Nécessité de l'internement. »

Considérée comme alcoolique, la malade est envoyée à Sainte-Anne, et ensuite transférée à Ville-Evrard. A cause des réclamations obstinées du père, la sortie est autorisée le 26 novembre 1926.

B... vit avec son père jusqu'au 18 février 1928. A cette date, elle est de nouveau arrêtée après scandale à son domicile, et de nouveau, considérée comme alcoolique par un médecin de l'Infirmerie spéciale et deux médecins de Sainte-Anne. Son père, après démarches et réclamations incessantes, obtient sa mise en liberté le 12 mars 1928, c'est-à-dire moins d'un mois après l'internement.

Mais, à la suite de plaintes de ses voisins et d'une pétition des habitants de l'immeuble où elle loge avec son père, B... est envoyée à Saint-Lazare, le 10 janvier 1931. Là, elle est examinée par un médecin expert qui conclut à un nouvel internement pour : « déséquilibre psychique avec alcoolisme chronique, excitation et menaces de mort contre les voisins »

A Sainte-Anne, le médecin traitant diagnostique : « psychose intermittente. Agitation hypomaniaque actuelle avec idées de préjudice. Débilité mentale.

Tranférée à Ville-Evrard, la malade reste internée jusqu'en février 1932, date à laquelle la sortie est ordonnée à cause des réclamations obstinées de son père à la police et au Tribunal de Pontoise.

C'est alors, le 11 septembre 1932, que B... est arrêtée par la police pour tentative de suicide. Elle repasse par les mêmes étapes : Saint-Lazare, Infirmerie spéciale et Sainte Anne, d'où elle est tranférée à l'asile de Villejuif. Cette fois, le médecin traitant affirme le diagnostic de : « démence précoce sur fond de débilité mentale ».

En avril 1933, la malade meurt à l'asile de tuberculose pulmonaire.

Voilà une observation poursuivie pendant douze ans. Différents diagnostics ont été établis par les médecins traitants ou experts : débilité mentale ; déséquilibre psychique ; alcoolisme chronique ; psychose intermittente, et enfin démence précoce. L'évolution de la psychose prouve que B... était nettement une démente précoce alcoolique, sujette à des alternatives de dépression et d'excitation. L'hérédité est incontestable, puisque la mère est morte tuberculeuse, et le père alcoolique. Ce père s'est démontré incapable de surveiller sa fille. Après avoir plusieurs fois demandé l'internement, il insistait pour obtenir la sortie avant guérison, et se désintéressait ensuite des réactions de son enfant

* * *

Des observations de ce genre seraient plus nombreuses si nous n'avions pas voulu résumer la question. Chez tous les déments précoces que nous avons examinés, nous avons relevé des tares héréditaires. Dans chaque cas, le choc moral est évident, mais, le plus souvent, l'hérédité était la cause déterminante de la psychose.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement du coma chez les diabétiques, par le Docteur F. RATHERY. (Les thérapeutiques nouvelles. Clinique thérapeutique médicale de la Pitié). Un volume grand in-8 de 36 pages, 8 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Il est peu d'affections, où en médecine, le problème soit plus angoissant. Il en est peu où la responsabilité du médecin soit plus engagée, car il n'a pas là le droit de se dire : « à tout hasard appliquons le traitement du coma diabétique : s'il ne fait pas de bien, il ne fera pas de mal ». Pareille assertion est tout à fait fausse ; si le diagnostic est mal posé, non seulement le médecin ne guérira pas son malade, mais il le tuera. Soit qu'il ait institué un traitement de coma diabétique chez un sujet qui n'en avait pas, soit que par ses hésitations il ait trop tardé à appliquer le seul traitement actif chez un malade qui était effectivement atteint de coma diabétique.

Par contre, il est peu de maladie également où le médecin ait autant la perception de l'importance de son rôle, il en est peu où il puisse avoir autant la sensation que de lui seul dépend la vie de son malade.

Il aura ainsi le réconfort de pouvoir se dire que s'il engage toute sa responsabilité, il le fait tout au moins pour remplir le but que tout médecin poursuit, qu'il peut atteindre rarement mais qu'il a toute chance de pouvoir atteindre ici, la guérison de son malade.

Mon Menu. Prix : 20 francs. Edité par la Société d'applications scientifiques, 19, avenue Trudaine, Paris.

C'est mieux qu'un livre de cuisine, et mieux qu'un traité d'hygiène alimentaire, puisque cet ouvrage contient les deux à la fois. Mais c'est surtout la présentation qui est originale et saisissante : les pages se trouvant divisées en colonnes, chacune des recettes du maître Montagné (et il y en a plus de 600) est analysée en quelques lignes concises par le Docteur Gottschalk du point de vue médical. Les gourmets astreints à des régimes, même sévères, y trouveront mainte aubaine, car le Docteur Gottschalk ne se contente pas d'interdire ; il discrimine, il conseille, il recommande. Il permet d'appliquer avec discernement les prescriptions de la Faculté et même de concilier des régimes divers. Quant aux recettes proprement dites, le nom de Prosper Montagné n'est-il pas suffisant pour en garantir l'excellence ?

L'Hôpital de la Charité. *Son passé évoqué par quelques images*, par les Docteurs J. RAMADIER, H. FLURIN et M. IVAN GAUSSEN. 1 vol. in-8 (15,5 × 23) de 80 pages avec 38 figures : 20 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

La disparition de l'hôpital de la Charité ne s'est pas effectuée sans laisser quelques regrets du passé au cœur de ceux qui ont fréquenté ses salles et ses amphithéâtres.

La cérémonie d'adieu, animée par les discours des Professeurs Achard, Carnot, J.-L. Faure et le Docteur Godlewski a donné lieu à une rétrospective de dessins et de peintures, devant lesquels chacun des assistants égrena ses souvenirs.

La monographie des Docteurs Ramadier, Flurin et de M. Ivan Gaussen, est une évocation des grands faits et des grands hommes qui au cours de trois siècles d'histoire illustrèrent l'hôpital.

Elle contient des reproductions de portraits, paysages, plans, vues de monuments et forme ainsi une représentation vivante et exacte du passé de ces murs vénérables.

La physique moderne et l'electron, par M. A. BOUTARIC. 1 vol. de la *Nouvelle collection scientifique*. Prix : 20 francs. Librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint Germain, Paris.

La science à notre époque évolue avec une rapidité vertigineuse.

De Lavoisier à Berthelot, en passant par Berzelius, la chimie des équivalents a été de rigueur. Puis avec la synthèse des composés organiques elle fut abandonnée pour faire place aux notations atomiques qui paraissaient être plus rationnelles. Il en résulta un bond prodigieux dans l'évolution de la chimie organique et de la synthèse.

Puis la stéréochimie fit son apparition, mais actuellement, ce rigorisme, ce compartimentage disparaît à son tour, pour faire place à la chimie physique, à l'*atomistique*, à la chimie planétaire. Les limites de la chimie pure s'estompent, la physique prédomine dans l'explication des faits.

Et il n'est plus possible aujourd'hui d'ouvrir un livre de physique ou de chimie sans rencontrer aussitôt une allusion à des théories qui effrayent quelques peu ceux qui ne les ont point étudiées sur les bancs de la Faculté.

Une initiation est nécessaire, initiation facile et fructueuse quand l'initiateur s'appelle le Professeur Boutaric. Il excelle à promener le lecteur dans le domaine ardu de l'atomistique. Dans ce livre, sur la *Physique moderne*, qui en est déjà à sa seconde édition.

Electrons et Protons — Lumière, Chaleur et Electricité sont tour à tour expliquées avec clarté et rendues compréhensibles pour le lecteur le plus profane, et il faut savoir gré à l'auteur de tant d'ouvrages de haute vulgarisation de nous avoir donné cette mise au point dont la lecture s'impose à tous ceux qui veulent se tenir au courant de l'actualité scientifique.

Histoire de la Poésie française, de la Renaissance au Romantisme, par Emile FAGUET, de l'Académie française. — Tome VIII : *Les poètes secondaires du XVIIIe siècle* (1700-1750). Tome IX. *Les poètes secondaires du XVIIIe siècle* (1750-1789). Chaque volume in-16, broché : 15 francs. *Boivin et Cie, éditeurs*, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Les trois premiers tomes de cette remarquable *Histoire de la poésie française*, ouvrage unique en son genre, nous donnent une étude d'en-

semble de cette époque de 1600 à 1660, qui marque la transition entre l'Humanisme de la Renaissance et le Classique de la seconde moitié du XVIIe siècle.

Les tomes VIII et IX étudient les poètes secondaires du XVIIIe siècle. « Plus un homme est grand, moins il est représentatif de son temps ». Par son originalité, sa science, sa curiosité, sa raison, un grand esprit tient de l'avenir et du passé, autant que du présent.

Faguet étudie donc ces « *poetæ minores* » à qui l'on reproche généralement de ne point penser, — non pas seulement pour les réhabiliter, mais surtout pour révéler la mentalité du XVIIIe siècle, que nous ne saurions découvrir en ne considérant que des « sommets » tels que J.-J. Rousseau et Voltaire.

Frivolité, élégance, esprit, sensibilité légère, voilà les traits essentiels du XVIIIe siècle, tels qu'on les découvre en lisant les poètes secondaires. « Mondains aimables, ils font de l'amabilité en vers, amis de la philosophie qu'ils ne cherchent pas à approfondir, ils écrivent des vers agréables et ingénieux de philosophie morale ».

Tous les lecteurs trouveront dans ces études les idées neuves et originales que le maître développait avec tant de verve et d'enthousiasme dans ses cours.

Bayard (1476-1524) par Paul BALLAGUY Préface de Jacques BAINVILLE. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour se rendre compte de la nouveauté que ce livre apporte, il suffit de le comparer à tout ce qui a paru jusqu'ici sur Bayard.

Comme le constate dans sa préface M. Jacques Bainville, il est même surprenant que tant de pièces soient restées inédites sur un sujet si connu et si amplement traité depuis plus de quatre cents ans.

L'auteur a longuement fouillé les archives du Dauphiné, les archives privées et les archives publiques. Ses trouvailles lui ont permis de rectifier sur bien des points les légendes qui ont cours sur les origines de Bayard et de résoudre, par une conjecture hardie, mais infiniment vraisemblable, l'énigme du mystérieux amour d'où sa fille est née. Il a, en outre, tenu compte de toutes les recherches récentes dont le grand homme a été l'objet, tant en France qu'en Italie.

S'attachant particulièrement au rôle militaire de Bayard, sous les règnes de Louis XII et de François Ier, il montre dans le « bon chevalier » le véritable inspirateur de Gaston de Foix, en même temps que l'exécutant principal de ses victoires. Le héros est replacé dans son temps et dans son milieu, cette Italie de la Renaissance qui n'était pas seulement celle de Machiavel et des Borgia, mais des Léonard de Vinci, des Michel-Ange, des Raphaël et des Titien.

Cette œuvre d'érudition, dépouillée de tout ce que la science a parfois d'ingrat, se lit sans peine et même avec un vif agrément. « Il est des personnages historiques, dit M. Jacques Bainville dans la préface, que tout le monde connaît et dont les noms sont devenus immortels. L'image et l'idée que l'on s'en fait, la manière dont on se les représente et dont on les comprend n'en sont que plus conventionnelles pour cette raison même, et c'est l'effet que le célèbre récit du « Loyal Serviteur » a produit. Il importait donc de replacer Bayard dans la vérité de son temps et de son milieu, et c'est de quoi Paul Ballaguy s'est acquitté avec un luxe saisissant de documents inédits. Vous ne sauriez pas qui a été le héros du Garigliano que vous vous passionneriez pour cette prodigieuse histoire.

« L'héroïsme de Bayard, l'esprit de sacrifice poussé en lui jusqu'à l'abnégation ressortent avec évidence de la foule des preuves nouvelles qu'apporte le récit de Paul Ballaguy.

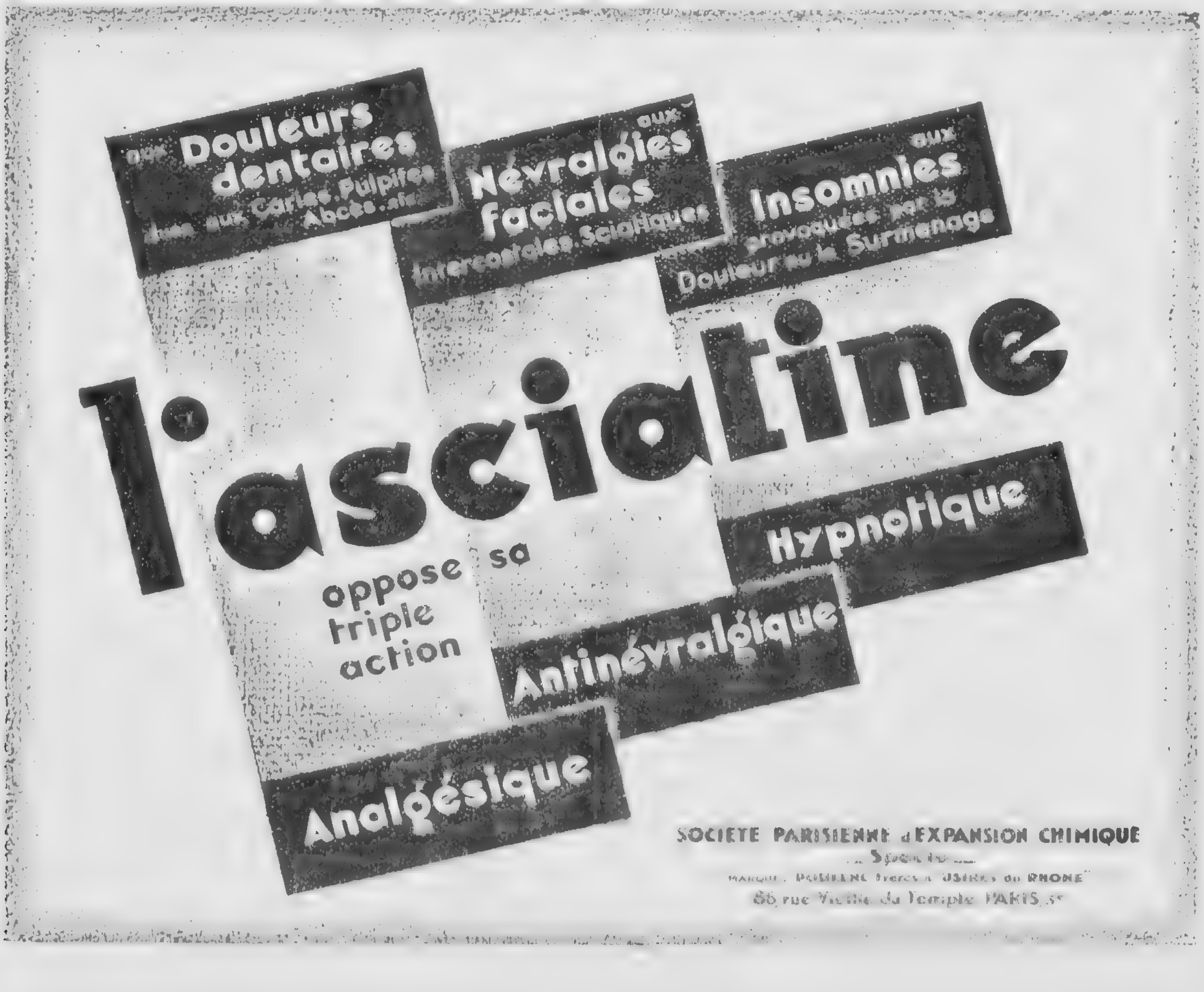
... « Le « bon », c'est-à-dire le brave « chevalier » c'est en somme la suprême expression des vertus de France : courage magnifique, courtoisie raffinée, bienveillance et générosité pour tous, bonne humeur dans les épreuves, gaieté dans le péril, toutes vertus qui ne sont pas près de s'éteindre. L'auteur de ce livre en ranime la flamme. Et il fait honneur à l'histoire par l'exactitude, la précision et la conscience qui l'ont guidé. Je suis certain que son livre aura la fortune qu'il mérite. »

Histoire de l'Egypte ancienne, par Arthur WEIGALL. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 1 carte et 31 gravures hors texte. Prix : 24 francs.

Les savants modernes ont pu, grâce aux données fournies par un historiographe grec de l'époque ptolémaïque, Manéthon, et grâce surtout à plusieurs tables royales et papyrus plus anciens encore, dresser des listes chronologiques où figurent quelque deux cents noms de pharaons, avec des différences assez sensibles, il est vrai, quant à la datation et à la durée de leurs règnes.

C'est donc un cortège fort imposant de rois qu'un historien de l'Égypte ancienne est obligé aujourd'hui de faire défiler devant les yeux de ses lecteurs. Sur beaucoup d'entre eux, les renseignements sont si restreints qu'il ne peut que citer leurs noms. Ce sont comme des points isolés, jalonnant de leur faible lueur une vallée interminable comme celle du Nil, plongée dans la nuit. Mais tout à coup voici surgir des ténèbres les règnes marqués par une personnalité exceptionnelle, pharaon ou reine, grand administrateur, général valeureux, prêtre puissant ou sage respecté, ou bien par des événements décisifs de politique intérieure ou extérieure.

Arthur Weigall, qui fut inspecteur général des antiquités pour le Gouvernement égyptien, a su brosser, en touches précises et dans une facture large, la fresque où défile, sur un espace de plus de trois mille ans, ce long cortège de souverains. Il a su réserver à chacun sa place. Son *Histoire de l'Egypte ancienne* est appelée à rendre les plus grands services à tous ceux, étudiants à leur table de travail, visiteurs de collections ou touristes curieux de s'instruire, qu'attire l'étude du pays le plus étonnant de toute l'antiquité.


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites, Abcès, etc.
aux Névralgies faciales
Intercostales, Sciatiques
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIETE PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86 rue Vieille du Temple PARIS 3e

L'action de l'hématoporphyrine dans les syndromes dépressifs psycho-organiques

Par le Dr J. VINCHON

Dès les premiers essais de traitement en France de la mélancolie par l'hématoporphyrine, ce médicament s'est montré efficace à la fois contre les troubles mentaux et contre les troubles physiques qui les accompagnent ou alternent avec eux. Un des premiers cas observé avec P. Bourgeois a permis de constater chez un mélancolique en même temps qu'une sédation de l'angoisse, la suspension momentanée de crises d'épilepsie, jusque là journalières, après quelques injections d'hématoporphyrine, malgré la cessation des calmants (1).

Depuis (2), la même thérapeutique a espacé ou atténué des migraines qui alternaient avec des cycles dépressifs, des crises de vagotonie digestive évoluant parallèlement à des périodes d'angoisse, etc... Les résultats les plus intéressants ont été obtenus chez des déprimés atteints de rhume des foins. Ces malades étaient venus consulter parce que la dépression était telle qu'ils ne pouvaient se livrer à aucun effort et avaient abandonné leur travail. Nous ne pensions qu'à les remonter quand nous avons prescrit le traitement, et, dans les deux cas, nous avons observé des faits qui dépassaient ce but.

Le premier malade, Louis D... est âgé de 46 ans. Il est marié, sans enfants. Depuis plus de dix ans, il présente, chaque année, des séries de crises de rhume et d'asthme des foins très pénibles, durant six semaines environ. Les traitements classiques ont ramené, en 1934, cette durée à trois ou quatre semaines.

Ces crises s'accompagnent d'un syndrome de vagotonie digestive avec ballonnement, gaz, constipation, entéro-colite muco-membraneuse, petite insuffisance hépatique — et d'un état de fatigue avec insomnie, angoisses et cauchemars. L'état général est médiocre, le teint terreux, la langue sale.

L'examen montre un R. O. C. positif et un dermographisme plan. L'examen du pH urinaire par la méthode colorimétrique indique l'alcalose pendant la période des crises.

Les injections d'hématoporphyrine devaient, dans ce cas, compléter un traitement par le thiosulfate magnésien, prescrit sous la forme d'injections intramusculaires, qui espaçaient les crises, mais ne faisaient pas disparaître la dépression. La solution d'hématoporphyrine employée fut celle dont Hühnerfeld a fixé la dilution à 0,2 % (3). L'irritation des muqueuses du sujet et l'insuffisance hépatique interdisaient de recourir à des doses plus fortes que celles des ampoules de 1 cm³. On commença par une demi-ampoule pour tâter la susceptibilité du malade, puis on prescrivit une ampoule tous les deux jours. Les premiers jours, l'irritation des muqueuses nasale et oculaire s'aggrava. Après la troisième injection, Louis D... présenta une rechute de migraine ophtalmique; c'était la deuxième; la première atteinte avait eu lieu quelques semaines avant. Après la sixième injection, pendant la nuit, les crises d'éternuement augmentèrent de fréquence, l'irritation des muqueuses s'exaspéra. Le malade était fiévreux, agité ; il dormit très mal cette nuit-là. Pourtant, au réveil, il constata une modification de la sécrétion nasale, qui devenait moins liquide et se sentit mieux pour la première fois. La fatigue et les troubles digestifs disparurent. L'évolution vers la guérison se fit en huit jours, avec des accès de gène repiratoire de plus en plus légers, qui remplaçaient les accès d'asthme. Quand nous le revîmes après la guérison, le dermographisme avait disparu, le R. O. C. ne dépassait pas les limites d'un réflexe normal, l'alcalose urinaire avait fait place a une légère réaction acide du pH. Il était permis de se demander s'il s'agissait d'une coïncidence ou d'une action de l'hématoporphyrine.

Cette année (1935), Louis D... vint consulter, suivant les conventions, quinze jours avant le début habituel des accès. Une série de dix injections intramusculaires de 1 cm³ d'hématoporphyrine fut prescrite, sans l'adjonction d'aucun autre médicament. Quelques très légères crises de gêne respiratoire remplacèrent les grandes crises de l'année dernière. La fatigue nerveuse et la vagotonie digestive ne reparurent pas. Il s'agissait donc bien d'une sédation de l'excitabilité vagale due à l'hématoporphyrine.

Les choses s'étaient passées comme si le traitement avait réactivé le rhume des foins avant de le faire disparaître et de désensibiliser le sujet. Nous ne connaissions pas les limites de cette réactivation et c'est avec une certaine hésitation que nous avons prescrit le même traitement dans le second cas.

Le deuxième malade, Henri P... est âgé de 35 ans. Il est marié et père d'un enfant bien portant. Antécédents personnels nuls sauf une tendance ancienne aux poussées d'urticaire. En 1927, il a une première crise de rhume des foins. Depuis cette date, les récidives sont fréquentes, surtout au printemps. La même année une hyperidrose plantaire s'installe progressivement jusqu'au point de constituer une infirmité. Les signes de vagotonie digestive : constipation, aérocolie, aérophagie, et d'un état général médiocre : teint terreux, langue saburrale, amaigrissement, fatigue, insomnies, dépression psychique, complètent le tableau.

Dans ce cas, la dépression psychique fut aggravée par des idées délirantes, dont la genèse était la suivante. En 1934, des applications de « réflexothérapie » avaient fait disparaître le rhume des foins sans améliorer les autres troubles. La vagotonie digestive persistait. Les troubles neuropsychiques s'étaient transformés. L'angoisse qui accompagnait la dépression avait changé de caractère. Le malade, qui n'était que méfiant, s'était transformé, peu à peu, un anxieux persécuté, interprétant chacun des actes de son chef d'atelier comme une vexation à son égard jusqu'au jour où il quitta sa place pour échapper à cette persécution. Sa sœur nous l'amena alors, en janvier 1935. Nous constatâmes, les symptômes énumérés plus haut et l'alcalose du pH urinaire.

P... reçut deux séries d'injections d'hématoporphyrine séparées par un intervalle de dix jours, comme le premier malade.

Le rhume des foins disparu après la « réflexothérapie » reparut après les premières injections, avant la date habituelle, sous la forme d'un coryza spasmodique violent, au point que le traitement dut être momentanément suspendu. Quelques jours plus tard, le coryza s'étant atténué, les injections furent reprises, malgré une angine catarrhale à réactions violentes, mais courtes. Après les dix injections, espacées sur un mois, les crises d'éternuement et d'étouffement, l'anxiété et les idées de persécution s'atténuèrent sensiblement. La seconde série améliora beaucoup l'état général faisant disparaître la fatigue avec les douleurs dorsales et sacro-lombaires. La vagotonie digestive fut aussi améliorée sans que les spasmes et l'aérophagie fussent supprimés. L'anxiété et les idées de persécution achevèrent de s'estomper. L'aggravation du printemps ne fut marquée que par des crises d'éternuement sans durée et sans gravité. Enfin, les chaleurs de l'été ne ramenèrent pas l'hyperidrose plantaire (1), alors que l'année précédente, le malade ne pouvait pas marcher à cause de l'abondance des sueurs locales. Une dernière série d'injections d'hématoporphyrine consolida ces résultats. Des examens pratiqués pendant l'été 1935 montrèrent que le pH urinaire était revenu à une acidité normale. L'état mental du malade redevenait identique à ce qu'il était autrefois.

(1) J. VINCHON et P. BOURGEOIS. — Essai de traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine. Soc. Thérapeut., 8 février 1933.

(2) J. VINCHON. — Les indications thérapeutiques de l'hématoporphyrine, in *Monde Médical*, 15 novembre 1934.

(3) HÜHNERFELD. — Die Behandlung der Melancolie und endogenen Depression mit Hämatoporphyrin. In *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, n° 16, [illegible]

(1) Nous suivons en ce moment un second cas d'hyperidrose plantaire qui vient d'être amélioré au cours d'une première série d'hématoporphyrine.

Dans le second cas, les rapports des troubles psychiques et de la vagotonie se traduisent par la succession des deux ordres de phénomènes. La « réflexothérapie » n'a déclenché que les réflexes périphériques du système parasympathique, dont le centre serait le ganglion sphéno-palatin (P. Émile Weil, Lévy-Franckel et Juster (1). L'hématoporphyrine a agi non seulement sur les relais périphériques, mais encore sur les centres supérieurs de l'angoisse et de la vagotonie.

Les résultats obtenus dans les deux premiers cas, nous ont engagé à tenter un troisième essai dans un cas d'asthme banal. La malade âgée de 51 ans tombait dans la dépression depuis qu'elle était sujette à des crises dramatiques comme celles que Trousseau a décrites. La ménopause récente avait ajouté son action à celle de l'asthme. L'angoisse, au moment des crises, atteignait un degré élevé de paroxysme. La malade ne délirait pas, mais se comportait comme si sa mort était imminente, au point que les personnes de son entourage en étaient péniblement impressionnées. Entre les crises, elle demeurait dans un abattement profond et ne pouvait quitter son lit. Les traitements classiques de l'asthme espaçaient les crises, mais agissaient peu sur la dépression. Les rapports du psychique et du physique étaient étroits dans ce cas, avec cette réserve que « le moral s'était pris », suivant l'expression populaire, et que l'amélioration du physique restait sans effet sur lui.

Une série d'hématoporphyrine remonta la malade et lui permit de mieux profiter du traitement de l'asthme. Une congestion légère de la base droite ne fut pas aggravée par les injections. Aujourd'hui, à la date anniversaire du début des crises dramatiques de l'an dernier, la malade a repris sa vie et les crises d'asthme sont espacées et peu graves.

Cette dernière observation fait toucher du doigt l'importance des facteurs moraux, dans les cas où l'hyperexcitabilité des systèmes sympathiques vient aggraver et fixer leur action sur l'organisme. La cause est oubliée ou presque alors que les effets demeurent. Le ou les chocs émotionnels initiaux ont donc modifié des dispositions profondes et les modernes rejoignent les anciens en faisant dépendre celles-ci de l'équilibre des humeurs. Celles-ci renferment des substances chimiques et organiques en proportions diverses, tendant vers un équilibre, expression physique du tempérament, qui agit à son tour sur le psychique, suivant qu'il persiste ou est rompu.

Cet équilibre est complexe, même si on envisage seulement les substances chimiques. Pour les Allemands, comme Hühnerfeld et ses collaborateurs, les variations de cet équilibre consisteraient en augmentation du Ca sanguin et diminution du K. Karl Küppers (2) écrit, par exemples : l'hématoporphyrine provoque une baisse du Ca sanguin et du sucre, pendant que le chiffre de K s'élève, le succès est probable. Si le chiffre de Ca baisse en même temps que celui de K et si le chiffre du sucre reste constant, il faut faire des réserves. Si les chiffres varient d'une manière incoordonnée, il faut abandonner le traitement qui sera inefficace.

Les auteurs français envisagent avec autant de prudence des hypothèses un peu différentes. Par exemple, Montassut et Delaville (3) ont conclu : 1° que l'émotivité se traduit par l'augmentation constante du K plasmatique ; son taux est d'une manière générale fonction de l'intensité des manifestations émotives ; 2° que le taux du Ca est sujet à de grandes variations.

Un fait domine ces travaux sur lequel, Allemands et Français sont d'accord, c'est l'importance de l'équilibre acido-basique des humeurs, qui, dans le sang régularise la fixation de Ca. Or, d'après nos recherches, le pH urinaire alcalin devient acide à la suite du traitement : l'hématoporphyrine agit comme les médications acidifiantes préconisées par Laignel-Lavastine et Cornélius. On peut objecter l'imprécision de la méthode colorimétrique du point de vue du laboratoire ; du point de vue clinique, elle reprend sa valeur si ses résultats coïncident avec la disparition des symptômes qui accompagnent l'alcalose, c'est-à-dire des états dépressifs, aussi bien que des crises d'épilepsie, de migraines, d'asthme des foins, etc...

L'hématoporphyrine n'est pas seulement un médicament acidifiant ; elle exerce aussi par l'intermédiaire de l'augmentation de la valeur globulaire une action tonique sur les centres nerveux. Les déprimés sont souvent, par surcroît, des anémiques légers, comme le médecin-inspecteur Gral l'a montré à propos de l'asthénie palustre. Cette double action sur l'hémoglobine et l'équilibre acido-basique se manifeste dans la pratique par une amélioration d'abord de l'état physique et surtout des manifestations organiques de la vagotonie, puis de l'état mental.

Les indications du traitement sont donc triples : signes de vagotonie, signes humoraux, signes psychiques. Il faut que tous les éléments de cette triade dépendent les uns des autres pour que l'action du médicament soit efficace. Il faut aussi que l'hématoporphyrine puisse être bien assimilée, ce qui nécessite une intégrité relative du foie, qu'elle ne soit jamais employée avec des médicaments comme le sulfonal, qui activent son élimination ; que la posologie reste dans les limites prudentes qui ont été indiquées dans les travaux cités. Si le thérapeute suit ces règles avec soin, il peut espérer trouver des ressources nouvelles dans ce médicament encore peu employé en dehors du traitement de la mélancolie.

(1) Cités par Laignel-Lavastine. — *In* Pathologie du sympathique, Paris, Alcan, 1924.

(2) Karl Küppers. — Psychiatr.-neur. Wochenschrif, n°s 17, 18, 1931.

(3) Montassut et Delaville. — La dépression constitutionnelle. *Presse Médicale*, n° 42, 1931.

ACTUALITÉS

L'Assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique

Paris, 9 octobre 1935

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

1° *Les sels de quinine en thérapeutique cardiaque*

M. C. Pezzi (de Milan) après un court exposé historique sur la question prend, tout d'abord en considération la quinidine, car elle est de tous les alcaloïdes du quinquina, le plus important en thérapeutique cardiaque. Cette drogue, en effet, est le seul médicament capable de faire disparaître *une arythmie complète par fibrillation auriculaire*, en rétablissant le rythme normal. L'auteur examine les cas qu'il faut traiter par cette médication, et les cas où il faut savoir s'abstenir. Il indique aussi, brièvement, les modalités du traitement et il envisage enfin le mode d'action de la quinidine sur la fibrillation auriculaire.

La quinine, par contre, est préférable à la quinidine dans le traitement de *l'extrasystolie et de la tachycardie paroxystique*. Si dans le premier trouble du rythme, cette drogue doit être administrée par voie orale, dans le second aussi bien la quinine que la quinidine ne donnent aucun résultat par cette voie. Il faut s'adresser à la voie intra-veineuse, toutefois il ne faut y recourir que quand toutes les autres méthodes employées pour couper l'accès ont échoué. Et même, dans ces conditions il faut être prudent et s'adresser à la quinine, suivant la méthode préconisée par Clerc et l'auteur, et jamais à la quinidine.

Enfin, la quinine trouve son indication dans les états névrosiques du cœur où rentrent une foule de sujets, pour la plupart des nerveux, sans lésions organiques, mais dont le système nerveux-végétatif, déréglé dans un de ses deux composants, altère surtout le rythme cardiaque. Ce sont ces sujets que les cardiologues appellent différemment : « instables, cardiaques, palpitants, cœurs irritables, cœur de guerre, hyperkinétiques du cœur ». Le Professeur Clerc et l'auteur ont montré l'action sédative de la quinine sur le vague en paralysant son centre bulbaire et son action modératrice sur l'excitabilité du sympathique, d'où son indication dans les états névrosiques du cœur.


DIASTO-PEPSINE RICHEPIN
PEPSINE-PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir très agréable après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
HÉPATHISÉE
Hémoglobine et Extrait de Foie frais
Méthode Wipple activée
Associée aux Nucléinates Organiques
SAVEUR AGRÉABLE :
sirop, dragées, ampoules
Doses : 1 à 2 ampoules par jour,
2 à 4 dragées
ou cuillerées de sirop.
Enfants : moitié dose.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
CHARBON TISSOT
AGISSENT par leur forme leur volume et le Gluten mucogène
Absorbent. Divisent. Expulsent
RÉALISENT le véritable et continuel rajeunissement de l'intestin.
PANUROL TISSOT
CONTIENT TOUS LES SOLVANTS
des sels uriques et uratiques
Aide et soutient
LE REIN
dans sa double fonction :
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes. Bronchites. Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAIACOL. HÉLÉNINE. TERPINOL. EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS

2° Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle

M. Guy Laroche, signale que jusqu'à ces dernières années, alors que nos connaissances physiologiques et cliniques sur la folliculine étaient assez avancées, nous savions peu de chose sur l'hormone mâle.

Les retards dans l'étude de la sécrétion interne des testicules s'expliquent sans doute, par le taux peu élevé des hormones que l'on y trouvait, et par l'absence de test précis. L'étude des tests physiologiques devait précéder l'étude des sécrétions internes des testicules. Ces tests seuls permettent de reconnaître au produit étudié, les caractères spécifiques de cette sécrétion. Ce sont le test de la croissance de la crête du chapon, les tests des modifications cytologiques de la prostate et vésicules séminales, le test de la mobilité des spermatozoïdes, le test de l'éjaculation électrique du cobaye, les tests de la glande de Cooper et du vas déférens, le test de la parure de noces de la bouvière castrée.

Ces tests ont une inégale valeur. Le test de la crête du chapon est considéré comme le plus régulier et le plus spécifique. Les premières tentatives d'extraction de substances actives furent faites sur le testicule de taureau par Mac Gee, Laqueur, Frattini et Marino. Ces essais furent abandonnés lorsque Butenandt en 1931, eut isolé l'androstérone de l'urine, qui fut considérée comme la véritable hormone mâle. La formule est C^{19} H^{30} O^2, correspondant à une oxycétone tétracyclique. Son activité est de 150 à 200 γ pour une unité-coq.

Ultérieurement, Butenandt isola des urines une autre hormone qui existe en quantité à peu près égale à l'androstérone, mais d'activité plus faible, la déhydro-androstérone (C^{19} H^{28} O^2).

La synthèse de ces hormones fut réalisée par Ruzicka, à partir du cholestérol dès 1934.

Tel était l'état de la question en 1935. Le problème a été bouleversé par la découverte de Laqueur, d'une nouvelle hormone retirée cette fois du testicule : la testostérone 7 à 10 fois plus active que l'androstérone. Sa synthèse vient d'être faite par Butenandt et Ruzicka, à partir du cholestérol. Sa formule est analogue à celle de l'androstérone, mais elle n'est pas saturée et la place des groupements O et « OH » est différente.

Connaissons-nous maintenant toutes les substances actives du testicule ? Cela est peu probable et il faut s'attendre à de nouvelles surprises car Laqueur et ses collaborateurs décrivent des substances activant l'hormone, et non encore isolées.

Un fait très intéressant qui ressort des recherches récentes sur les hormones génitales est leur ambosexualité. Ni l'androstérone, ni la folliculine ne sont particulières au mâle et à la femelle.

L'élimination de folliculine dans l'urine du mâle, en particulier chez l'étalon, est telle que Zondek a pu écrire que si les recherches sur la folliculine avaient été faites d'abord chez le cheval, on en aurait trouvé de telles quantités dans l'urine et les testicules q'uon l'aurait considérée comme l'hormone mâle.

Toutes ces découvertes non encore exploitées par les physiologistes et les médecins rendent l'étude physiologique de la glande génitale mâle très difficile à écrire. L'androstérone n'agit que sur certains caractères sexuels et sur les organes accessoires de la reproduction, et non sur les cellules spermatiques. Mais on ignore encore ce que donnera la testostérone.

On sait que selon les espèces la sécrétion hormonale est continue ou intermittente, et qu'elle est réglée par l'hypophyse.

Le rapporteur discute ensuite la loi du tout ou rien de Pezard qui ne paraît pas avoir le caractère absolu que d'aucuns ont voulu lui donner, et la loi des seuils différentiels et des terrains récepteurs.

Enfin, à côté de l'action excitatrice du testicule existe une action chalone, à l'égard de certains caractères sexuels bien mise en lumière par M. Champy.

L'auteur termine son rapport en évoquant les espoirs que l'on a toujours eus dans les effets thérapeutiques des hormones mâles, mais il déclare qu'il faudra beaucoup de prudence pour en juger.

La difficulté de l'étude clinique des hormones génitales, chez l'homme, restera toujours extrême, en raison de l'importance des facteurs psychiques. Aussi sera-t-il nécessaire d'utiliser des tests aussi objectifs que possible. C'est seulement par la recherche des tests psychologiques et physiologiques précis et indépendants du facteur suggestif que l'on sera convaincu de l'effet de tel ou tel produit hormonal sur l'organisme.

3° La chirurgie du splanchnique dans l'hypertension artérielle

M. René Fontaine, après avoir rappelé l'anatomie et la physiologie du splanchnique, aborde l'étude expérimentale de la splanchnicotomie dans l'hypertension artérielle et montre que si cette opération entraîne une diminution certaine de la tension artérielle, la durée et l'importance de cette chute de pression mériteraient d'être davantage précisées.

Pratiquement, chez l'homme, la splanchnicotomie a déjà donné des résultats intéressants. Mais des observations plus nombreuses et plus longtemps suivies sont nécessaires pour juger de sa valeur définitive, et pour décider laquelle des interventions jusqu'ici essayées : surrénalectomie unilatérale, surrénalectomie bilatérale subtotale (de Courcy), rhizotomie ventrale à la manière d'Adson, ou splanchnicotomie de Pende, doit être considérée comme la plus efficace dans l'hypertension chronique permanente,

4° Les composés antimoniaux utilisés dans le traitement des affections parasitaires

M. Jean La Barre, expose qu'au cours de ces dernières années, la chimie synthétique a mis à la disposition de la thérapeutiuqe une série de composés antimoniés nouveaux, dont l'application au traitement des maladies parasitaires a rendu d'importants services.

Les dérivés inorganiques, tels que l'émétique furent appliqués dès 1908, dans le traitement des trypanosomiases par Nicolle, ainsi que par Broden et Rodhain. Cette même thérapeutique fut utilisée avec succès aux Indes par Napier qui signalait de très nombreux cas de guérison dans le Kala Azar et la bilharziose.

Parmi les composés de l'arsenic pentavalent, il y a lieu de retenir l'action favorable du stibényl et du stibosan dans les trypanosomiases et les leishmanioses. D'autre part, en combinant l'antimoine trivalent avec deux molécules de pyrocatéchol, on isolait l'antimosan et la fouadine très recommandés dans le traitement de certains cas de bilharziose humaine.

Enfin, l'emploi des dérivés antimoniaux de l'oxyquinoléine dans les cas de maladie du sommeil, sous forme de tristibine a donné à Van Hoof, des résultats intéressants chez des sujets rebelles au traitement arsenical, et chez lesquels l'émétique était inefficace ou mal toléré. Ces mêmes agents doivent, d'après Barneoud, occuper une place de choix parmi les médicaments capables d'assurer la guérison de la bilharziose vésicale.

Rapports présentés à la séance plénière de la Société de thérapeutique, le 9 octobre 1935

1° Sur les substances spasmogènes et spasmolytiques

M. E. Burgi (de Berne) donne un rapport sur ces substances. Il les classe en substances agissant sur le système nerveux, et en d'autres excitant directement les fibres musculaires. Les substances dénommées parasympathicomimétiques, comme la *pilocarpine*, *l'arécoline*, *l'ésérine* et ses dérivés, et le groupe de *la choline* peuvent par l'intermédiaire du système parasympathique provoquer des spasmes dans les muscles lisses de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus et des bronches ; tandis que les dérivés de la choline dilatent généralement les vaisseaux sanguins, pour lesquels ils sont donc spasmolytiques. C'est surtout l'acétylcholine et quelques-uns de ses dérivés, qu'on emploie pour combattre l'atonie des intestins et les angiospasmes. Les sympathicolytiques ont des effets analogues à ceux des parasympathicomimétiques, et sont surtout représentés par *l'ergot de seigle* et ses dérivés, dont on se sert souvent en accouchement et en gynécologie, contre l'atonie et les hémorragies de l'utérus. Burgi mentionne encore le plomb, poison, dont l'action spasmogène pour les intestins est très compliquée, et le *chlorure de baryum*, qui excite directement les fibres musculaires, et dont on ne se sert que dans des recherches expérimentales.

Ce sont, avant tout, les substances sympathicomimétiques et parasympathicolytiques qu'on emploie pour faire disparaître des spasmes. Le premier groupe est représenté par *l'adrénaline* et ses dérivés, ainsi que par des substances voisines comme l'éphédrine, l'éphétonine et le sympatol. Ces substances augmentent le tonus du système nerveux sympathique ; elles diminuent les spasmes de l'intestin et des bronches, mais augmentent les mouvements de l'utérus, et contractent généralement les artères, action qui renforce la pression sanguine. Les artères coronaires sont, au contraire, dilatées par ces substances. On peut donc s'en servir aussi bien pour supprimer les spasmes des intestins, des bronches et des vaisseaux artériels du cœur (angine de poitrine) que pour augmenter la pression artérielle.

Parmi les autres substances spasmogènes, l'*atropine* inhibitoire au système parasympathique, et la *papavérine* paralysant directement les muscles lisses, sont les plus appréciées dans la pratique médicale.

L'auteur mentionne un grand nombre de dérivés modernes de l'atropine, comme l'eumydrine, la perparine, le syntropan, et d'autres, et des substances voisines à la papavérine comme la *narcotine*, l'*akinetone* et l'*octavérine*.

La morphine est spasmogène pour l'estomac, mais elle paralyse les mouvements péristaltiques. On peut encore employer les vrais *narcotiques* tels que le chloral, le véronal, et d'autres comme substances spasmolytiques, parce qu'ils ne paralysent non seulement le cerveau, mais aussi les nerfs périphériques et les muscles.

Pour faire disparaître des spasmes, on se sert encore et avec beaucoup de succès des associations de médicaments appartenant aux différents groupes des substances spasmolytiques.

2° Les spasmes viscéraux et l'équilibre physico-chimique et hormonale des humeurs

M. Nicolas Pende, expose que le problème des spasmes viscéraux est dans le domaine de la pathologie neuro-humorale ; il s'agit d'une « intrication intime nerveuse électrolytique, colloïdale, hormonale » qui constitue le terrain adéquat. Ce terrain peut bien être préparé par l'existence d'une diathèse spasmophile constitutionnelle qui montre, en particulier, une grande excitabilité du pneumogastrique avec état alcalosique du sang et des urines. En fait, la théorie d'Eppinger et Hess demeure avec cette restriction que le parasympathique ne peut pas décider de ses effets sans le concours de la régulation chimique locale des viscères mêmes. Or, cette régulation est complexe ; elle comprend, non seulement les hormones et les ions, mais encore certains métabolites circulant dans le sang et qui sont libérés au niveau des tissus de l'organe qui fonctionne.

Les états hypertoniques des fibres lisses sont en rapport avec le quotient de Loeb, modifié par Rona, Takahasi et Gyorgy : $\frac{K + \text{Phosphates} + Co^3H}{Ca + Mg + H}$: autrement dit, l'excitabilité neuro-musculaire augmente si dans les humeurs augmentent les phosphates, les carbontaes et le K., avec modification alcalosique, ou si diminuent le Ca, le Mg et les acides. C'est surtout au Ca, qu'est dévolue la note prédominante quand celui-ci diminue.

D'autre part, les phosphates, le K, l'alcalose sanguine augmentent la tendance aux spasmes musculaires.

En ce qui concerne les hormones et les métabolites du sang, les sympathicomimétiques, ainsi que l'adrénaline et la parathormone ; la thyroxine et le cholestérol empêchent le spasme en diminuant la phosphatémie et favorisent l'acidose.

Les parasympathicominétiques, ainsi que l'acétylcholine déterminent des contractures toniques en favorisant la libération du K. ionique.

Parmi les hormones : la rate, les glandes lymphatiques et le thymus favorisent les spasmes viscéraux en élevant la phosphatémie et en déterminant une orientation alcalosique. De même l'adrénaline, la parathormone abaissent la phosphatémie et élèvent la calcémie, déterminant une acidose agissent sur l'orthosympathique.

En résumé : l'hyperalcalose, l'hypocalcémie, l'hyperpotassiémie, l'hyperphosphatémie, la prédominance parasympathique, la prédominance des hormones parasympathicotoniques (acétylcholine, insuline, l'hormone thymique et de la rate, la pituitrine) ou l'insuffisance d'hormones sympathicotoniques (adrénaline, parathyroïde) entraînent les spasmes viscéraux.

La thérapeutique générale de tous les symptômes spasmodiques viscéraux sera donc celle qui est capable d'élever le calcium ionique du sang, de diminer les phosphates alcalines du sang et l'alcalose surtout s'il est possible de démontrer chez les sujets une diminution du pH et une augmentation de la réserve alcaline. Et le Professeur Pende, de donner les bases d'une alimentation pauvre en K (avoine, lait, viandes, poissons œufs, graisses, fromages etc.) riches en calcium.

Comme médication = l'HCl, l'acide phosphorique officinal, le chlorure d'ammonium, le chlorure de magnésium, le chlorure de calcium.

Parmi les hormones : l'adrénaline et l'extrait parathyroïdien.

Quant à la correction de la dystonie neuro-végétative « être prudent » avec les remèdes à action sur le système nerveux végétatif : atropine, belladone, surtout associée à la papavérine. Dans les cas à dominante vaso-constrictive artérielle : papavérine et acétylcholine vagotrope.

3° Traitement médical des spasmes viscéraux

M. Jacques Decourt, démontre que le traitement des spasmes viscéraux peut s'exercer directement sur l'appareil terminal viscéro-moteur, véritable centre de l'activité automatique des organes, ou indirectement par l'intermédiaire du système nerveux.

Les médications utilisables sont de trois ordres. Les unes empruntent les éléments physiologiquement actifs : calcium, magnésium, ions acides, hormones. Les autres recourent à des substances étrangères, représentées par toute la gamme des alcaloïdes antispasmodiques que l'auteur passe en revue, en s'efforçant de les classer d'après leur action pharmacodynamique. Les autres, enfin, agissent par voie reflexe ou par l'intermédiaire des centres psychiques.

En clinique l'emploi de ces différents moyens thérapeutiques découle de l'anlayse approfondie de chaque cas particulier. Schématiquement le déclenchement d'un spasme viscéral peut se concevoir de la façon suivante : une irritation locale portant sur le viscère lui-même excite à son niveau les terminaisons sensitives, et par un arc réflexe plus ou moins long, provoque en retour une excitation motrice génératrice du spasme viscéral. Mais dans ce cycle pathologique, la part n'est pas toujours égale entre l'excitation sensitive et la réponse motrice spasmodique.

Tantôt la lésion organique initiale justifie, en quelque sorte l'intensité du spasme viscéral. Ici, le traitement antispasmodique n'est qu'épisodique et le paroxysme passé doit faire place au traitement étiologique.

Tantôt, au contraire, la réaction spasmodique apparaît hors de proportion avec la lésion organique initiale, et implique une réactivité anormale du système nerveux, à laquelle doit s'adresser principalement le traitement : ainsi dans l'asthme dans les colites spasmodiques, etc... Nombre de spasmes viscéraux évoluent sur un terrain spécial, constituant une véritable « diathèse spasmodique » dont l'auteur s'efforce de préciser les bases physiopathologiques, pour en déduire les traitements appropriés. Il montre ainsi successivement le rôle de la sensibilisation anaphylactique et de la diathèse colloïdoclasique, de la carence calcique, de l'alcalose, des troubles endocriniens, des facteurs psychiques, des réflexes conditionnés, et enfin des épines irritatives locales drainant vers tel ou tel appareil les manifestations spasmodiques. Chacun de ces facteurs comporte des indications thérapeutiques particulières.

4° L'électrothérapie des spasmes et des algies viscérales

M. Delherm (de Paris) signale que les principales modalités utilisées sont : *le courant voltaïque*, dont l'action antalgique et antispasmodique est bien connue depuis Remak : *le courant faradique*; *la darsonvalisation* de tension sous forme d'effluves : celle de quantité : diathermie, ondes courtes. Ces dernières se propageant surtout par les viscères. Les deux doivent être utilisées avec une intensité calorique modérée, contrairement à l'opinion courante parce que si les courants de d'Arsonval diminuent l'excitabilité neuro-musculaire ; la chaleur l'augmente. Les infra-rouges, les ultra-violets ont aussi leur rôle à jouer. Ces derniers sur l'état général. La radiothérapie comporte des indications fréquentes, mais il faut bannir la radiothérapie destructive pour se cantonner dans la radiothérapie fonctionnelle qui appliquée à doses modérées agit sur le vaso-sympathique.

Dans l'angine de poitrine on effectue les séances de radio thérapie sur la région précardio-artico étoilée et sur la zone postérieure correspondante. Nemours sur 54 cas a eu 33 reprises de travail après disparition totale des crises ; avec Beau nous avons eu un pourcentage assez comparable.

La diathermie ou les ondes courtes ont donné à Meyer de bons résultats (34 cas, 11 améliorations importantes immédiates, 12 améliorations retardées, 8 échecs), dans le spasme d'effort. Ces résultats sont mauvais quand il existe des défaillances ventriculaires.

Dans l'asthme, la radiothérapie du thorax a donné à diverses observations : sur 109 cas, 27 % de guérisons, 18 % d'améliorations, 24 % d'échecs. La radiothérapie splénique et la mixte donne encore 35 % de guérisons, 41 % de grosses améliorations ; la statistique porte sur 355 cas. Delherm, Giroux, Kistinos ont irradié avec succès le pancréas.

La téléro-engenthérapie a donné de bons résultats dans quelques essais faits par Delherm et Stuhl. Les ultra-violets en applications générales sont touvent merveilleux dans l'asthme infantile.

Les douleurs gastriques sont très améliorées dans 35 % des

cas par la radiothérapie (Oury) avec des doses élevées surtout dans les algies hyperacides, l'ulcus médical, les séquelles douloureuses des gastro-entérostomies ; le courant voltaïque calme également les algies du plexus solaire. La galvano-faradisation agit sur le spasme accompagné de douleurs dans la constipation. Il en est de même de la diathermie. Le lavement électrique lève le spasme de la colique de plomb ; la haute-fréquence, sous forme d'effluves type Oudin, guérit par un traitement ambulatoire 80% des fissures anales. Les périviscérites douloureuses sont presque toujours guéries dans les cas non opérés, dans 30 % des cas post-opératoires (Delherm, Morel, Savignac).

Dans la cholécystite subaiguë la cure de Vichy est mieux tolérée grâce à la diathermie (Rouzaud Aimé) et des séries intercalaires entre les cures agissent d'une manière très favorable.

En gynécologie, le vaginisme cède souvent très bien à la faradisation des tensions, aux ondes courtes. La dysménorrhée à la galvanisation négative et même aux ondes courtes intravaginales (Delherm, Fainsilber). Les algies d'origine annexielle inflammatoires sont justiciables de l'actinothérapie, de la radiothérapie (tuberculose) ou des ondes courtes.

Le prochain Congrès international de Thérapeutique aura lieu à Berne en septembre 1936, sous la présidence du professeur Burgi.

Marcel LAEMMER
Secrétaire général adjoint de la Société de thérapeutique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1935

Rapport sur les vaccinations. — *M. Lereboullet* présente à l'Académie le rapport général sur les vaccinations pratiquées en France, aux Colonies et dans les Pays de Protectorat, rapport établi par H. Bénard, directeur de l'Institut supérieur de Vaccine.

En France, le nombre des opérations vaccinales pratiquées en séances publiques au cours de l'année 1935 s'élève à 1.391.446, les vaccinations à domicile estimées par le nombre des certificats déposés ont été de 130.130. Le nombre des opérations vaccinales est en diminution de 7.798 sur l'an dernier.

Dans l'ensemble la vaccination a donné des résultats satisfaisants. Certains départements signalent toutefois soit quelques réactions vaccinales violentes, soit au contraire quelques pourcentages relativement peu élevés de résultats positifs. Ces faits montrent une fois de plus la nécessité qu'il y a de pratiquer le contrôle systématique de toutes les préparations vaccinales et de ne pas se contenter, comme on l'a fait jusqu'ici, d'un simple sondage ne portant que sur quelques-unes des pulpes vaccinales utilisées.

Ce contrôle systématique pourrait être facilement effectué par l'Institut supérieur de Vaccine de l'Académie de médecine moyennant une faible augmentation de ses crédits. Malheureusement, non seulement ces crédits n'ont pas été augmentés, mais ils ont subit, au cours de ces dernières années, de préjudiciables réductions.

Variole : Seize cas suspects de variole ont été signalés dans six départements, dont quelques-uns dans la Haute-Saône et dans la Marne suivis de décès.

En *Algérie* : dix-neuf cas de variole ont été relatés contre 29 en 1933. Le pourcentage des sujets vaccinés par rapport à la population est de 10,8 %.

Aux *Colonies* : Il a été pratiqué 9.010.071 vaccinations en 1933, chiffre légèrement inférieur à celui de 1932. La variole est en légère diminution sur l'année précédente : 8.094 cas ont été signalés contre 8.406 en 1932.

Au *Maroc* : Le nombre des cas de variole n'a été que de 55 en 1934 (112 en 1933). Il a été pratiqué 710.880 vaccinations.

En *Tunisie* : 350.608 opérations vaccinales ont été effectuées en 1934. On ne signale que trois cas de variole.

Enquête sur les résultats de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. dans la Kasbah d'Alger. — *MM. Ed. Sergent, Ducret, Rougebiff* et *Béraud*. — Les résultats de cette enquête montrent chez les non-vaccinés par B. C. G. un excédent de morts de 29 % par rapport aux vaccinés.

Les accidents produits par le benzène, le pyramidon et le dinitrophénol et action antagoniste du luminal. — *MM. D. Danielopolu, I. Marcou* et *N. Gingold*. — Le pyramidon produit chez le chien les mêmes phénomènes que le benzol (phénomènes circulatoires, respiratoires et nerveux).

Nous avons trouvé un antagoniste de ces deux substances. Le luminal prévient et guérit les convulsions provoquées soit par le benzène, soit par le pyramidon.

Le pyramidon semble exercer la même action nocive sur les organes hématopoïétiques que le benzène, s'il ne provoque pas l'agranulocytose, mais une vulnérabilité spéciale des organes hématopoïétiques, qui diminue les moyens de défense de l'organisme vis-à-vis des infections, le sang circulant peut rester normal. Mais une amygdalite banale chez un homme intoxiqué par le pyramidon, peut provoquer l'*angine nécrotique agranulocytaire*, maladie presque toujours mortelle.

Le pyramidon seul provoque des phénomènes subjectifs qui empêchent beaucoup de malades de s'en servir. L'association du luminal ou d'un autre barbiturique, par leur action calmante sur le système sensitif du cœur, empêche les troubles subjectifs et masque les effets nocifs du pyramidon sur les organes hématopoïétiques. Le grand nombre de spécialités pharmaceutiques lancées dans le commerce, contenant du pyramidon associé à un barbiturique, la consommation intense qu'en font les malades sans ordonnance du médecin et sans même savoir la composition de la spécialité, sont causes de certains cas d'agranulocytose. *Le dinitrophénol lancé dans le commerce sous le nom de dinitra et employé, surtout par les femmes, dans le but de maigrir, provoque les mêmes accidents et en plus la cataracte aiguë, avec perte complète de la vue.*

Du dinitrophénol nous pouvons nous dispenser dans la thérapeutique. Ce médicament doit être soumis à un contrôle sévère. Nous ne pouvons, par contre, pas nous dispenser des préparations pyramidon-barbiturique.

Il serait impossible de demander l'ordonnance du médecin pour la vente de ces produits. Mais nous devons exiger qu'on inscrive sur le flacon la composition de la spécialité. Le médecin doit avoir l'attention attirée sur les accidents que peut provoquer le pyramidon, faire l'examen périodique du sang et surtout appliquer *l'épreuve réactionnelle au nucléinate de soude* chez les sujets qui consomment de grandes quantités de cette substance.

La prophylaxie antidiphtérique au préventorium de Flavigny (Meurthe-et-Moselle) de 1927 à 1935. — *MM. Parisot* et *Engel*.

Action de l'héliothérapie sur l'activité phosphatique du sérum (3e note). — *MM. Aimes* et *Cayla*.

NOTES DE PSYCHIATRIE

La vagotonine dans les états anxieux

(Docteur M. P. GARDIEN JOURD'MENIL. *Thèse de Lyon*, 1935 Imp. Thomas, Nancy.)

Cette belle thèse est une importante contribution personnelle à l'étude physiologique et thérapeutique de l'hormone pancréatique isolée par D. Santenoise et ses collaborateurs sous le nom de « vagotonine ».

Les neuf chapitres qui composent ce travail étudient :

1° Le problème des états hyperémotifs et anxieux avec leurs réactions organiques neuro-végétatives ; 2° l'action physiologique et pharmacodynamique de la vagotonine sur le système neuro-végétatif en général et 3° les effets thérapeutiques de la vagotonine dans les états anxieux.

Les recherches personnelles de l'auteur ont porté sur l'examen et sur le traitement par la vagotonine de quarante et un malades ayant présenté des formes diverses d'état anxieux. Sur ce nombre, la guérison de cet état ou son amélioration positive a été obtenue dans dix-sept cas. Chez les autres malades, les résultats favorables n'ont été que passagers ou négatifs...

En se livrant à l'examen critique de ces résultats, l'auteur fait ressortir un certain nombre de faits susceptibles d'en expliquer les motifs.

C'est ainsi que dans quatorze cas dans lesquels l'administration de la vagotonine n'a été suivie d'aucune amélioration ni au point de vue mental, ni au point de vue physique, les échecs paraissent dus à ce que les formes d'anxiété présentées par les malades ne relevaient point du traitement par cette hormone... Par exemple, sept d'entre eux étaient atteints de mélancolie présénile avec affaiblissement intellectuel ; en pareils cas, une thérapeutique qui s'adresse avant tout à la régulation fonctionnelle du système organo-végétatif, n'a aucune chance de donner des résultats favorables... En réalité, on a eu affaire à des sujets chez lesquels le symptôme « anxiété relevait plutôt d'une lésion organique analogue à celle qui détermine chez les déments le signe du « pleurer spasmodique » ... L'échecs s'explique. D'autres facteurs rendent compte des résultats négatifs : incidents d'ordre anaphylactique ; insuffisance des doses de vagotonine ; durée trop courte du traitement ; affections somatiques concomitantes et graves, comme la tuberculose, un cancer utérin, une néphrite chronique, une insuffisance hépato-rénale ; sevrage trop brusque d'opium ou de bromure avant le début de l'administration de l'hormone régulatrice ; troubles mentaux trop invétérés, datant de plusieurs années...

De l'examen critique des dix-sept cas à terminaison heureuse, l'auteur dégage deux notions offrant un réel intérêt au double point de vue : clinique et biologique :

La première, c'est que les malades anxieux guéris par l'hormone régulatrice présentaient pour la plupart des formes d'anxiété caractérisées par des manifestations pathologiques d'hyperémotivité...

La seconde particularité consiste en ce fait que presque tous étaient « hypersympathicotoniques ». Cet état se traduisait chez eux par un réflexe solaire fortement positif et réflexe oculo-cardiaque très faible, ou nul, ce qui indiquait l'existence concomitante d'une hypervagotonie... La vagotonine paraît ainsi avoir agi avant tout sur l'éréthisme sympathique qui conditionne l'intensité des manifestations émotionnelles.

Les améliorations obtenues au point de vue de l'état anxieux coïncident généralement avec la diminution ou la disparition du réflexe solaire... En terminant, l'auteur résume ses recherches personnelles en constatant que dans les cas à issue favorable, l'administration de la vagotonine n'influence pas seulement l'anxiété et les désordres de la cénesthésie, mais améliore aussi l'état physique en diminuant l'hypertension artérielle, la tachycardie émotive, l'hyperglycémie et beaucoup d'autres troubles de l'activité fonctionnelle du système organo-végétatif Nourri de détails physiologiques et cliniques concrets, exacts et abondants, le travail de Mme Gardien Jourd'Menil est, en outre, particulièrement riche en indications bibliographiques sur les états hyperémotifs et anxieux. Il intéressera donc vivement les neuro-psychiatres, et tous les médecins en général.

Dr J. Roubinovitch.

L'évolution psychiatrique, Fascicule II, 1935

(Chez D'Artrey, 17, rue de la Rochefoucauld.)

Dans ce fascicule figure une remarquable étude de l'hystérie (*Problème actuelde l'hystérie*) présentée par notre collègue le Docteur H. Codet : étude d'autant plus intéressante que la question de l'hystérie malgré son ancienneté n'a pas reçu encore de réponse satisfaisante. Et même, avouons-le franchement, le récent Congrès des aliénistes, où cette question était à l'ordre du jour, au lieu d'éclaircir cette notion l'a quelque peu obscurcie si l'on en juge d'après les remarques ayant porté sur le rapport du Docteur Baruk. Le Docteur Codet remarque : 1° que la grande conception nosologique de Charcot est périmée ; 2° que celle de Babinski tout en éliminant fort heureusement beaucoup d'éléments étrangers néglige une partie essentielle qui est la psychologie pathologique. L'auteur de l'article, excellent clinicien et observateur et très au courant des doctrines psycho-analytiques, examine donc le phénomène hystérique d'un point de vue nouveau et aboutit aux conclusions suivantes.

L'hystérie n'est pas une tare héréditaire et constitutionnelle : elle semble constituée par un mode de réaction psychique créée par les difficultés de l'ambiance et par le manque de capacité de l'individu à s'y adapter en raison de son arriération affective. Elle procède de tendances tout à fait banales, normales dans l'enfance mais leur persistance abusive à l'âge adulte devient une anomalie. Celle-ci traduit l'insatisfaction profonde, le sens même de faiblesse devant l'ambiance, aussi le sujet ayant besoin d'un intérêt compensateur présente des réactions spéciales : en somme l'hystérie est une revendication affective. Ses manifestations sont variables comme ententité. Le phénomène peut rester latent ou mieux fruste ne se révélant que par des singularités de caractère et comportement (mentalité hystérique) mais sous l'influence de certains individus elle s'accentue de façon épisodique ou durable par des accidents polymorphes. L'intéressé présente par exemple des troubles corporels ce qui attire l'attention et lui donne l'illusion de dégager sa responsabilité ou de soulager ses tendances. Le malade a intérêt à prolonger son état compensateur et en prend l'habitude. Le Docteur Codet ne nie pas l'influence de certaines modifications des centres nerveux. Mais l'hystérie est d'abord psychique et utilise des débilités pour se manifester. En conséquence « le traitement de l'hystérie doit être de direction psychothérapique et s'adresser à l'affectivité plus qu'aux fonctions intellectuelles. Il peut être détourné et superficiel visant à supprimer les symptômes trop génants et donne souvent des résultats très suffisants en ménageant l'illusion de l'irresponsabilité au sujet. Il peut être direct et profond s'efforçant de découvrir et de faire comprendre les faits pathogènes et les sources de conflit. »

On le voit : le but du praticien est de faire évoluer la maladie vers un meilleur état d'adaptation affective aux sacrifices inévitables de la vie.

Le Docteur Montassut présente un mémoire intitulé les *Politiques morbides de la maladie.* Le but de ce travail est de montrer le désaccord des souffran cesalléguées et du dommage subi, le préjudice initial peut susciter des réaction heureuseset même des dédommagements avantageux. Le thérapeute doit donc faire entrer en ligne de compte les atitudes du malade dans i'établissement de son action. Dans une maladie existe un aspect social, un malaise qui surajoutée à sa souffrance physique a une importance souvent négligée et qui lèse profondément le sentiment de la personnalité. Par suite de ce comportement se montre une désaptation sociale ou une adaptation morbide qui doit être soignée. Il importe, en effet de redonner à celui qui souffre une énergie, un prestige normal et efficace. Pour soutenir sa thèse le Docteur M. pénétrait sur le terrain clinique, décrit successivement les politiques occassionnelles des états organiques les comportements durables des constitutionnelsou symptomatiques des psychosiques. Il montre comment réagissent les stoïciens, les angoissés, les frivoles, les despotes, les bacillaires, les digestifs, les cardiopathes, etc., etc.. et il founit des observations à l'appui de son exposé. Il conclut que sans réadaptation sociale toute cure est illusoire. Ai-je besoin d'ajouter que le Docteur M. est tout à fait qualifié pour propager cette médication, puisque psychiatre de talent, il est en sus un fin psychologue capable d'analyser les états d'âmes et de saisir le mécanisme des comportements les plus complexes. A remarquer que dans ce travail il y a toujours profondément la notion de l'infériorité du patient, que celui-ci veut compenser.

La notion d'évolution et les rapports de la mentalité primitive avec la psychopathologie sont étudiés par le Docteur Roubinovitch qui essaie d'analyser la signification de cette notion. Il remarque un trait qui paraît dominer la structure des sociétés, le règne absolu et universel de certains usages, de certaines traditions, bref, c'est ce que nous appelons la coutume. Or, chez les primitifs celle-ci existait seule, mais sous l'influence de certaines personnalités les sociétés ont rompu avec la coutume, d'où le progrès, mais il existe toujours avec les sociétés les plus civilisées des gens qui sont dominés par la coutume : les misoéistes comme nous disons en criminologie. Or il s'agit de savoir si l'individu qui se conforme pathologiquement à la coutume est ou non en état de régression. Est-ce un état identique ou existe-t-il une simple analogie ? Roubinovitch s'exprime ainsi (page 94) : « En résumé je crois qu'en retrouvant chez un adulte une forme de pensée offrant des analogies avec la mentalité dite primitive, il ne faut tout d'abord pas se hâter de conclure à un phénomène de régression, sans faire le bilan des concepts qui forment la mentalité moyenne de son milieu social. Le résultat de ma recherche vous surprendra plus d'une fois en démontrant avec évidence que ce n'est pas le caractère prélogique d'un soi-disant principe des conceptions du malade qui choque son entourage, mais leur caractère individuel. » Et l'auteur ajoute avec sagesse « simple régression vers un stade de pensée infantile, voilà la seule hypothèse que nous permet d'envisager l'examen des conditions d'évolution de la pensée individuelle ».

G. Paul-Boncour.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur premiere place. »

Montaigne

Comment aurait pût être soigné... Louis XIV. — *Tel est le titre d'un article de M. le Docteur Victor Pauchet dans* Candide (17 octobre 1935). *En voici un extrait :*

En dehors du traitement applicable au commun des mortels, Louis XIV était susceptible d'un traitement spécial.

Reportez-vous à ce que nous avons dit de son état d'esprit. Il fallait, pour le guérir de sa boulimie, employer les admirables ressources qu'offrait son tempérament psychique. Il fallait faire appel à sa volonté, à son bon sens, à son mysticisme, à sa raison tout court et à la raison d'Etat.

Les médecins du roi auraient pu cependant profiter de la leçon de choses que lui-même leur offrait.

Chaque année, en effet, durant les quarante jours du carême — et quel carême, alors ! — Sa Majesté Très Chrétienne observait rigoureusement le jeûne et l'abstinence, et cette quarantaine était une période de répit à ses maux et de véritable bien-être.

Cet énorme effort de volonté que les Bourdaloue, les Massillon et les Bossuet obtenaient au nom des lois de l'église et en faisant appel aux sentiments religieux, MM. Valot, Daquin et Fagon ne pouvaient-ils pas essayer de l'obtenir, à leur tour, en faisant appel aux sentiments royaux ? S'ils avaient prêché au roi-soleil un jeûne et une abstinence mitigés, au nom de la raison d'Etat et du rayonnement du trône, n'auraient-ils pas eu grande chance d'être écoutés et obéis ? Cela, ils le savaient cependant, puisque maintes fois ils ont employé avec succès ce mode de suggestion quand le roi criait grâce et merci, pour le forcer de se soumettre à leurs ordonnances et subir leurs tortures. Valot le reconnaît expressément : *Sa Majesté m'a dit plusieurs fois, après la remontrance que je lui faisais de son mal, qu'Elle aimait mieux mourir que de manquer la moindre occasion où il alloit de sa gloire et du rétablissement de l'Etat.*

Nous avons déjà constaté que les médecins de Louis XIV n'avaient pas quatre grains de bon sens. Nous sommes obligés de constater qu'ils n'avaient pas non plus pour un liard de psychologie.

Les femmes médecins, il y a un demi-siècle. — Le Temps du mardi 3 novembre 1885 :

La question des doctoresses est à l'ordre du jour. Les femmes qui exercent la médecine sont au nombre de huit. A propos de Mme Brès, qui fut la première à prendre ses inscriptions, le *Figaro* conte qu'à la fin de l'Empire, quand la demande de Mme Brès fut soumise à M. Wurtz, doyen de l'Ecole de médecine, le cas était si nouveau que M. Wurtz en saisit M. Duruy qui en parla au Conseil des ministres. L'empereur était alors au camp de Châlons ; ce fut l'impératrice qui présida le Conseil. La chose lui plut et elle demanda au Conseil de créer un précédent.

Le fondateur de la Croix-Rouge. — *M. Edouard Chapuisat vient de consacrer* (Le Temps, 31 octobre 1935) *à Henry Dunant, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de sa mort, un intéressant article dont voici un extrait :*

Au cours de ses voyages — car Henry Dunant est appelé par ses affaires à parcourir l'Afrique du Nord — il songe. Un grand rêve hante son cerveau. Il voudrait voir les peuples s'unir pour le bien, alors qu'au contraire, à cette heure précise, ils se ruent les uns contre les autres.

Féru d'illusions, il rédige un mémoire qu'il entend présenter lui-même à l'empereur Napoléon III qui fait campagne en Italie. Il se rend sur les champs de bataille et là, il assiste au

drame de Solférino. A Castiglione, petite ville située près du champ de bataille, il reste le cœur et l'âme déchirés à voir l'entassement des blessés et des mourants dans la *Chiesa Maggiore*. Il semble qu'à ce moment-là des possibilités admirables se soient tout à coup découvertes aux yeux d'Henry Dunant. Lui qui n'était qu'un petit bourgeois, de bonne éducation mais de talent inconnu, un homme d'affaires écrivant pour son plaisir des brochures aux inspirations très nobles certainement, mais sans grande portée, il reçoit brusquement, comme par un geste du plus merveilleux fatalisme, le don de l'éloquence, celui de la persuasion, et cueille sur le champ de bataille de Solférino la grande victoire de la pitié humaine.

Ses lettres adressées à des personnalités éminentes, telle la Comtesse de Gasparin, sont tragiques. Elles retiennent l'attention. Mais ce qui va bouleverser la conscience universelle c'est le livre qu'il lance tout d'abord hors du commerce, puis qu'il répand dans le monde entier sous le nom de *Souvenir de Solférino*.

Nous sommes en 1862. Le *Souvenir de Solférino* est entre toutes les mains des hommes qui comptent et des femmes qui pensent. Cet ouvrage n'est pas un simple récit, d'ailleurs admirablement conçu, des horreurs de la guerre. Il n'est pas seulement le reflet pittoresque et sanglant de luttes épouvantables : il contient encore des propositions qui vont être discutées, bafouées, puis glorifiées et qui seront la base de l'œuvre internationale de la Croix-Rouge devant laquelle s'incline aujourd'hui l'humanité tout entière.

Dunant réclame la neutralisation des corps sanitaires des diverses armées, la neutralisation même des blessés, l'adoption d'un drapeau uniforme pour les ambulances et pour les hôpitaux militaires de toutes les nations ; la création dans tous les États de sociétés nationales de secours aux blessés agissant chacune dans l'intérêt de leur pays respectif, mais dans un esprit d'humanité international.

Il obtient d'être admis auprès des grands de ce monde. Le maréchal de Mac Mahon est l'un des premiers à l'encourager ; Ernest Renan proclame que Dunant a créé la plus grande œuvre du siècle. Si Napoléon III l'accueille, l'impératrice, elle, lui demande de réaliser son programme touchant des bateaux de sauvetage munis d'un étendard international. Les cours allemandes s'ouvrent aussi pour lui. Le roi de Saxe, le futur empereur Frédéric II, le roi de Prusse, soutiennent ses efforts et Genève, sa patrie, descend à côté de lui dans l'arène du bien ; des hommes au grand cœur, tels que le général Dufour, Gustave Moynier, les Docteurs Louis Appia et Théodore Maunoir, fondent avec lui un comité international de secours aux blessés, qui va devenir le Comité international de la Croix-Rouge.

Car les gouvernements comprennent l'importance de l'œuvre accomplie par ces personnalités désintéressées. Ils adhèrent à la convocation faite en 1864 à Genève par le Conseil fédéral suisse et ils arrêteront, au mois d'août de la même année, les termes de la convention de Genève qui, avec toutes les modifications que nécessitent les progrès scientifiques, est encore aujourd'hui la base de l'œuvre de la Croix Rouge.

Dunant, nous semble-t-il, est comblé ? Les honneurs qui pleuvent sur lui, la reconnaissance surtout des peuples qui monte vers ses mains prêtes à panser tous les sacrifices, vont le griser ? ou l'enrichir ? Il n'en est rien.

Dunant a été contraint, pour gagner sa vie, de se lancer dans les affaires. Il s'y est montré maladroit, très maladroit, au point que la banqueroute le guette, et que, du coup, sa tête paraît découronnée des lauriers dont elle avait été couverte. Nul ne veut plus entendre parler du malheureux. Il mène une vie lamentable, connaît la plus cruelle pauvreté. Il a repris son bâton de pèlerin, mais sa course pitoyable le conduit parfois à coucher sous un pont.

Expérience magnifique, car elle lui fait connaître par l'expérience personnelle tous les drames qu'il avait pressentis et dont son cœur charitable s'était ému.

Il trouve enfin un asile à Heiden, dans le canton d'Appenzell, où il vivra, n'acceptant de sa famille qu'une modeste pension, à peine augmentée par les subventions de quelques Croix-Rouges.

L'âge est venu. Dunant n'est plus l'animateur des grandes réunions internationales qui ont fixé le sort des blessés sur les champs de batailles, qui ont prévu l'apaisement des souffrances physiques du monde lorsque celui-ci est traversé par les cataclysmes. L'apôtre serait-il mort ? Aurait-il été écrasé par l'affairiste malheureux ?

Il n'en est rien. Dunant, retiré à Heiden, a repris la plume. Il continue à rédiger des programmes de grande allure en faveur de la paix, de la protection des femmes et des jeunes filles. Antérieurement déjà il avait suggéré la création d'une bibliothèque universelle où tous les États eussent pu retrouver dans un même édifice le développement progressif de leur civilisation respective et, par conséquent, faire la synthèse de celle de l'humanité.

Après une longue absence de la scène du monde, il y réapparaît brusquement en pleine lumière grâce à un journaliste suisse, Georges Baumberger, qui écrit l'existence pitoyable de l'apôtre arrivé aux derniers jours de son existence.

Il semble alors que la conscience universelle, qu'il avait si vivement troublée, et dont il avait déclenché tant de beaux efforts, se repente de nouveau en constatant l'ingratitude sous laquelle durant tant d'années, Dunant vient de ployer les épaules.

De nouveau les souverains et le pape lui-même, s'émeuvent : il reçoit des portraits, des adresses, des nominations à titre honorifique de maintes sociétés, des prix — dont le prix Nobel de la paix partagé avec Frédéric Passy en 1901, mais dont il refusera de toucher le montant, dictant, dans ses dernières volontés, que celui-ci doit être réparti entre des œuvres philanthropiques suisses et norvégiennes.

Son quatre-vingtième anniversaire sera l'occasion d'une véritable apothéose, et lorsqu'il mourra à Heiden, le 30 octobre 1910 ayant à son chevet son neveau Maurice Dunant, il aura vraiment connu sinon la gloire par la richesse, du moins l'honneur par la bonté.

Ses cendres reposent aujourd'hui au cimetière central de Zurich, mais là-haut, dans le champ des morts de la petite cité appenzelloise de Heiden, si gracieusement posée dans la montagne se dresse une pierre évoquant la mémoire de celui qui avait montré au monde son devoir et dont l'appel retentit encore.

L'arthrite de la hanche du Prince Impérial. *A la dernière* Journée du Rhumatisme *le Docteur Molinery a présenté sur ce sujet une intéressante communication dont voici un résumé :*

Un enfant, frêle et délicat, dont les bronchites à répétition inquiètent la mère, dont une toute récente rougeole grave a fait craindre les pires complications, un enfant dont les deux oncles : Napoléon Ier et le Roi de Rome ont été frappés de tuberculose...



cet enfant, le Prince Impérial, âgé de 10 ans, fait une chute du haut du Portique de son gymnase au début de l'automne 1866.

On cache l'accident au père et à la mère. L'enfant souffre sans rien dire et ainsi se passent les mois d'hiver.

Au début de mars 1867, l'enfant ne peut plus taire sa douleur ni masquer sa boiterie. Il a de la fièvre. Ses médecins dont Nélaton, font le diagnostic d'abcès froid de la hanche, abcès consécutif, disent-ils, à la chute dont ils apprennent à ce moment l'existence et au mauvais état général de l'enfant.

Première ponction (blanche) le 12 mars. Le 16 mars l'enfant fait une promenade par un très vilain temps. Le 20 mars, grave accès de fièvre. Nouvelle intervention : émission, nous raconta un jour le Professeur Le Dentu, témoin oculaire de la ponction, d'un liquide blanc, gélatineux, colloïde, analogue à celui que l'on rencontre dans les kystes synoviaux.

Pansement, repos allongé.

Pendant quelques semaines alternatives de haut et de bas : l'enfant souffre et boite encore légèrement. Nouvelle consultation de Nélaton, Conneau, Corvisart, Barthez : il est décidé que l'enfant gagnera Luchon en juillet. Les Lambron, les Barrié, les Pégot... soignent, à juste titre, les séquelles de traumatismes aux eaux de Luchon. Sous la direction du Docteur Lambron l'enfant prend quotidiennement ses bains dans le charmant pavillon qui a été construit pour lui.

Une réaction se produit sous l'influence des eaux : fistulette au niveau de la ponction. Nélaton la déclare sans importance.

Au bout de trois mois de convalescence à Saint-Cloud, l'enfant va bien. En octobre il est déclaré guéri.

Le tout a duré douze mois depuis la date de l'accident jusqu'à la guérison.

Nélaton avait fait avec ses collègues le diagnostic d'abcès froid : nous avons vu comment, au début, il pouvait se soutenir.

Pour nous l'enfant a vraisemblablement présenté une arthrite ou mieux une périarthrite de la hanche, post-traumatique, au cours de la convalescence d'une rougeole grave, avec production, dans la bourse synoviale, d'un liquide particulièrement abondant.

Totalement guéri le prince impérial devint le remarquable cavalier que l'on sait... Vers quels destins tragiques devait s'aventurer celui qui sans doute mieux que le Roi de Rome eût mérité de porter le titre, douloureusement glorieux de l'Aiglon !

Caroline Massin, veuve Comte. — *M. A de Monzie continue, dans les* Nouvelles Littéraires, *la série des études sur celles de ces veuves de grands hommes qu'il appelle à bon droit des « veuves abusives ». La dernières de ces études est consacrée à la veuve d'Auguste Comte, Caroline Massin, cette ancienne fille de joie qui fut assez habile pour gagner à sa cause des gens comme Littré et Charles Robin :*

« Nous savons maintenant, dit M. de Monzie, les antécédents lointains d'une intrigue qui faillit aboutir à l'entôlage posthume le plus complet, le plus scandaleux, le mieux motivé : nous n'ignorons plus aucun détail utile de cette duperie dont Auguste Comte a été la silencieuse victime et Littré le complice inconscient. La vérité est fixée sur le rôle de cette demoiselle du Palais-Royal qui, à 68 ans, se déguisa en Déesse Raison.

Son exemple ne saurait plus entraîner d'imitation nocive : l'excellente loi du 14 juillet 1866 a démoli une Bastille du mariage en permettant aux auteurs de disposer des droits attachés à la propriété littéraire de leurs œuvres, sans égard aux revendications des femmes légitimes. Sganarelle est désormais protégé dans la mort.

Mais il subsiste le souvenir de l'atroce persécution qu'une drôlesse obstinée et didactique fit subir au plus ingénu des théoriciens, d'une persécution qui, à défaut de l'homme, à la disparition de l'homme, s'attaque aux volontés mortuaires... Le nom d'Auguste Comte a été mis au rancart, sa doctrine rejetée aux oubliettes de l'utopie, cependant que les foules, de Moscou à Paris, célèbrent la religion de l'Humanité avec des rites imprévus, les rites ensanglantés de la lutte de classes. Encore un temps et le mérite de cet annonciateur sera derechef proclamé à travers les nations convulsives ! Il conviendra alors de dédier un mépris à Caroline Massin, veuve Comte, « fatalité domestique », image et symbole du crime féminin perpétré contre l'Esprit ».

Annales historiques de la Révolution française. Organe de la Société des Etudes robespierristes. Paraît 6 fois par an. Ab. France : un an : 40 francs. **Mellottée, éditeur**, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du n° de septembre-octobre 1935 : H. Brunschwig : L'Aufklarung et le mouvement Philosémite en Prusse à la fin du XVIII[e] siècle. — J. Barennes, Le Girondin Barennes.

Glanes. Buissart et Robespierre (M. Eude). — La colère du diable contre le clergé aristocrate (A. Troux). — Un mot de Louis XVI (E. Clavery).

Bibliographie. — Varia. — Statuts de la Société.

P. L. M.

Pour passer de beaux dimanches, cet hiver...

Allez à Fontainebleau et dans ses environs. Vous y goûterez cette vie saine et libre au grand air que ne peut pas vous offrir la ville froide et brumeuse.

Le P. L. M. délivre les dimanches et fêtes jusqu'à fin avril, des billets d'aller et retour au même prix que cet été, 10 francs à 19 francs en 3e classe, pour Fontainebleau, Bois-le-Roi, Thomery, Livry-sur-Seine, Chartrettes, Fontaine-le-Port, Héricy, Vulaines-sur-Seine-Samoreau, Moret-les-Sablons, Champagne-sur-Seine, Saint-Mammès, Vernou-sur-Seine, ainsi que pour les gares du tramway sud de Seine-et-Marne de Chailly-en-Bière à Barbizon et à Milly.

N'oubliez pas que vous avez la facilité au retour de partir d'une gare de la rive droite de la Seine avec le coupon de retour d'un billet délivré pour une gare de la rive gauche et inversement. Vous ne payez un supplément que si le prix de votre billet est inférieur à celui correspondant au parcours réellement effectué.

Votre billet est valable au départ de Paris dans les trains de la matinée jusqu'à celui de 10 h. 50 inclus et au retour dans tous les trains de la journée aux mêmes conditions que les billets ordinaires.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : I FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 16 NOVEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-V°
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 4 novembre. — M. Denès. Un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte simulant une suppuration pulmonaire.

5 novembre. — M. Dugast. Etude des phlébites familiales la veine cave inférieure.

5 novembre (Thèse vétérinaire). — M. Bedoisim. Météorologie, médecine vétérinaire.

12 novembre. — M. Converse. Les névralgies du glosso-pharyngien. — M. Tannon. La lutte antituberculeuse sur le réseau des chemins de fer de l'Etat. — M. Chavarry. Etude clinique de la maladie ostéogénique.

14 novembre. — M. Chaudron. Diagnostic clinique et médico-légal de l'intoxication massive par la digitale et la digitaline. — M. Massonnaud. Epithéliomas baso-cellulaires syphiloïdes. — M. Rabbe. Etude de l'ictère catarrhal du nourrisson.

Académie des sciences. — Prix et subventions attribuées en 1935 :

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon.* — Un prix de 2.500 francs est décerné à M. Antoine Catanei ; un prix de 2.500 francs à M. Stefan Nicolau ; un prix de 2.500 francs à MM. Michel Salmon et Jacques Dor ; une mention honorable de 1.500 francs à Mlle Germaine Amoureux ; une mention honorable de 1.500 francs à M. Seymour Nemours-Auguste ; une citation est accordée à M. Raoul Palmer, à MM. Pierre Princeteau et Henri Fischer et à M. Pierre Uhry.

Prix Barbier (2.000 francs. — Le prix est décerné à M. René Moricard.

Prix Bréhant (5.000 francs). — Le prix est décerné à M. Serge Metalnikov.

Prix Godard (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Robert Raynaud.

Prix Chaussier. — Un prix de 8.000 francs est décerné à MM. Henry Bierry et Francis Rathery, et un prix de 2.000 francs à M. Léon Derobert.

Prix Mège (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Louis Chauvois.

Prix Bellion (1.100 francs). — Le prix est décerné à M. Marc Klein.

Prix du Baron-Larrey (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Robert Tournier-Lasserve.

Prix Jean-Dagnan-Bouveret. — Un prix de 7.500 francs est décerné à MM. Pierre Duval, Jean-Charles Roux et Henri Beclère, et un prix de 7.500 francs à M. René Ledoux-Lebard.

Prix Louise-Darracq. — Les arrerages sont ainsi répartis : 3.000 francs à M. Albert Peyron ; 1.500 francs à M. Jean Montpellier ; 1.500 francs à M. Georges Piraud.

Agrégation de médecine. — Un concours d'agrégation de médecine (Faculté de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie) s'ouvrira à Paris le lundi 4 mai 1936.

Voici les places mises au concours :

Section 1. — *Anatomie.* — Lille : une place.

Section 2. — *Histologie.* — Lille : une place.

Section 3. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.* — Marseille : une place. — Lille : une place.

Section 4. — *Physiologie.* — Lyon : une place.

Section 5. — *Chimie médicale.* — Alger : une place. — Strasbourg : une place.

Section 6. — *Physique médicale.* — Marseille : une place.

Section 8. — *Médecine générale.* — Bordeaux : une place. — Lyon : trois places. — Nancy : une place. — Toulouse : une place.

Section 9. — *Chirurgie générale.* — Alger : une place. — Lyon : deux places.

Section 12. — *Obstétrique.* — Toulouse : une place.

Section 13. — *Histoire naturelle pharmaceutique.* — Marseille : une place. — Alger : une place.

Section 14. — *Pharmacie.* — Alger : une place.

En outre sont mises au concours :

Section 8. — *Médecine générale.* — Paris : cinq places. — Marseille : une place. — Bordeaux : une place. — Lille : une place. — Lyon : une place. — Montpellier : une place. — Toulouse : une place.

Section 9. — *Chirurgie générale.* — Paris : trois places. — Marseille : une place. — Bordeaux : deux places. — Toulouse : une place.

Section 10. — *Ophtalmologie.* — Paris : une place. — Montpellier : une place.

Section 13. — *Histoire naturelle pharmaceutique.* — Lille : une place.

Pour ces places, la nomination pourra être différée, conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 14 août 1935.

Sont également mises au concours les places suivantes, à l'Ecole supérieure de médecine et de pharmacie d'Hanoï :

Section 1. — *Anatomie* : une place.

Section 8. — *Médecine générale* : une place.

Section 9. — *Chirurgie générale* : une place.

Section 12. — *Obstétrique* : une place.

Section 14. — *Pharmacie* : une place.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Moret, M. Michaud, Mlle Déchavanne, MM. Fond, Coppéré, Bertaud, Miclot, Duroux, Angel, Mlle Lacaze, M. Tissot, Mlle Bitry, Roussat, MM. Durand, Vignon, Muller, Accassat, Tottraux, Moinescourt, Marion, Morot, Fontan, Rouffilange, Gendreau, Dechavanne, Mousselon, Lévy, Rabaste, Chauviré, Bertail, Garnier, Martin, Mlle Beck, MM. Jouve, Blondel, Masson, Coste, Bauchu, Bonnaymé, Jannin, Dame, Saint-Dizier, Simon, Grimonet, Malvoisin, Chastang, Cartier, Clert, Vinet, Peschiero, Merle, Michel, Fargier, Mathy, Fournier, de Mourgues, Vaysset, Gilet, Hauslich, Jacob, Mlles Clermont, Ricordeau, MM. Donnadieu, Grange, [illegible], Augay, Mourir, Roche, Bonnet, Mlle Chesnel, MM. Devillard, Pallasse, Stagnara, Proby.

Externes provisoires : MM. Cadoz, Choitel, Mlles Letorey, Zuckermann, MM. Berthélemy, Inglessis, Reymond, Tholon, Melle Bonnomont, MM. Post, Millet, Cuny, Montel, Colin, Berthier, Reverzy, Fontès, Recourat-Cherot, Gaulène, Dufraisse, Dupré, Guttin, Coudry, Gavault, Mlle Simon.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Jacops, Royer, Godot, Boquet, Chevillot.

Externes en premier : MM. Cordier, Lecoanet, Heully.

Un Congrès de neurologie à Néris, en 1936. — Le sujet du Congrès sera : « Les affections du système vago-sympathique ». Une matinée sera consacrée au côté neurologique, une deuxième au côté psychiatre, et une troisième au côté chirurgical : les trois après-midi devant être occupées par d'intéressantes excursions aux environs de Néris.

Le Professeur Alajouanine a bien voulu se charger de l'organisation scientifique du Congrès. Le Professeur Castaigne a accepté d'accorder son patronage et de présider une des sections.

M. le Docteur Macé de Lépinay, désigné par ses collègues, a déjà promis de rédiger un rapport sur : « Les réactions vago-sympathiques au cours des cures thermales ».

Le Centre Médical, la Municipalité, la Société médicale, le Syndicat d'initiative et la Société thermale ont promis de faire tous leurs efforts pour donner l'éclat nécessaire à ce Congrès attendu et réclamé depuis longtemps, et pour rendre le séjour de Néris aussi agréable que possible à tous ceux qui voudront bien venir à cette occasion.

Ecole de Psychologie (49, rue Saint-André-des-Arts, Paris.) — Le Docteur Marcel Viard, a repris son cours de psychologie objective le jeudi 7 novembre prochain, à 20 h. 30 précises, et le continuera les jeudi, 21 novembre, 5 décembre, 19 décembre 1935 ; 9 janvier, 23 janvier, 6 février, 20 févier, 5 mars et le 26 mars 1936.

La Fédération des Médecins du Front et le 11 novembre. — Comme chaque année la « Fédération nationale des médecins du front » a rendu aux glorieux morts du Corps médical un pieux hommage, le 11 novembre, devant le monument de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Doyen, le Professeur Roussy.

Au profit des anciens médecins de la guerre âgés ou dans le besoin, elle organise le dimanche 29 décembre, après-midi, une grande fête de bienfaisance avec loterie, au Cercle militaire.

Dès maintenant, on peut se procurer des billets de la loterie (30 francs le carnet de dix billets) chez le secrétaire général : Docteur G. Rime, 4, rue Pierre-le-Grand, Paris (VIIIe), ou au siège social de la « Fédération », 85 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Vérification des diplômes médicaux. — Le *Journal officiel* a publié (9 novembre) un décret aux termes duquel toute personne pratiquant en France la médecine ou l'art dentaire devra soumettre à vérification, au plus tard un mois après la publication de ce décret, le titre ou le diplôme en vertu duquel elle exerce sa profession. Ce diplôme devra parvenir à la préfecture du département (dans la Seine au Préfet de police), accompagné de pièces officielles donnant les renseignements suivants : nom et prénoms, nationalité (ou date du décret de naturalisation), situation militaire, profession.

La vérification et l'authentification des titres ou diplômes seront effectuées par une Commission dont feront partie le Préfet, le directeur des Contributions directes, l'inspecteur d'Académie, un représentant du Syndicat médical départemental, un représentant du Syndicat département des praticiens, d'art dentaire.

A l'avenir, toute personne qui s'installera pour exercer la médecine ou l'art dentaire devra remplir une déclaration qui sera soumise à la Commission au mois de mars suivant.

« Racontons une anecdote, dont je ne garantis pas l'authenticité, mais elle vient à l'appui de ma manière de voir : un jeune médecin auxiliaire, en permission, rencontre à Paris son commandant qui l'appelle et lui reproche véhémentement de ne porter ni la Croix de guerre, ni la Médaille militaire qu'il a conquises par action d'éclat, et le jeune confrère répond : « Mon commandant, vous allez comprendre ; la Croix de guerre ça pourrait encore aller ; mais la Médaille ça ne se donne qu'aux infirmes. Alors comme on voit bien que j'ai mes deux yeux et mes quatre membres, on pourrait supposer une autre amputation et moi je tiens à profiter de ma permission ! ». Le commandant partit d'un éclat de rire ».

(Dr Laquerrière. — Obligations militaires et récompenses honorifiques. *Le Concours Médical*, 6 octobre 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine et éducation, deuxième série par MM. M. Péhu, G. Mouriquand, J. Froment, P. Mazel, A. Feyeux, A. Jouve, A. Mestrallet, R.-P. Jacquet, R. Biot. Editions du Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques. Un volume in-8° écu, 242, pages. Prix net : 11 francs . Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo-Lyon.

La publication, par le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, d'une deuxième série de travaux sur la collaboration du médecin à l'œuver de l'éducateur, ne peut manquer de susciter le vif mouvement d'intérêt qu'a provoqué déjà le précédent ouvrage.

On retrouve dans ce second volume le même souci d'unir la science médicale la plus avertie et la prudence de la sagesse, la même clarté d'exposition et la même élégance de présentation qui en rendent la lecture attrayante.

Ces deux tomes trouvent leur place naturelle parmi les livres de chevet des éducateurs et des parents soucieux de bien remplir leur rôle.

Ils complètent de la façon la plus heureuse la série déjà imposante des publications du Groupe lyonnais, notamment *Les Rythmes et la Vie*, *Formes Vie et Pensée*, etc., livres qui font grand honneur au Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques.

L'homme, cet inconnu, par le Docteur Alexis Carrel. Un volume in-8° écu. Prix : 18 francs. Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris (VIe).

Depuis trente ans le Docteur Alexis Carrel est attaché à l'Institut Rockfeller de New-York. Ses travaux qui lui ont valu le Prix Nobel de médecine ont porté sur la suture des vaisseaux sanguins, sur la greffe des tissus et des organes, sur la survie des cellules en dehors du corps, sur le traitement des blessures infectées. Ils ont placé son nom parmi les plus glorieux de la médecine et de la chirurgie contemporaines.

Une grande découverte sur la survie artificielle des organes, faite avec Charles A. Lindbergh et récemment rendue publique a remis le nom du Docteur Carrel au tout premier plan de l'actualité.

Le Docteur Carrel a tiré de son expérience un livre : *l'Homme, cet inconnu*, qui vient de paraître et qui prend dans les circonstances actuelles, une importance particulière.

Le Docteur Carrel n'est pas un homme de lettres. Il n'a pas écrit pour le plaisir d'écrire. Il a fait ce travail parce qu'il a cru que quelqu'un devait le faire. Les circonstances de sa vie lui ont permis d'observer les hommes modernes sous tous leurs aspects. Il sait comme nous tous, que notre civilisation décline, que les races blanches, à cause de leur faiblesse morale et intellectuelle, sont incapables de diriger le monde créé par elles. Il se demande quelle est la cause de cette incapacité. Elle est due, sans doute, à ce que notre civilisation s'est édifiée sans une connaissance suffisante de notre nature. Il est évident cependant que les institutions humaines devraient se modeler sur l'homme et non l'homme sur elles.

Comme base à la reconstruction de notre monde, il faut donc donner la connaissance de nous-mêmes. Mais cette connaissance, personne ne la possède. L'homme est un inconnu.

Nous ignorons plusieurs de ses aspects. Nous le divisons arbitrairement en parties. Nous oublions que la somme de ces parties ne reconstitue pas le tout. Nous ne comprenons pas les causes de sa déchéance. Nous ne comprenons pas non plus que la science met à notre disposition le moyen de nous rénover.

Une connaissance complète de nous-mêmes nous montrerait comment nous sauver et sauver notre civilisation.

Il est impossible de résumer ce livre car il est lui-même le résumé d'un nombre immense d'observations. Il faut le lire entièrement pour découvrir avec l'auteur les aspects inconnus de l'homme civilisé.

Thérapeutique O. R. L. homœopathique XVI-701 pages in-8° écu, par le Dr Paul Chavanon. Imprimerie Saint-Denis. Niort (Deux-Sèvres). Prix : 80 francs.

Il faut rendre hommage à l'indiscutable bonne foi de l'auteur, car dans nombre de chapitres de ce livre, il explique ce qu'il ne réussit pas à guérir publiant même des observations à demi-réussies, d'autres même totalement manquées.

Il ne s'agit donc pas là d'un travail plus ou moins ronflant de publicité, mais ce livre est vraiment l'œuvre d'un esprit scientifique.

Les contes de ma cuisinière, par Jacques Boulanger. Un vol. in 16. (Collection : *La renaissance de la nouvelle*, dirigée par Paul Morand). Editions de la *Nouvelle Revue française*, Paris, 1935.

Jacques Boulanger nous ramène (ce n'est point un reproche, loin de là), dans l'île enchanteresse de Corfou : Corfou aux olives et aux pampres, aux cyprès, et aux citrons. Il y a vécu dans un logis méditerranéen délabré et lumineux, tant bien que mal nettoyé, parfaitement « couleur locale », non loin de la mer des vieux poètes et des vieux sages.

Aujourd'hui, il nous rapporte les récits de Léni, sa cuisinière Léni (abréviation pour Eleni, que nous traduisons Hélène) et c'est, dans sa naïveté, toute la tradition des récits que se transmettent les paysannes et les femmes des marins, les histoires qu'on se raconte aux veillées de ces pays. Contes émus ou cocasses, qui intéresseront tous les lecteurs et particulièrement ceux qui se préoccupent de Folklore. Les fées de l'île et de la mer apparaissent à travers les pages. Il faut nous préoccuper du folklore puisque nous avons passé l'âge où l'on croyait aux mages et aux fées.

Henri Vignes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le pouvoir antibactériophage du sérum normal

Par M. BROCQ-ROUSSEU
Membre de l'Académie de Médecine

Le pouvoir antibactériophage du sérum normal s'apparente vraisemblablement, aux anticorps que l'on trouve dans les sérums normaux.

Les études concernant cette question sont toutes récentes et encore très peu nombreuses ; aussi nous est-il facile de les présenter par ordre chronologique : le lecteur suivra ainsi la marche de cette nouvelle acquisition sérologique.

Gratia, le premier, a parlé de l'effet inhibiteur du sérum sur le bactériophage. En 1921, avec Jaumain, il précisa que le sérum normal gêne la lyse du colibacille et, plus encore celle du staphylocoque. Un sérum normal de lapin qui n'agglutine pas le streptocoque, entrave la lyse à la dilution de 1/500. L'action inhibitrice du sérum résiste, suivant eux, à un chauffage à 70°.

P. Clark et A. Clark ont constaté aussi que, avec du sang défibriné de mouton et de lapin, on observe une action inhibitrice marquée, et quelquefois complète, de l'influence du bactériophage de *Streptococcus mucosus*.

Rosenthal, contrairement à l'avis des auteurs précédents, a écrit que le sérum sanguin de sujets indemnes d'infections, n'empêche ni ne gêne l'action du bactériophage. Il a trouvé, par contre, des autophages chez les malades infectés par certains germes : streptocoque, staphylocoque, colibacille.

Raiga pense que le sérum est capable d'inactiver le bactériophage ou de rendre une bactérie lysable plus résistante. Dans ce dernier cas, une conséquence assez fâcheuse se manifeste : les suppurations ou les furonculoses guérissent moins vite.

Ridding, opérant avec du bacille de Shiga ou du bacille de Flexner, a constaté que le sérum sanguin humain avait une action antibactériophage.

Biglieri et Fischer ont vu, de plus, que les bactériophages du tube digestif peuvent traverser les parois intestinales et provoquer la formation d'un sérum antibactériophage. Chez des malades opérés, on trouve un petit nombre de sérums anti, par la lyse du colibacille et du typhique ; et le pouvoir inhibiteur existe dans tous les sérums, vis-à-vis du bactériophage antistreptococcique. Ce pouvoir antilysant s'est manifesté dans les sérums d'homme et de lapin. Ces auteurs ont trouvé, dans 80 sérums de sujets justiciables d'une opération chirurgicale, un pouvoir antibactériophage. Ils constatèrent un pouvoir anti total dans 3,75 % des cas, avec le colibacille ; 2,50 % avec le bacille typhique et les paratyphiques. Ils eurent une inhibition incomplète dans 6,25 % des cas, avec le colibacille ; 5 % avec le paratyphique.

Ces 80 sérums et le sérum normal du lapin avaient un pouvoir anti très marqué vis-à-vis d'un staphylocoque d'origine humaine. Cette action ne se produisait pas avec les sérums de cheval et de cobaye.

Hoder a reconnu, dans les sérums d'homme et de cobaye, la présence d'une substance empêchante sur la multiplication des bactériophages. Cette action ne s'exerce qu'en milieu liquide ; sur gélose, au contraire, il semble y avoir une influence favorisante.

Colvin a confirmé que le sérum normal a des propriétés empêchantes pour le bactériophage. Cette inhibition dépend de divers facteurs (origine, race, microbe), et il est impossible, selon lui, d'habituer le bactériophage à l'action du sérum.

Celui-ci n'empêche pas la fixation du bactériophage sur le microbe, mais il semble retarder sa multiplication. C'est la protéine qui, dans le sérum, serait le facteur de l'inhibition. L'auteur a essayé les sérums d'homme et de porc, dilués ou non : l'inhibition est toujours plus forte avec le sérum de porc. Il s'est aussi servi de sérums de lapin, de cobaye et de poulet. Il a opéré avec des bactériophages antistreptococciques et antistaphylococciques.

Taddéi prétend, au contraire, qu'on peut habituer un bactériophage antistaphylococcique, au sérum normal, à condition d'aller très lentement et de ne pas dépasser la dose de 30 % de sérum dans le bouillon. Le sérums normaux de chèvre et de bœuf ont aussi des propriétés inhibitrices, mais on peut également adapter le bactériophage à leur action. L'auteur pense que le pouvoir agglutinant du sérum est la cause de cette inhibition.

Burky dit que le sérum normal produit une inhibition sur le bactériophage antistaphylococcique. Il confirme ainsi ce qu'avaient observé Applebaum et Mac Neal.

Shimizu rechercha si le sérum peut avoir une influence sur le bactériophage du staphylocoque : il opéra avec du sérum normal et du sérum inactivé provenant d'un homme sain, et il confirma leur pouvoir antibactériophage. Lorsqu'on dilue le sérum dans du bouillon et qu'on en mélange une quantité déterminée avec le lysat, le pouvoir empêchant marche parallèlement au degré de dilution, ce qui ne se produit pas si l'on mélange directement le lysat et le sérum.

D'Hérelle avait trouvé, au contraire, que le sérum, comme les autres liquides organiques, était sans effet sur le bactériophage.

Gratia et Mutsaars ont constaté que le sérum normal d'homme ou de lapin retarde fortement l'action du bactériophage staphylococcique. En recherchant le détail de cette réaction, les auteurs ont vu qu'il s'agissait d'un retard apporté par le sérum à la régénération du bactériophage qui, au lieu de se régénérer en trois heures, le fait en quinze heures seulement. Il ne s'agit pas d'une neutralisation directe du bactériophage, car les staphylocoques dorés sont protégés alors que les blancs ne le sont pas.

Mutsaars, reprenant la question, s'aperçut que c'est la fixation des bactériophages sur les bactéries (premier stade du phénomène) qui est entravée par le sérum. Il s'est alors demandé pourquoi l'inhibition par le sérum cessait après dix-sept heures environ pour les staphylocoques et il a vu que cet affaiblissement du pouvoir anti tenait à l'épuisement de la substance protectrice et aussi à ce que les suspensions microbiennes finissaient par vaincre l'action du pouvoir inhibiteur. Le sérum humain a un pouvoir anti supérieur à celui des sérums de cheval et de lapin.

Panayotatou a recherché si cette propriété pouvait être le fait d'autres sérums ; elle a constaté que cette action protectrice existait pour le sérum normal de bœuf, alors que celui de mouton n'en a aucune.

Ce pouvoir anti du sérum normal, vis-à-vis du bactériophage, paraît rentrer dans le cadre des anticorps, soi-disant normaux, qui, très probablement, sont le résultat d'infections successives très légères. Pour que cette hypothèse soit vraie, il faudrait que le bactériophage puisse fonctionner comme antigène. Cela est exact car on sait maintenant, que les bactériophages possèdent des fonctions antigènes et que les sérums antibactériophages neutralisent les principes actifs correspondants.

Pour n'en citer que quelques exemples : Bordet et Ciuca, Maisin, avaient obtenu un sérum neutralisant le principe lytique coli. Biglieri et Fischer, Rosenthal avaient constaté cette immunisation. Prausnitz, faisant agir, sur un bactériophage anti-Flexner, le sérum correspondant, avait observé une diminution du nombre des phages. Il confirmait ainsi les observations de Otto et Winkler. Grigorieff a reconnu le fait, vis-à-vis d'un bactériophage antityphique. Katsu a montré, de même,

l'existence d'un antibactér ophage chez des malades atteints de bacille de Flexner, de typhus, de dysentérie.

* * *

Nos connaissances, sur ce pouvoir antibactériophage, s'arrêtent là. Il est bien probable que d'autres travailleurs nous apporteront des notions nouvelles, au fur et à mesure que nous connaîtrons de nouveaux bactériophages. Mais, dès maintenant, nous devons tenir compte de ce pouvoir particulier du sérum normal qui, s'il n'est pas expliqué encore quant à son déterminisme et ses actions *in vivo*, peut troubler néanmoins certaines thérapeutiques qui ont pour base l'application des bactériophages connus.

BIBLIOGRAPHIE

M. Applebaum and W. S. McNeal. — The influence of pus and blood on the action of bacteriophage. *The Journ. of infect. Diseases*, 1931, t. 49, p. 225.

R. Biglieri et T. Fischer. — Contribution à l'étude des propriétes antibactériophagiques des sérums humains. *C. R.* Société de biologie, 1931, t. 108, p. 674.

J. Bordet et M. Ciuca. — Autolyse microbienne du sérum antilytique. *C. R.* Société de biologie, 1921, t. 84, p. 280.

E. Z. Burky. — The effect of normal and immune staphylococcus rabbit serums of the action of staphylococcus bacteriophage. *Journ. of Immunology*, 1933, t. 24, p. 513.

P. F. Clark and A. S. Clark. — A bacteriophage active against, a virulent hemolytic streptococcus. *Proceed. of the Soc. for exper. biol. a. med.*, 1926-1927, t. 24, p. 635.

M. G. Colvin. — Behavior of bacteriophage in body fluids and in exudates. *The Journ. of infect. Diseases*, 1932, t. 51, p. 527.

A. Gratia et D. Jaumain. — Dualité du principe lytique du colibacille et du staphylocoque. *C. R.* Société de biologie, 1921, t. 85, p. 882.

A. Gratia et W. Mutsaars. — L'action inhibitrice du sérum normal sur la lyse du staphylocoque doré par les bactériophages staphylococciques polyvalents. *C. R.* Société de biologie, 1931, t. 106, p. 948.

A. Grigorieff. — Sur le mode d'inactivation des bactériophages. *C. R.* Société de biologie, 1927, t. 96, p. 1141.

F. d'Hérelle. — Le bactériophage et son comportement. Masson, 1926, p. 62.

F. Hoder. — Ein Agens, welches, auf die Bakteriophagenvermehrung fördernd wirkt. *Centralbl. f. Bakter.*, 1931, t. 120, p. 162

Katsu. — Antibakteriophage Wirkungen im Menschenserum. *Deutsch. med. Woch.*, 1925, t. 51, p. 1896.

J. Maisin. — Au sujet du principe bactériophage et des anticorps. *C. R.* Société de biologie, 1921, t. 84, p. 755.

W. Mutsaars. — De l'action protectrice exercée par le sérum normal sur les staphylocoques dorés contre la fixation du bactériophage. *C. R.* Société de biologie 1931 t. 108, p. 235.

— De l'action du sang normal sur la lyse transmissible du staphylocoque doré. *Annales Institut Pasteur*, 1933, t. 51, p. 605.

— La lyse du staphylocoque doré, par le principe correspondant, et son inhibition par le sérum normal. *C. R.* Société de biologie, 1934, t. 117, p. 1212.

Otto und Winkler. — Ueber die Natur der d'Herelleschen Bakteriophagen. *Deutsch. med. Woch.*, 1922, t. 48, p. 383.

A. Panayotatou. — Sur l'action protectrice de certains sérums normaux contre la fixation du bactériophage. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 1932, t. 25, p. 397.

C. Prausnitz. — Untersuchungen über den d'Herelleschen Bakteriophagen. *Centralbl. f. Bakter.*, 1923, t. 89, p. 187.

A. Raiga. — Les antiphages dans la bactériophagie. *C. R.* Société de biologie, 1930, t. 104, p. 745.

D. Ridding. — Acute bacillary dysentery in Khartoum province, Sudan, with special reference to bacteriophage treatment, bacteriological inevestigation. *The Journ. of Hygiene*, 1930, t. 30, p. 387.

P. Rosenthal. — Contribution à l'étude des antiphages. *C. R.* Société de biologie, 1928, t. 99, p. 1211 ; 1929, t. 100, p. 1019.

M. Shimizu. — Ueber das d'Herelleschen Phänomen des Staphylococcus pyogenes aureus. *Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 1933, t. 157, p. 154.

A. Taddei. — Gli adattamenti del batteriofago. *Boll. Ist. Siero. Milanese*, 1932, t. 11, p. 661.

La pyrétothérapie sans fièvre

Par **J. LAFONT** (Clermont-Ferrand)

« Monsieur, ajouta le docteur, si nous pouvions donner la fièvre à nos malades, nous les guéririons tous. (E. About. *Les mariages de Paris*.)

Dans nos études nous avons eu deux maitres dont le souvenir nous est d'autant plus présent à l'esprit qu'ils nous ont inspiré indirectement cet article.

L'un, clinicien émérite, s'appelait Faisans : en dissertant sur la pneumonie vers 1908, il nous disait : « La pneumonie est une maladie cyclique ; toutes les maladies sont cycliques, mais nous ne le savons pas. » Ce cycle c'était hier la crise, aujourd'hui le choc, et. depuis, cette notion a fait une assez belle carrière.

L'autre, pionnier du laboratoire, s'appelait Billard : quelques années plus tard, vers 1912, il nous affirma qu'il « tenait » enfin le remède universel : c'était la peptone, et, depuis, la thérapeutique spécifique a pris un essor considérable.

Les vérités scientifiques d'hier sont aussi réelles aujourd'hui : c'est pourquoi les maîtres disparus continuent à nous éclairer et à nous conduire.

La pyrétothérapie est, comme son nom l'indique, la thérapeutique par la fièvre, si bien que nous aurons, comme les gens de notre génération, vécu trois périodes : celle des vingt dernières années du XIXe siècle où l'on coupait la fièvre et où les fébrifuges régnaient en maîtres en attendant de devenir les antipyrétiques ; celle des vingt premières années de ce siècle, où l'on respectait la fièvre pour ne pas contrarier un phénomène naturel ; et enfin depuis quelque quinze ans celle où l'on provoque la fièvre devenue curative. Tel est le schéma qui représente dans ses grandes lignes, l'évolution thérapeutique vis-à-vis d'un des phénomènes morbides les plus fréquemment observés.

Cette forme de thérapeutique qui tend à se développer et à s'hypertrophier au point de représenter la presque totalité de la thérapeutique, a rencontré beaucoup de résistances ; car elle tend à exagérer, momentanément sans doute, les symptômes morbides. Dans les maladies aiguës la pyrétothérapie donne des chocs effrayants (la classique crise pneumonique) quand ils ne sont pas dangereux ; dans les affections chroniques elle détermine des malaises et des troubles (comme dans le paludisme franc ou larvé) qui la rendent peu apte à un traitement régulier et prolongé. Aussi les malades redoutent-ils beaucoup cette thérapeutique et un premier essai suffit souvent à les détourner d'une nouvelle tentative cependant nécessaire.

Si l'on réussissait à la débarrasser de ces inconvénients et surtout du plus gênant, la poussée thermique, ce serait une amélioration importante : la pyrétothérapie fébrile deviendrait la pyrétothérapie sans fièvre et aurait beaucoup plus de chances de diffusion ; la seule question est de savoir si on peut y arriver sans perdre en efficacité ce qu'on gagne en facilité.

Dans la question qui nous occupe on peut s'appuyer sur les recherches cliniques et le laboratoire, mais l'essentiel des notions acquises est d'ordre purement empirique : la pratique de la pyrétothérapie est extrêmement instructive, bien qu'elle garde un caractère individuel variable avec chaque malade et que le coefficient personnel du médecin y prenne une importance insoupçonnée ; il en résulte qu'une étude quelconque sur cette question est faite de petites observations concordantes ou discordantes, de suppositions plus ou moins douteuses, d'expériences personnelles et, surtout et avant tout, de recoupements ; ce n'est


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

certes pas d'une méthode scientifique rigoureuse ; cependant, si l'on voulait faire de la science pure et négliger l'empirisme, on arriverait à rayer d'un trait de plume les 3/4 de la médecine et les 9/10 de la thérapeutique.

Nous avons employé à plusieurs reprises le terme de pyrétothérapie ; que vaut-il par lui-même ? Pas grand'chose sans doute, car il représente simplement une manifestation thermique après l'emploi de certains agents dans un but thérapeutique ; le thermomètre révèle une ascension de la température, ce qui est une simple constatation et cette fièvre serait curative, ce qui est une pure hypothèse ; le thermomètre devient ainsi l'appareil unique de mesure, d'observation et de contrôle.

En pyrétothérapie il est entendu que la colonne de mercure monte ou doit monter ; cette ascension s'accompagne de phénomènes fébriles plus ou moins accusés et gênants, que l'on a appelés l'épreuve du frisson et du feu (*the ordeal by chill and fire*) ; qu'y a-t-il sous cette apparence bruyante ? On ne le sait guère. La colloïdothérapie, la stimulothérapie, la protéinothérapie, la métallothérapie, la thérapeutique d'excitation (*Reiztherapie*), la thérapeutique aspécifique sont des termes destinés à classer les notions acquises bien plus qu'à en expliquer le mécanisme ; quoi qu'il en soit on applique cette méthode dans les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques ; elle envahit la neurologie et s'attaque aux mystérieuses affections allergiques. Dans tous ces cas, l'hyperthermie demeure le signe capital et essentiel qu'il convient d'étudier de plus près.

A. Hustin, de Bruxelles (*Scalpel*, 27 mai 1933) a imaginé un dispositif fort ingénieux d'enregistrement continu des températures de l'homme ; l'enregistrement n'est pas, à vrai dire, continu, mais plus exactement saccadé, puisqu'il se fait toutes les dix minutes, ce qui paraît suffisant ; les températures prises sont la rectale, l'axillaire et la cutanée ; elles sont enregistrées simultanément ; les deux plus intéressantes sont la rectale, qui correspond à la température centrale et la cutanée qui correspond à la température périphérique ; ces deux températures varient suivant l'heure, mais restent parallèles chez l'homme sain : au contraire, dans la pyrétothérapie, elles s'élèvent, tout en perdant, temporairement ce parallélisme.

L'auteur pratique une injection de vaccin antigonococcique dans les veines ; on ne constate aucun changement de température dans les trente ou quarante premières minutes ; puis, brusquement et en même temps, elles divergent, la rectale monte et la cutanée descend.

La température rectale s'élève assez rapidement, atteint 40° en deux ou trois heures, se maintient à ce niveau une heure environ, puis redescend en pente douce pour revenir à la normale dix heures après l'injection.

La température cutanée descend au contraire, brusquement et très bas à 35°5 et même au-dessous, demeure à ce niveau pendant une heure et remonte en flèche pour atteindre son maximum (toujours inférieur à celui de la température rectale) et rattraper son parallélisme.

Dans les deux cas la descente est plus longue que l'ascension.

Les manifestations cliniques semblent suivre les variations de la température périphérique plutôt que celles de la température centrale ; cette constatation est importante, parce qu'elle montre la valeur du dispositif imaginé par H. Hustin et explique que nous n'ayons rien pu tirer jusqu'à présent des seules indications du thermomètre placé dans le rectum.

La première phase — de malaise — commence vers la trentième minute et dure une heure et demie.

Elle débute avec la chute de la température périphérique et l'ascension de la température centrale ; elle s'accompagne de céphalée.

Les frissons apparaissent une heure après l'injection à 36° périphérique, 38° central, s'atténuent ou disparaissent au plus bas de la courbe, à 35° périphérique, un peu avant le maximum de la courbe rectale, vers 40° central.

On entre dans la deuxième phase — de bien-être — avec la poussée en flèche de la température cutanée, vers la fin de la deuxième heure ; la montée (de 3 à 5 degrés) se fait en moins d'une heure ; la température centrale atteint son maximum (40°5) et commence à descendre.

La transpiration apparaît vers la quatrième heure, quand les deux courbes se sont déjà engagées dans leur descente définitive.

Si l'on se borne aux indications de la température centrale (la seule facile à prendre dans la pratique courante), on peut dire que, pour une courbe, passant de 37°5 à 40°5 en trois heures et revenant à la normale vers la dixième heure, on observe :

la céphalée, au début de l'ascension,
les frissons à 38°,
le bien-être un peu avant le maximum à 40°,
la transpiration un peu après le maximum, à 40°.

Ce sont là des détails, mais il n'est pas mauvais d'avoir des points de repère pour suivre la correspondance des phénomènes thermiques et subjectifs.

Si nous cherchons à interpréter la discordance des courbes, nous pouvons dire que l'ascension de la température centrale est due à l'augmentation de la thermogénèse et à la diminution de la radiation périphérique ; la courbe périphérique est marquée par deux variations de sens contraire : une chute provoquée par la vaso-constriction périphérique, une ascension due à une vaso-dilatation. On en conclut que le choc, qui suit l'injection de vaccin, provoque, pendant la première phase, l'excitation du sympathique, et, pendant la seconde, l'excitation du parasympathique ; le choc anaphylactique serait donc caractérisé par l'excitation successive des deux constituants du système nerveux végétatif.

Mais nous touchons ici aux problèmes les plus ardus et les plus obscurs de la pathologie générale, ce qui nous éloigne un peu d'un sujet d'essence empirique. Nous croyons que l'on peut se représenter le système nerveux végétatif comme un circuit oscillant, la pyrétothérapie comme une oscillothérapie et le thermomètre comme un appareil indicateur.

Ces comparaisons n'ont d'autre utilité que de permettre de fixer les idées, tout en ne déformant pas trop les résultats expérimentaux, dont certains, comme ceux de G. Boeri, de Naples, sont particulièrement à signaler (*Morgagni*, n° 1, 1935). Voici ce qu'il dit de la thérapeutique spécifique, dont la pyrétothérapie n'est qu'une des branches :

« La variété des moyens curatifs dont dispose la thérapeutique spécifique, la faculté que possède chacun d'eux de s'attribuer le traitement et même la guérison d'affections différentes et réciproquement la multiplicité des affections que le même moyen peut traiter et même guérir, cette non-spécificité, qui concerne non seulement les moyens thérapeutiques mais aussi les maladies, les contradictions impressionnantes des jugements et des résultats rapportés par différents observateurs, susciteront, à première vue, la défiance et la conception d'une vulgaire panacée.

« Mais je crois pouvoir défendre de ce soupçon et disculper entièrement de cette accusation la thérapeutique spécifique par quatre considérations. »

Ces quatre considérations constituent une vaste synthèse des nombreux problèmes concernant ce sujet, qui n'avaient pas encore reçu une solution d'ensemble ; nous les résumons en quelques lignes.

Il y a tout d'abord une unité du matériel thérapeutique la protéine, car on utilise toujours, en fin de compte, des protéines : protéines exogènes des vaccins ou sérums spécifiques ou aspécifiques, protéines endogènes devenues hétérogènes par combinaison métallique, protéines des microbes détruits par la chimiothérapie.

Il y a ensuite une unité du mécanisme d'action, qui consiste dans la propriété fondamentale de la défense organique ; cette propriété n'est pas due à tel ou tel organe, à tel ou tel tissu ; elle est intimement liée à la cellule, dont la défense va de l'automatisme élémentaire et inconscient

au mécanisme le plus délicat et le plus compliqué. Le principe de la conservation de l'individu tend à défendre et à maintenir son intégrité anatomique et fonctionnelle. L'organisme est exposé constamment aux perturbations extérieures les plus diverses (atmosphériques, alimentaires, mécaniques, chimiques, infectieuses, etc.) ; ces stimulations insolites ou anormales, déterminent une réaction qui, au fond, n'est peut-être qu'un réflexe, qui lui-même n'est qu'une réaction de défense instinctive.

Il y a encore une unité de lieu d'action thérapeutique, c'est la cellule, les propriétés défensives de l'organisme siégeant essentiellement dans la cellule.

Il y a enfin la propriété constante, fondamentale de l'organisme de transformer, grâce à la tendance défensive contenue dans la cellule, les stimulations ou les influences aspécifiques en effets curatifs, spécifiques suivant les diverses exigences.

Maintenant que nous avons une idée nette du mécanisme du choc, nous comprenons mieux les particularités apparentes de la thérapeutique, qui l'utilise sous une forme ou sous une autre.

La pyrétothérapie, qui est due à la rupture d'équilibre entre le sympathique et le parasympathique, se traduit par une réaction biphasique.

La première phase est celle du malaise et de la céphalée ; le symptôme le plus pénible est le frisson et la sensation de froid qui l'accompagne. C'est un froid intense, interne, total, qu'aucun moyen (chauffage, couvertures, bouillottes) n'arrive à atténuer. Les frissons sont quelquefois tellement violents qu'ils déterminent un tremblement général suffisant pour ébranler le lit. Le spectacle est angoissant pour l'entourage, dont l'émotion contraste souvent avec le sang-froid relatif du malade.

La deuxième phase est au contraire presque agréable par comparaison. La montée finale de la température s'accompagne d'une sensation de bien-être et, si l'on fait abstraction de la gêne causée par une transpiration abondante, on peut dire que tout s'arrange pour le mieux.

On schématiserait la protéinothérapie en considérant la peau comme un radiateur à surface variable, la première phase comme une phase de concentration centrale de calorique et la deuxième phase comme l'évacuation périphérique des calories en excès.

Les anciens cliniciens avaient bien observé la crise pneumonique à résolution favorable, qui est essentiellement une crise pyrétothérapique, avec ses deux phases successives. L'état du malade paraît aggravé, la température est élevée ou parfois même ascendante ; on observe de l'anxiété, de l'agitation, de l'irrégularité du pouls. Quelques heures plus tard la température tombe à 37°, le malade est mieux ; l'organisme se libère de ses toxines par les diverses émonctoires : sueurs profuses, urines abondantes. C'est en somme de la pyrétothérapie spontanée, de l'autopyréthothérapie.

Nous retrouvons encore la réaction biphasique dans l'accès pyrétogène du paludisme, qui se compose classiquement de trois stades : frisson, chaleur et sueurs ; les deux derniers stades correspondent à la deuxième phase. Première phase d'abord des prodromes (malaise, etc.), puis une ascension thermique progressive ; à 39° le frisson éclate, violent, secouant tout le corps (claquement de dents, chair de poule) ; cela dure une heure et c'est le moment le plus pénible. Deuxième phase : la température monte, le thermomètre atteint ou dépasse 41° ; cette poussée dure deux heure en moyenne et est suivie d'une défervescence plus ou moins rapide, en même temps que le corps se couvre de sueurs abondantes ; le malade éprouve une sensation de bien-être.

Tel est également le petit accès fébrile grippal ; dans la première phase on retrouve le malaise, les frissons ; l'entr'acte consiste dans la prise d'un comprimé d'aspirine ; la seconde phase montre la résolution fébrile et se termine par une transpiration, qui est la marque du succès thérapeutique.

Sous toute manifestation pyrétothérapique se dissimule un choc d'intensité variable.

Il y a d'abord le choc maximum (choc peptonique), à la suite d'une injection intraveineuse de peptone, caractérisé par l'angoisse, la gêne respiratoire, la tachycardie à 120, la chute de la tension et éventuellement la mort due à un arrêt respiratoire ; il s'agit d'une zone dangereuse, qui relève de l'expérimentation animale plutôt que de la thérapeutique humaine.

Il y a ensuite le choc majeur, qui est le choc typique déjà décrit ; il a été utilisé principalement dans la fièvre typhoïde avec l'injection de collobiase d'or (choc colloïdoclasique).

Il y a encore le choc mineur, qui utilise le lait, l'auto-sang, etc., par voie intramusculaire. Le déclenchement est retardé (4 ou 5 heures) ; la symptomatologie est réduite : un léger malaise, quelques petits frissons, une température ne dépassant guère 38°5 ou 39°, une simple moiteur de la peau.

Il y a enfin le choc mineur, observé à la suite d'une injection sous-cutanée de vaccin par exemple, caractérisée par une simple élévation thermique.

Ainsi donc l'intensité du choc est en rapport avec la voie d'introduction et la nature du produit injecté ; elle dépend en outre de la dose du produit injecté, quel que soit le produit et quelle que soit la voie d'introduction ; les réactions sont proportionnelles aux doses ; mais il existe un seuil de choc individuel, ou plus exactement un niveau posologique, au-dessous duquel le choc, s'il existe, est trop faible pour s'extérioriser.

P. Harvier, dont Le choc en thérapeutique (Baillière, Paris, 1934 est une bonne mise au point, décrit un grand choc correspondant aux deux premiers, un choc atténué correspondant aux deux derniers et un choc local, caractérisé par une tuméfaction rouge et chaude, durant deux ou trois jours ; il s'agit là d'une forme spéciale, qui nous semble relever de l'abcès de fixation plutôt que de la pyrétothérapie, mais qui n'en est pas moins susceptible de présenter des possibilités intéressantes.

On peut en conclure qu'en thérapeutique il y a toute une gamme de chocs dont l'intensité dépend de la voie d'introduction, de la dose injectée et de la susceptibilité individuelle. La voie intraveineuse est plus choquante que l'intramusculaire et l'intramusculaire plus que la sous-cutanée. Les doses fortes sont plus choquantes que les doses faibles. Ces deux constatations nous permettent d'entrevoir la possibilité d'une adaptation individuelle du choc aux différentes circonstances de la pratique.

Le choc, quel que soit sa modalité, présente en outre deux caractéristiques, qui ont une influence immédiate sur son application en thérapeutique.

D'une part la période positive du choc est suivie d'une période négative, d'un choc en retour silencieux ; l'organisme, qui vient de réagir, semble incapable de répondre à une stimulation nouvelle ; il est atteint d'insensibilité temporaire. On sait qu'un animal soumis à un choc peptonique reste indifférent 24 ou 48 heures à une nouvelle injection de peptone.

D'autre part l'organisme qui a réagi est devenu moins apte à réagir. La période négative est suivie d'une période d'accoutumance ; il en résulte que l'application de doses égales successives produira des chocs décroissants et qu'une série de chocs d'intensité égale ne pourra être obtenue que par une élévation progressive des doses. Les exceptions sont rares, mais elles existent et semblent relever des variations de la susceptibilité individuelle dans le temps.

Notons enfin que la répétition de doses subchoquantes peut, quand même, arriver à provoquer un choc ; il y a là un phénomène analogue à celui de la bouteille de Leyde ; l'organisme se charge lentement et finit par réagir bruyamment.

Si l'on tient compte de ces quelques considérations, on adoptera une posologie souple et progressive, qui permettra d'obtenir le choc optimum et qui sera à la posologie classique rigide ce que le rhéostat est à la boîte de vitesses.

Si les doses ont une grande importance, il ne faut pas oublier qu'un agent pyrétogène n'est pas forcément l'équivalent d'un autre agent pyrétogène. Chaque produit a sa personnalité et il est recommandable d'employer toujours


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
NAÏODINE
2
FORMES
A
SOLUTION NORMALE A 1%
INTRAMUSCULAIRE
SCIATIQUES
LUMBAGOS
NÉVRALGIES REBELLES
B
SOLUTION CONCENTRÉE A 5%
INTRAVEINEUSE
NÉVRAXITES
ET SÉQUELLES
CURE COMPLÉMENTAIRE DES ALGIES
INJECTIONS INDOLORES
20 A 30 CC. PAR JOUR
LABORATOIRES J. LOGEAIS-BOULOGNE S/-SEINE

le même, afin d'en préciser le dosage et les possibilités. Le meilleur est celui que l'on a bien en main. Un médicament médiocre, mais employé judicieusement, se montre généralement supérieur à un produit plus actif, mais dont on a moins l'habitude.

Il reste maintenant à élucider un point important. Nous avons vu que l'intensité du choc était proportionnelle aux doses, mais l'efficacité thérapeutique est-elle proportionnelle à l'intensité du choc et, par suite, aux doses ? Pour tous ceux qui ont beaucoup pratiqué la pyrétothérapie, il semble bien que non, et, si une explication satisfaisante n'est pas facile à donner, il semble néanmoins que les idées de Walbum, de Copenhague, se rapprochent beaucoup de la réalité ; on sait que cet auteur préconise la métallothérapie, qui n'est qu'une branche de la pyrétothérapie. Les citations qui suivent, sont extraites de la notice qui accompagne les métallosals.

« Les doses très minimes n'ont pas d'effet appréciable. En augmentant la dose on arrive peu à peu dans une zone où l'effet augmente progressivement jusqu'à son maximum, pour diminuer ensuite si l'on augmente encore les doses. Cette diminution d'action peut souvent se produire très subitement. Pour avoir l'effet le plus favorable il est donc absolument nécessaire de faire usage du sel métallique dans la zone optima et surtout de ne pas nuire à l'organisme par des doses trop fortes. On doit bien se dire que « ces grandes doses » ne sont pas pour cela très considérables et peuvent être fort distantes de celles par lesquelles on pourrait conclure à une action intoxicante sur l'animal. »

L'explication schématique est la suivante :

Il y a une courbe d'action croissante, puis décroissante, sur la stimulation des défenses de l'organisme d'une part et sur la croissance des bactéries d'autre part.

En examinant la courbe d'action sur la bactérie, on constate que les toutes petites concentrations de sel métallique n'ont pas d'action stimulante, tandis que les doses plus fortes augmentent dans de fortes proportions l'intensité de sa croissance, et après un effet maximum l'action du sel métallique rediminue, et les très fortes concentrations empêchent complètement la croissance des bactéries.

« Si l'on considère les deux courbes de l'intensité de la formation des anticorps (agglutinine et ambocepteurs), on verra que le sel métallique y produit un effet analogue,

« La différence est que l'*action stimulante optima dans les deux processus a lieu à des concentrations métalliques différentes*. Pour agir sur la cellule des bactéries il faut une concentration métallique supérieure à celle qui agit sur la cellule animale.

« Si, en cas de traitement d'un animal infecté, nous employons la dose optima de métal pour la production des anticorps, nous constaterons que cette dose est tellement minime qu'elle ne favorise aucunement la croissance des bactéries. Mais en employant des doses plus grandes qui, non seulement stimulent la croissance bactérienne, mais empêchent en même temps la production d'antitoxines — paralysant ainsi la défense de l'organisme — nous aidons le parasite et faisons du tort à l'organisme malade, c'est-à-dire que l'effet atteint est juste le contraire de celui désiré. Ces faits constituent un des faits les plus importants à la base de la thérapeutique par les sels métalliques ».

Pour fixer les idées les doses optima sont de 0,3 mgr. pour le cadmium et de 0,6 mgr. pour le manganèse. Ces doses, qui semblent faibles pour les allopathes, sont élevées pour les homéopathes ; il y a entre les deux camps un *no man's land* intéressant à explorer ; en tout cas une posologie à la Walbum ne détermine qu'une dénivellation thermique insignifiante.

Les principes généraux de la métallothérapie conviennent également à la pyrétothérapie et nous en concevons l'application comme suit :

L'expérience montre que l'injection d'une substance pyrétogène produit chez l'homme afébrile une élévation thermique suivie d'un retour à la normale et chez le sujet fébricitant une poussée fébrile, suivie d'une chute à peu près double ; autrement dit un malade ayant 39° montera à 41° pour retomber à 37°, sans pour cela préjuger de l'avenir.

L'expérience montre également qu'une hausse minime de température (0°2) ne détermine aucune réaction générale sensible et qu'elle est suivie soit d'un retour à la normale, soit d'une chute terminale de 0°4 (suivant que la température primitive était normale ou au-dessus de la normale), qui doit être constatée dans les quatre heures qui suivent l'injection ; cette dénivellation nous paraît correspondre au seuil d'excitation.

Pour la première injection, la plus délicate à doser, il suffit de déterminer au mieux la dose subréactive, en se basant sur son expérience personnelle, de prendre la température au moment de l'injection et toutes les heures pendant quatre heures. Si l'on ne constate aucune réaction thermique, on augmentera légèrement la seconde injection ; si la hausse atteint 0°2, c'est le résultat cherché ; si elle dépasse 0°2, il y aura lieu de réduire la dose suivante.

Une fois la susceptibilité du sujet connue, il suffira de prendre deux fois la température, au moment de l'injection et quatre heures après.

La dose subfébrile varie au cours du traitement : en général l'accoutumance nécessite une augmentation progressive des doses, mais il faut toujours compter sur la sensibilisation de certains sujets.

La période négative d'insensibilité, qui suit la réaction (même réduite à 0°2), commande l'espacement ; pendant cette durée (variable suivant les cas et l'évolution) une nouvelle injection ne donnerait rien. Le délai courant varie de deux à quatre jours dans les cas aigus et de huit à quinze jours dans les cas chroniques.

En règle générale et dans le doute il est préférable de diminuer les doses et d'augmenter l'espacement.

Une telle technique permet de réaliser la *pyrétothérapie sans fièvre*, qui offre un grand nombre d'avantages : elle est inoffensive, facilement applicable et permet le traitement régulier d'un grand nombre d'affections chroniques ; elle n'est nullement gênante pour le malade ; elle ne demande au médecin qu'un peu de pratique et d'attention. Les petits résultats s'additionnent et leur somme finit par représenter une amélioration, quand ce n'est pas une guérison. Dans certains cas où la pyrétothérapie classique avait échoué, il n'est pas rare que la pyrétothérapie sans fièvre donne de bons résultats. Un point, sur lequel il est nécessaire d'insister, c'est la rapidité d'action de la pyrétothérapie, quand elle agit ; elle donne quelque chose, si peu que ce soit, immédiatement, ou elle ne donne rien, et alors il est inutile d'insister.

Pour les médecins, qui désirent contrôler leur thérapeutique par le laboratoire, signalons les deux propositions formulées par J. Gouin et A. Bienvenue, de Brest (*Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er novembre 1934) :

« 1° Si, par une médication de choc quelconque, chez un malade quelconque, on détermine expérimentalement une hyperleucocytose à la deuxième heure, on constate, le plus souvent, une amélioration soit passagère soit définitive des manifestations morbides. L'hyperleucocytose à la deuxième heure est ainsi liée au processus de guérison ;

« 2° Inversement, si, par une médication de choc quelconque, chez un malade quelconque, on détermine une leucopénie à la deuxième heure, on constate soit l'aggravation, soit la persistance des manifestations morbides. La leucopénie à la deuxième heure est ainsi liée à l'absence du processus de guérison. »

A notre époque où la pyrétothérapie a développé ses indications et étendu son champ d'action au point de représenter la méthode la plus couramment utilisée, il est nécessaire, plus que jamais, d'éviter les dangers, les ennuis ou les inconvénients d'une thérapeutique active mais brutale et de lui assurer ainsi le maximum de diffusion ; la pyrétothérapie sans fièvre nous semble donner tous les bénéfices et rien que les bénéfices d'une méthode, dont les bases scientifiques sont fondées sur le laboratoire et l'efficacité confirmée par la clinique.

ACTUALITÉS

Le rôle social et scientifique du Pharmacien dans la Société moderne

Par M. René FABRE

Professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris
Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène de France
Conseiller sanitaire technique au Ministère de la Santé publique
Directeur des Laboratoires de contrôle de chimie, biologie et microbiologie du Ministère de la Santé publique et de l'Académie de Médecine

C'est un bien grand honneur, dont je ressens tout le prix, que de prendre la parole devant Monsieur le Président de la République, en présence de M. le Ministre du Travail, des personnalités scientifiques et pharmaceutiques les plus éminentes, de confrères justement estimés, de nombreux étudiants dont j'apprécie la cordiale sympathie et à l'appel desquels j'ai été heureux de répondre.

Mes confrères et mes élèves savent mon dévouement à la cause pharmaceutique, mais ce dévouement n'est, en vérité, que le juste tribut de reconnaissance pour une profession à laquelle je dois ce que je suis.

Lorsqu'à un rude tournant de mon existence, grâce aux conseils avisés d'un modeste praticien de Clermont-Ferrand, j'entrepris mes études pharmaceutiques, de toute mon ardeur juvénile je me donnai à la pharmacie, de toute mon intelligence je me consacrai à ma nouvelle profession, de tout mon dévouement, à tous les instants de ma carrière, j'ai voulu aider mes confrères et conseiller mes élèves. Si j'ai pu, de la sorte, accomplir parfois quelque besogne utile, je n'en veux tirer nulle vanité : je me reporte à un quart de siècle, à mes début difficiles, aux premiers conseils que je reçus de Maîtres vénérés, et je trouve ma récompense en honorant toujours plus la profession de Pharmacien.

Aimer son métier, cela paraît tout naturel, à la vérité, et je me demande pourquoi, si souvent, il faut répéter autour de soi, à ses enfants, à ses élèves, que c'est seulement en aimant le métier auquel on voue son existence que l'on peut réussir et tenir honorablement le rôle qui nous est dévolu dans la société.

Aimer, honorer son métier, quand ce métier est la pharmacie, c'est chose plus simple encore, car il est peu de carrières, où, si le praticien le veut vraiment, il soit plus aisé de trouver la récompense de ses efforts, non pas en limitant son idéal au seul inventaire de son tiroir-caisse, mais en l'élevant assez haut et en songeant au rôle social et scientifique du pharmacien vraiment digne de ce nom et du diplôme qu'il a gagné au prix de nombreux examens et de plusieurs années de sérieuses études.

Je sais bien qu'il est des esprits chagrins dont la foi et l'enthousiasme ont pu s'émousser au cours d'une existence parfois difficile, qui n'ont su résister au flot débordant des ennuis et des peines, il est des esprits chagrins, dis-je, qui doutent de la noblesse de ce rôle. Ils ne voient dans notre profession que mesquines rivalités commerciales, et en président l'évolution vers le « drug-store » d'Outre-Atlantique.

C'est à eux aussi que mon discours s'adresse et je leur dis : « Si, dans la crise mondiale dont nous ressentons tous cruellement les effets, les énergies de chacun ne cristallisent pas, si l'on se laisse abattre sans lutter avec acharnement, c'en est fait de notre profession. Mais, au cours de mes nombreux périples européens, j'ai eu l'occasion de fréquenter des confrères dont l'existence est plus difficile que la nôtre, et d'admirer la foi qu'ils mettent dans un avenir meilleur auquel ils savent donner toute leur énergie. Pour eux les mesquines rivalités ont disparu devant les problèmes plus angoissants et plus élevés, plus dignes, en un mot, de la nature humaine. Suivons leur exemple, honorons notre profession si nous voulons nous-mêmes être honorés ».

Les apothicaires, nos ancêtres, apportaient à la préparation « secundum artem » des médicaments galéniques et chimiques les plus variés, une habileté consommée, que beaucoup de nos jeunes stagiaires du vingtième siècle sont loin de posséder, mais leur activité ne se cantonnait pas à ce seul domaine. N'est-ce pas dans leurs officines que la science chimique fit ses premiers pas ? En travaillant avec un empirisme, compensé par une persévérance vraiment exemplaire, à la production chimérique de la pierre philosophale, ils entrevirent les principes de la chimie moderne et nous devons les considérer comme les précurseurs anonymes de notre grand Lavoisier.

Les historiographes de la pharmacie, nos distingués collègues, MM. Dorveaux ou Bouvet, consacrent à cette époque les pages les plus attrayantes qui nous permettent d'admirer les soins apportés par nos ancêtres à la préparation de la magistrale thériaque aussi bien qu'à celle du calomel ou du kermès officinal.

Mais si de telles erreurs doivent être retenues pour fixer l'œuvre traditionnellement accomplie par les pharmaciens, il n'entre nullement dans mes intentions de vous faire suivre l'évolution de la pharmacie à travers les âges.

Une évolution plus profonde, conséquence inévitable du développement social et scientifique, a marqué la profession de pharmacien depuis le début du XX[e] siècle.

Si nos confrères ont toujours un rôle indispensable à tenir dans le strict domaine de la préparation des médicaments magistraux, si rien, dans leur formation professionnelle et scientifique ne doit être négligé pour qu'ils soient et pour qu'ils demeurent de bons pharmaciens, collaborateurs précieux et constants du médecin, nous devons aussi nous convaincre que cette collaboration n'est pas limitée à ce seul domaine. Le clinicien a besoin, pour éclairer son diagnostic, des examens de laboratoire les plus variés, ressortissant aux disciplines les plus diverses.

Ce n'est plus par la seule analyse chimique des urines qu'il pourra suivre l'évolution d'une maladie, c'est par celle du sang, du suc gastrique et des différentes humeurs du corps humain ; ce n'est plus le seul dosage polarimétrique des sucres urinaires qui nous est demandé, c'est le métabolisme basal, la réfractométrie sérique et l'interférométrie si utile dans le dépistage du cancer ou des carences endocriniennes, ce n'est plus pour la seule recherche du bacille de Koch que le pharmacien doit avoir des connaissances en bactériologie, c'est pour le diagnostic rapide de la diphtérie ou celui de la fièvre ondulante.

C'est encore pour le diagnostic de la grossesse, pour la détection des dysenteries amibiennes, pour l'examen histologique des tissus, que le clinicien aura recours au pharmacien que ses études ont préparé tout spécialement à de telles recherches.

Dans tous ces domaines de la biologie, l'évolution a été particulièrement rapide, et nul praticien n'est mieux placé que le pharmacien pour être un technicien averti de l'analyse biologique, attentif à tous les progrès de la science dans ses applications à la connaissance de la cellule vivante, critique sévère des méthodes employées et des résultats enregistrés.

Je me reporte, à ce sujet, au temps de mes études, à l'époque où notre bon maître, le Professeur Léon Grimbert, dont vous admirerez la rétrospective de peinture au cours de ces Journées pharmaceutiques, nous enseignait la chimie biologique. Celle-ci faisait ses premiers pas et n'avait pas acquis les titres de noblesse dont elle peut s'enorgueillir maintenant. Les techniques les plus osées, trop légèrement établies, conduisaient aux résultats les plus fantaisistes, et risquaient de jeter la déconsidération sur cette jeune science. Léon Grimbert, avec une sagacité et une érudition remarquables, en faisait devant nous la

(1) Conférence prononcée le 7 novembre aux Journées pharmaceutiques parisiennes.

critique la plus sévère, et ne laissait le droit de cité qu'à celles qui le méritaient vraiment.

Notre Maître, en agissant ainsi, rendait le plus grand service à la science et à ses élèves, les futurs pharmaciens. Ceux-ci, une fois installés dans la France entière, continuent à demeurer les disciples de Léon Grimbert, et, par la sûreté des résultats qu'ils fournissent aux médecins, ils méritent leur confiance et leur estime et prennent, dans la biologie, cette place de premier plan que peuvent leur envier bien des confrères étrangers. N'ont-ils pas d'ailleurs, contribué puissamment au développement de la Société de chimie biologique qui, par son admirable vitalité, reflète maintenant dans le monde entier la pensée biologique française ?

Nos jeunes élèves, savamment éduqués dans nos Facultés, acquérant lorsqu'ils arrivent à l'Internat des hôpitaux, une pratique constante de l'analyse biologique sous l'œil attentif des pharmaciens des hôpitaux, n'ont qu'à suivre la trace de leurs aînés. Qu'ils lisent dans le livre du Centenaire de l'Internat en pharmacie des Hôpitaux de Paris, l'article consacré à la chimie biologique, ils se convaincront de l'œuvre accomplie par leurs prédécesseurs, des services qu'ils ont rendus, et, fiers de ce patrimoine, sauront se montrer dignes de leur exemple. Et ce sera la meilleure récompense qu'ils procureront à ceux qui, dans l'établissement du statut des laboratoires d'analyses médicales, s'efforcent de sauvegarder les intérêts de notre profession, en faisant confiance à la valeur scientifique des pharmaciens.

Le pharmacien, par sa formation même, est un analyste ; les cours de chimie, de physique, de sciences naturelles, ainsi que les enseignements pratiques qu'il suit pendant ses études, sont dirigés vers leurs applications et, plus particulièrement, vers l'analyse : analyse des médicaments, analyse biologique, analyse des eaux, analyse des poudres végétales, par exemple. La lecture de nos programmes d'études est tout à fait suggestive à ce sujet : elle fait apparaître l'orientation professionnelle des divers enseignements qui permettent à nos élèves d'acquérir des connaissances infiniment précieuses dans tout laboratoire d'essais.

L'analyse des médicaments dont il convient de vérifier la qualité irréprochable est devenue de plus en plus complexe, car ce n'est plus seulement l'essai chimique d'un sirop d'iodure de fer ou d'un sulfate de soude, ou l'essai microscopique d'une poudre de digitale, qu'il convient d'effectuer, c'est aussi l'essai physique des produits radioactifs et l'essai biologique des préparations opothérapiques, des sérums, des produits vitaminés, des médicaments cardiotoniques, que sais-je encore ? A tous ces essais, les pharmaciens se sont adaptés sans peine et, dans tous les laboratoires où sont vérifiés ces médicaments, nos confrères occupent naturellement les fonctions les plus utiles et les plus importantes.

Les eaux minérales, qui constituent une des richesses naturelles les plus intéressantes de notre pays, sont à la base de thérapeutiques infiniment précieuses, et leur composition chimique fut constamment l'objet de nombreux travaux. Des esprits trop enclins à la simplification ont voulu dès lors assimiler les eaux de Vichy, par exemple, à des solutions de bicarbonate de sodium, et cependant l'effet thérapeutique en est bien différent. Mais n'est-ce pas le nom d'un illustre pharmacien, le Professeur Charles Moureu, que l'on trouve à la base de la connaissance de la radioactivité de nos eaux minérales dont l'action biologique longtemps mystérieuse a trouvé, dans cette nouvelle propriété une explication fort satisfaisante ?

L'enseignement de l'hydrologie fait partie du programme de nos Facultés et la vérification de la radioactivité des eaux minérales, de même que leur composition chimique ou leur pureté bactérienne, est fréquemment confiée à des pharmaciens. Aussi bien dans de nombreux laboratoires régionaux qu'au laboratoire de contrôle du Ministère de la Santé publique et de l'Académie de médecine, on trouve, en effet, des pharmaciens s'acquittant de cette tâche si utile et si minutieuse.

Les chimistes-experts auprès des Tribunaux sont très fréquemment des pharmaciens, et, parmi les expertises qui leur sont demandées, à côté des analyses de lait ou de matières alimentaires diverses, se trouvent parfois des expertises toxicologiques, problèmes toujours très délicats pour lesquels la collaboration que réclame le médecin-légiste au toxicologue est de la plus haute importance pour la découverte de la vérité. Le faisceau de preuves qui peut être rassemblé par l'enquête, se trouve singulièrement renforcé s'il est possible de présenter au jury un toxique isolé d'un organe à l'état de pureté. Certes, des difficultés nombreuses se présentent au cours des manipulations, et les moindres défaillances de technique conduisent aux erreurs judiciaires les plus redoutables. Là encore, l'esprit critique de l'expérimentateur est soumis à une sérieuse épreuve, et le toxicologue ne peut vraiment faire œuvre utile que s'il est à la fois un analyste minutieux et un biologiste averti de toutes les difficultés qui sont rencontrées dans l'extraction sans perte et sans altération des poisons les plus subtils et dans la vérification physiologique de leur action qui doit corroborer les résultats de leur identificattion physique et chimique.

Le rôle du pharmacien en tant que toxicologue a, d'ailleurs, considérablement évolué depuis quelque temps. La toxicologie n'est, en effet, pas limitée à ce seul aspect médico-légal de ses applications. La connaissance du poison, dans sa nature, sa posologie, son action, est, certes, de toute nécessité pour le pharmacien, qui est appelé à manipuler journellement des produits dont il ne doit pas ignorer le danger ; mais elle lui est également indispensable, s'il veut contribuer à une défense sûre et avisée de la santé publique. En effet, par suite du développement si considérable de l'industrie, la pollution de l'atmosphère, aussi bien dans les ateliers et les usines que dans les agglomérations avoisinantes, peut être redoutable. Il n'entre pas dans le sujet de cette conférence de vous donner de nombreux exemples de cette nocivité, mais, cependant, des faits actuels me viennent à l'esprit, qui ont nécessité l'étude approfondie des causes de nocivité de l'air, des moyens de détection des toxiques existant aux plus grandes dilutions dans l'atmosphère, et des moyens de protection qui doivent être imposés.

A la suite des accidents produits dans la vallée de la Meuse en 1931, nos collègues belges, entre autres : MM. les Professeurs Firkett et Schoofs, purent conclure de leur enquête au rôle nocif de l'anhydride sulfureux retenu dans les brouillards lorsque certaines conditions météorologiques se trouvent remplies. Cet anhydride sulfureux provient de la combustion du soufre contenu en proportions de l'ordre de 1 p. 100 dans le charbon. Un chiffre me paraît, à ce sujet, tout à fait impressionnant : c'est le taux d'acidité de la neige, dans la région de Liége en 1899 et en 1931 : de 1 milligramme par litre, l'acidité est passée à un centigramme environ. Elle a donc décuplé du fait des émanations acides et, selon toute évidence, sulfuriques, des usines ; c'est bien là une preuve de pollution de l'air par les corps soufrés. Aussi, la création au milieu de certains quartiers populeux de Londres, à Battersea, d'une importante centrale électrique, consommant de grosses quantités de combustibles, inquiéta, il y a quelques années, les Services d'hygiène britanniques, et, en raison de la fréquence bien connue des brouillards dans la vallée de la Tamise, l'atmosphère pouvait être, ainsi qu'en Belgique, considérablement viciée du fait de la production quotidienne, en forte proportion, d'anhydride sulfureux. Or, si l'on évalue à 2.000 tonnes la consommation journalière de la houille dans cette centrale électrique, il y aurait eu production de 40 à 50 tonnes d'anhydride sulfureux par jour, ce qui est grave, malgré la production d'un plafond météorologique assez élevé en raison de la chaleur dégagée par l'agglomération londonienne.

Le même inconvénient peut se produire dans bien des cités industrielles françaises où les Conseils d'hygiène ont à intervenir pour la protection nécessaire des populations, avec le concours de l'Inspection des Etablissements classés et insalubres. La place des pharmaciens, techniciens de la toxicologie, est toute indiquée dans de telles assemblées et c'est un fait, d'ailleurs, que, bien souvent on a recours à leur compétence pour contribuer à la résolution de ces problèmes d'hygiène industrielle si importants.

Cette nouvelle branche de la médecine qu'est la médecine du travail a suivi, elle aussi, le développement de l'industrie

métallurgie et de l'industrie chimique. Dans tous les pays civilisés, certes, de grands efforts sont réalisés pour préserver la santé des travailleurs, mais, pour bien connaître les maladies professionnelles, il faut en avoir étudié soigneusement les causes, avoir établi les mesures prophylactiques judicieuses contre l'action des substances nocives les provoquant. Le rôle du toxicologue, le rôle du pharmacien, acquiert dès lors une importance sociale qui ne saurait échapper. Et c'est pourquoi, dans les Instituts de médecine du travail et de maladies professionnelles, on fait appel à des pharmaciens comme techniciens qualifiés des poisons. Des études récentes sur les maladies professionnelles provoquées par le chrome, dans l'industrie des aciers inoxydables, par le fluor, dans la métallurgie de l'aluminium, par la silice, dans les nombreuses industries à poussières, sont signées par des pharmaciens français. Nul doute que, dans toutes les Facultés de France, des recherches analogues seront poursuivies et que les résultats enregistrés contribuent à assurer une surveillance plus efficace de la santé des ouvriers, ce qui constituera pour nos confrères la plus belle récompense de leurs travaux.

Nos confrères des régions agricoles peuvent être aussi des conseillers fort utiles dans l'emploi des poisons pour la destruction des ennemis des plantes cultivées.

On sait, en effet, qu'en agriculture, un usage avisé de divers toxiques a donné les meilleurs résultats dans la lutte contre les parasites de nombreux végétaux. Un humoriste a pu dire que nous ne récoltons que ce que les parasites veulent bien nous laisser. La perte moyenne de la production agricole est de 15 p. 100, représentant, par exemple, 2 millions de dollars-or en U. S. A. L'emploi des parasiticides n'a, évidemment, pu obtenir quelque succès, qu'en ayant pour base une étude fort sérieuse des toxiques appropriés à cette lutte et il ne peut être recommandé qu'à des agriculteurs suffisamment avertis des dangers que ne manquerait pas de présenter un usage inconsidéré de ces produits.

Il est certain que, dans la moindre bourgade, le pharmacien est susceptible de rendre les plus grands services en apprenant aux agriculteurs les précautions à prendre dans la manipulation de l'acide cyanhydrique, employé si couramment dans la lutte contre le "pou de San José" qui ravage les vergers, dans l'utilisation du phosphure de zinc pour la destruction des courtilières et des taupes, ou des arséniates de chaux ou de plomb, qui combattent si efficacement le doryphora de la pomme de terre et les parasites des fruits et de la vigne.

Notre éminent président, M. le Professeur Perrot, a attiré l'attention sur l'importance de ces questions pour le pharmacien. Une nouvelle branche de la pharmacie, la phytopharmacie, se fait jour, et dans plusieurs enseignements de nos Facultés nos étudiants apprennent la préparation, l'usage et l'action des toxiques les plus couramment employés en agriculture.

Une revue récente de M. Métadier a, d'ailleurs, contribué à vulgariser cette notion chez nos confrères, et dans une Commission, siégeant au Ministère de l'Agriculture, la pharmacie, représentée par ses membres les plus écoutés, contribue à l'établissement du statut de la phytopharmacie qui, logiquement et légalement, ne doit pas échapper aux pharmaciens.

Plusieurs cas d'intoxication ont été relevés à la suite d'erreurs dans l'emploi d'arséniates en viticulture, et l'on ne doit pas jouer imprudemment avec des poisons aussi dangereux que le phosphure de zinc, l'arsenic ou le plomb. Il est nécessaire que les Syndicats pharmaceutiques agissent en liaison avec les Syndicats agricoles régionaux pour faire triompher cette opinion de bon sens ; il est nécessaire aussi que nos confrères installés dans les régions où cette lutte contre les parasites est la plus intensive, se rendent compte de l'importance pharmaceutique de ce problème, et qu'ils soient bien assurés de toujours trouver auprès de leurs anciens maîtres spécialisés dans ces questions, les conseils les plus éclairés, afin que la phytopharmacie prenne le développement qu'il convient dans un pays aussi agricole que le nôtre. C'est en suivant cette ligne de conduite qu'ils feront apparaître leur utilité de façon encore plus manifeste à la campagne ; ils n'y perdront d'ailleurs rien, ni en estime, ni en profit.

Je dois m'excuser d'accorder une part si importante au rôle du pharmacien dans l'étude et la manipulation des toxiques dans des domaines si étendus et si variés, car un tel exposé peut paraître un plaidoyer sur l'importance de l'enseignement qui m'est confié. Mais les Grecs désignaient par le terme « φάρμακον » aussi bien le poison que le médicament, et rien de ce qui intéresse le poison comme le médicament ne doit être étranger au pharmacien.

D'ailleurs, je voudrais tirer encore un dernier enseignement des exemples que je viens de citer : c'est l'importance prise par les poisons gazeux ou volatils dans toutes leurs applications industrielles ou agricoles. Ce n'est plus le seul oxyde de carbone qui doit intéresser le pharmacien en tant que toxicologue et hygiéniste. C'est une foule de gaz bien plus dangereux encore : l'acide cyanhydrique, l'hydrogène arsénié, les arsines, le phosgène, et combien d'autres, tellement actifs qu'ils peuvent rapidement semer la mort dans les plus cruelles souffrances. Ces toxiques gazeux ont eu, hélas d'autres utilisations que la destruction des rats et des parasites, et ce chapitre de la toxicologie constitue un développement logique de l'œuvre remarquable accomplie au cours de la guerre par une pléiade de pharmaciens travaillant à la Faculté de pharmacie de Paris, sous la direction savante et éclairée de M. le Professeur Lebeau.

Celui-ci, sans jamais ménager sa peine et son dévouement, mit à la disposition de la patrie sa précieuse expérience et son remarquable esprit d'organisation. Sous son active impulsion, ses collaborateurs s'attachèrent à l'étude de bien des problèmes d'un intérêt primordial relatifs à la chimie et à la toxicologie des gaz de combat, ainsi qu'aux procédés de protection les plus efficaces contre leur action nocive.

Autour des Professeurs Moureu, Délépine, Bertrand, Desgrez, de nombreux pharmaciens, membres du corps enseignant, ou praticiens dont la compétence avait été reconnue par leurs travaux antérieurs, étudiaient la préparation des gaz toxiques, et les méthodes ainsi établies, transposées dans l'industrie, permirent de réaliser rapidement des tonnages considérables de ces produits si abondamment consommés et de répondre aux attaques similaires que subissaient nos soldats.

Tandis que se poursuivaient ces recherches, comme il était nécessaire de documenter, sur l'emploi militaire des gaz, les officiers spécialisés des corps de troupe, un enseignement approprié fut organisé à leur intention. Pendant près de trois ans, plus de 11.000 officiers se sont succédé dans les amphithéâtres de la Faculté de Pharmacie de Paris, tirant le plus grand profit des cours dirigés avec tant de science par mon distingué collègue et excellent ami, le Professeur Tassilly.

Une page glorieuse fut ainsi ajoutée au Livre d'or de notre profession, et qu'il me soit permis de proclamer que la Pharmacie a bien mérité de la Patrie. C'est un satisfecit qui, venant de moi, vous paraîtra fort modeste, mais c'est un éloge bien légitime, une première récompense en tous points méritée par notre profession.

Cette pratique de la toxicologie des gaz est, d'ailleurs, poursuivie par nos confrères dans toute la France, dans l'organisation de la défense des populations civiles contre le péril aérochimique.

Une telle organisation est de toute nécessité et doit être confiée à des instructeurs avertis. Où trouver un cadre meilleur et plus adapté que parmi nos confrères qui ont su apporter magnifiquement la preuve de leur compétence et de leur dévouement pendant la grande guerre ? C'est d'ailleurs un fait que la Ligue de défense aérienne a recours aux pharmaciens pour l'instruction de la population, et je tiens à signaler l'effort persévérant de notre collègue Bruère, du Professeur Morel et de tant d'autres confrères, dans cette admirable tâche dont l'intérêt ne saurait échapper à aucun d'entre vous.

Le rôle des pharmaciens aux heures tragiques de 1914 dépasse d'ailleurs ce cadre de l'étude des gaz asphyxiants. Le Gouvernement eut besoin, de toute urgence, de chimistes ; il fallait du benzène, il fallait du phénol, il fallait des explosifs, il fallait des médicaments, tous produits pour lesquels nous étions largement tributaires de l'étranger. Le rôle de nos Maîtres : Béhal, Moureu, secondés par nos éminents collègues,

Valeur, Blaise, Sommelet, Leroux, ne saurait être passé sous silence. Dans l'organisation de l'industrie chimique dans ces circonstances difficiles, lorsque l'on fit appel à la collaboration de tous les chimistes de France, les pharmaciens surent se montrer les dignes élèves de Berthelot et de Moissan, et apportèrent une large contribution à cette œuvre indispensable.

Aux heures plus pacifiques et moins troubles qui succédèrent à la grande tourmente, l'industrie chimique poursuivit son essor, et, en particulier, l'industrie pharmaceutique, qu'il s'agisse de la préparation synthétique de médicaments, si utiles en thérapeutique ou de produits biologiques dont l'emploi s'est répandu si rapidement, parallèlement aux progrès de la biochimie. Dans toutes ces industries, on trouve dans les états-majors, des pharmaciens, et dans les laboratoires de recherche, aussi bien qu'à l'usine, de très nombreux postes sont tenus également par des pharmaciens. Les industriels apprécient, d'ailleurs, tellement la collaboration de nos confrères, si bien préparés déjà par leurs études, qu'ils n'hésitent pas à demander la création, dans notre Faculté, d'un cours de perfectionnement où les jeunes pharmaciens se destinant à l'industrie, se documenteraient d'une façon particulière sur les applications à l'industrie pharmaceutique des connaissances acquises au cours de leur scolarité normale.

De tels cours de perfectionnement répondant à de nouveaux besoins de notre profession, et destinés à rapprocher de leurs Maîtres de la Faculté les praticiens désireux de suivre l'évolution des sciences appliquées à la pharmacie, existent d'ailleurs déjà grâce à l'initiative de dévoués collègues. Aux cours de perfectionnement de biochimie et de microbiologie, viennent de s'ajouter ceux d'optique médicale créés par le Professeur Tassilly, et tous remportent auprès de nos confrères, curieux de savoir, un succès permettant de bien augurer du développement d'une telle organisation et de la bonne volonté du pharmacien.

Abordons, si vous le permettez, un côté plus bucolique, mais non moins important, du rôle scientifique et social du pharmacien. Il existe, à la Faculté de Pharmacie de Paris, une galerie ornée d'une superbe collection de Besnard que je ne cesse d'admirer. Parmi ces chefs-d'œuvre, la «cueillette des simples» est un de ceux qui sont le plus fréquemment reproduits. Cette cueillette des simples nous rappelle, à tous, nos excursions botaniques et mycologiques d'une utilité incontestable dans l'exercice de notre profession, mais elle ne représente, certes, plus ce qu'est maintenant la récolte des plantes médicinales qui s'est, elle aussi, considérablement modernisée et perfectionnée sous l'impulsion intelligente et énergique de notre éminent président, le Professeur Perrot.

Cet excellent Maître s'est efforcé de convaincre nos confrères installés dans les régions les plus favorables, de la nécessité de développer la production des plantes à intérêt thérapeutique, et d'en assurer une récolte rationnelle et pratique.

Ses conseils ont été suivis, d'ailleurs, non seulement en France, mais également aux colonies, où le Professeur Perrot a trouvé auprès de nos confrères le concours le plus empressé. Son action tenace et enthousiaste a porté ses fruits pour le plus grand bien de la balance commerciale de notre pays.

L'Office national des matières premières d'origine végétale a été créé par le Professeur de Matière médicale de la Faculté de Pharmacie de Paris dont les efforts viennent enfin de trouver leur récompense par l'attribution d'une distinction bien méritée et unanimement applaudie par les pharmaciens.

Le pharmacien de 1935 qui a su profiter des enseignements de ses maîtres, au cours de ses études, peut donc, vous le voyez, Messieurs, utiliser ses connaissances dans les branches les plus variées de l'activité humaine, et jamais il ne prendra figure d'ignorant.

M. Homais a, certes, existé, voulant discuter de toutes choses avec une parfaite suffisance, sans jamais se rendre compte du ridicule dont on se couvre à n'envisager les problèmes scientifiques qu'en surface, et à n'étayer son opinion que sur son autorité et sa compétence personnelles, signes éclatants d'outrecuidance et d'insondable sottise. Que ce M. Homais ait servi à alimenter la critique de notre profession et à légitimer parfois le terme, un tantinet péjoratif, de «potard», aucun de nous ne saurait le nier, mais M. Homais a vécu ; se rendant vraiment compte de l'intérêt qu'il y a de toujours mieux meubler son esprit, le pharmacien peut et doit se faire une idée élevée du rôle qu'il tient dans la cité moderne, et le jeune étudiant, ne négligera aucun effort pour acquérir des connaissances si précieuses pour lui-même et si utiles pour tous.

Qu'on ne me dise pas, comme quelques désabusés « A quoi sert-il de faire tant d'efforts, tant de sacrifices, pour vivre une misérable existence de modeste commerçant ? ». Loin de moi l'idée de nier la partie commerciale de notre profession et de ne pas lui attribuer toute la valeur qu'il convient, mais, cependant, est-il si difficile d'allier le point de vue commercial au point de vue scientifique, sans conserver comme seul livre de chevet un bulletin de variations des prix courants de droguiste ? Et ne serais-je pas en droit de reprocher à ceux qui n'admettent que commercialisation à outrance combien il est navrant de voir les devantures de leurs officines garnies d'affiches et de réclames pour les produits les plus charlatanesques contre ces spécialités qu'ils vendent, d'ailleurs, avec empressement, ils ne ménagent cependant pas leurs critiques pour la seule raison que ce ne sont pas leurs propres produits, ce qui diminue évidemment leurs bénéfices. Ce n'est certes pas en agissant ainsi que l'on peut songer à maintenir la bonne renommée de notre profession.

A l'heure où, par suite de la pléthore, l'avenir des professions libérales apparaît peu brillant, au lieu de se laisser aller à des critiques et de ne faire œuvre que de destructeurs, il faut bien au contraire rechercher avec courage et avec foi des solutions hardies basées, certes, sur des sacrifices communs, mais dont le fardeau apparaît moins lourd, s'ils sont librement et unanimement consentis.

Dans cette organisation, j'estime que l'utilisation des connaissances scientifiques des pharmaciens dans tous les domaines que je vous ai indiqués doit être développée, et je suis sûr que nos confrères sauront toujours se montrer dignes de la confiance qui leur est témoignée, et dignes des enseignements qu'ils ont reçus.

Et c'est à vous que je m'adresse, mes jeunes amis, vous qui allez entrer dans la carrière pharmaceutique et qui, malgré l'optimisme de vos jeunes ans, n'envisagez peut-être pas sans anxiété vos débuts dans la profession. Je vous dis d'avoir confiance, car c'est ma conviction, comme me le disait autrefois mon patron de stage « : on n'a pas encore d'exemple que le travail et la connaissance professionnelle ne reçoivent tôt ou tard leur récompense. » Ne supprimez donc rien ni à votre ardeur ni à votre enthousiasme. C'est d'ailleurs un signe incontestable de médiocrité que d'être dépourvu d'enthousiasme. Il serait enfantin de vous dire que la vie n'est faite que de ris et de jeux ; elle vous réserve, comme elle a réservé à vos parents, bien des luttes et bien des peines, mais dites-vous bien que nul n'a tremblé en entrant dans la vie, car votre âge ne permet pas l'hésitation.

Ne perdez jamais le goût de la vie ; vous trouverez l'existence savoureuse si vous n'attendez d'elle que ce qu'elle peut vous donner. On a parfois trop tendance à lui demander l'impossible, ne songeant qu'à son propre intérêt qui veut la réalisation égoïste et immédiate des désirs, et non à l'intérêt général qui sait s'imposer des sacrifices pour le bien commun et la meilleure vie de ceux qui nous succéderont dans la carrière.

Si telle est votre ligne de conduite, si vous abordez l'existence sans crainte de l'adversité, en aimant vraiment votre métier de pharmacien, en en voyant toute la noblesse qui en compense bien des ennuis, en étant forts de votre valeur scientifique la seule illusion que vous puissiez vous faire c'est de supposer que la vie est très longue. Pour un homme actif, travailleur, conscient de son rôle dans la société, les jours, les années s'envolent très vite, mais lorsque vous jetterez, plus tard, vos regards en arrière, vous devrez toujours pouvoir vous dire en considérant l'œuvre accomplie que vous avez agi en honnête homme, en honnête praticien. Placez très haut votre idéal, en vous disant que, partout, il y a le bien à faire, la vérité à rechercher.

Le bien à faire ! Le pharmacien est, avec le médecin, le citoyen qui peut le plus souvent répandre cette manne; il faut

croire au bien qui est aussi réel que le mal, mais qui peut créer quelque chose, tandis que le mal ne peut qu'être destructeur.

La vérité à rechercher ! Ne pouvez-vous songer à plus suprême délaissement des soucis de votre officine, qu'à fréquenter votre bibliothèque et votre laboratoire et à tenter de participer, en travailleur modeste, à cette lutte si belle qu'est celle que l'on doit mener pour découvrir le vrai.

Il n'y a vraiment, mes chers élèves, qu'une base de vie heureuse, c'est la recherche du bien et de la vérité. Ne comporte-t-elle d'ailleurs pas en soi sa récompense, cette ligne de conduite, où, à côté de la satisfaction si humaine de faire le bien, se place la joie inégalable qu'est la joie de connaître, cette joie de connaître qui console merveilleusement de la médiocrité, de la mesquinerie et de la sottise des hommes, et qui permet de vivre dans l'espoir et le rêve, un rêve infiniment désintéressé.

Ne croyez pas que de telles joies soient vraiment inabordables. Je sais bien des confrères qui les connaissent, qui y puisent la force de vivre et qui en recueillent les satisfactions les plus enviables.

Excusez-moi de cette leçon de morale intempestive et probablement inutile, mais, voyez-vous, mes chers élèves, j'ai la sensation que l'individualisme, d'où dérivent sans conteste l'égoïsme et l'étroitesse de pensée, doit s'effacer devant l'altruisme, plus large, plus beau et plus productif. Et à notre époque où l'on a tendance à ne pas voir toujours les problèmes d'assez haut, les leçons d'altruisme ont parfois leur utilité.

Mais je voudrais, enfin, mes chers confrères, en terminant, me laisser aller à mon optimisme naturel, en vous fortifiant dans la haute opinion qu'on a de la pharmacie française dans le monde entier. J'ai souvent saisi quelque surprise chez divers collègues étrangers, au cours des Congrès internationaux, lorsque de distingués confrères, et moi-même, nous nous parions, comme premier titre de gloire, de celui de Pharmacien. Et bien des chimistes, bien des biologistes, concevaient difficilement que les pharmaciens pouvaient avoir acquis par leurs études les connaissances leur permettant de résoudre avec succès les problèmes scientifiques les plus variés. N'est-ce pas là le plus bel éloge de notre formation, le satisfecit le plus précieux pour notre enseignement, et la certitude que le pharmacien français occupe dans le monde la place la plus enviable ? Acceptez ce patrimoine, mes chers élèves, et dites-vous bien qu'en alliant nos efforts et notre bonne volonté, nous le laisserons plus précieux encore à ceux qui nous suivront dans la profession de Pharmacien.

« L'évolution du monde fait que la chirurgie se démocratise de plus en plus.

Le nombre des chirurgiens s'accroît d'année en année au delà des besoins, et, disons-le, au détriment de la qualité. Il est nécessaire que de sérieuses études façonnent « une âme aristocratique » comme l'a dit Leriche, à ceux qui aspirent à la chirurgie.

Il est bon que la complexité de leur formation montre aux futurs chirurgiens qu'ils sont appelés à entrer dans une élite, aussi bien dans l'ordre moral que dans l'ordre social et intellectuel.

La hantise de la richesse, que l'on veut n'importe comment, — et vite, — fait que pour beaucoup cette formation morale a été négligée.

Ceux qui ont suivi notre génération ont été une génération pressée, les événements en ont été la cause. Ils ont voulu faire leur trouée dans le monde sans se soucier du voisin, que dis-je, en bousculant sans pitié tous les voisinages qui les gênaient.

Dès lors, il n'y a plus eu que des égoïsmes souvent féroces, qui se sont affrontés.

Le nombre des chirurgiens médiocres augmentera encore du fait que les situations de chirurgiens passent pour belles et que la plupart des esprits médiocres sont attirés par l'argent.

Ce sont ces chirurgiens médiocres dont il faut diminuer le nombre.

Mais ne croyez-vous pas que les jeunes soient excusables, parce que l'éducation qu'ils ont reçue durant la période de facilité ne les a pas préparés aux difficultés.

L'ambiance matérialiste du monde contemporain, les moyens employés par d'autres de s'enrichir vite et sans effort, le manque de formation du caractère expliquent bien des défaillances. » (Professeur Gaston MICHEL, de Nancy, Congrès de chirurgie. Discours d'ouverture.)

CHRONIQUE

L'examen préventif des étudiants

Parmi les surprises tragiques qui brisent la carrière d'un étudiant en médecine, la présence d'une tuberculose peu soupçonnée, voire même totalement ignorée, occupe une place de première importance. Puisque, quelquefois, le bacille s'attaque aux étudiants au cours des études, qui deviennent alors fatales, il est indispensable de dépister les victimes éventuelles, particulièrement prédisposées. Dans le cas contraire, on risque d'avoir affaire à une primo-infection tuberculeuse plus ou moins grave, ou bien au réveil d'un foyer ancien, l'un comme l'autre pouvant être mortels.

Pour éviter, aux étudiants menacés (1), une existence gâchée, une campagne sérieuse a été déclenchée dans les journaux de médecine. Et, sur l'initiative du Professeur Carnot, la Société médicale des hôpitaux de Paris a, dans sa séance du 14 décembre 1934, émis un vœu en faveur de l'institution d'un examen préventif antituberculeux, dont bénéficieraient, en même temps que les étudiants en médecine, les infirmières.

Les vœux ont la réputation, malheureusement par trop connue, de rester très longtemps, sinon toujours du domaine de l'irréalisable. Les Congrès d'hygiène, en France et à l'étranger, offrent l'exemple extraordinaire des vœux à répétition. Pendant de longues années, ces questions brûlantes gardent leur actualité et dorment paisiblement dans les archives, ce tombeau glorieux de tant d'initiatives hardies ou modestes.

Puisque toute règle connaît ses exceptions, le vœu sur la nécessité de procéder à un examen préventif a eu un sort heureux. En effet, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, d'accord avec l'Assistance publique, organise cet examen, réclamé à juste raison. Il fonctionne donc, dès la rentrée d'octobre, le soir, à l'hôpital Laënnec, à 8 h 30, une consultation où seront convoqués individuellement les étudiants, au moment de leur première inscription : grâce à un examen clinique, et, éventuellement, radiologique et bactériologique, grâce aussi à une cutiréaction à la tuberculine, on dépistera les jeunes gens déjà atteints, et surtout les prédisposés, les fragiles, les « anergiques » qui pourraient se contaminer dans les salles d'hôpital, dès leur contact avec les bacillaires.

Comme le fait remarquer, M. G. Fischer (2) dont la voix autorisée ne manquera pas d'être entendue, il est nécessaire que familles et jeunes gens soient prévenus des dangers spéciaux auxquels sont exposés, dès le début, les étudiants au contact des bacillaires, lorsque leurs réactions sont anergiques : mieux vaudrait pour eux ne pas s'engager dans une carrière dangereuse et fatigante, et vivre loin des contaminations massives.

L'examen, à l'entrée de la Faculté, sera donc comme une sorte de « conseil de révision » tendant à éliminer par persuasion les plus exposés : c'est là une forme excellente de prophylaxie. A la vérité, ce triage devrait se faire pendant le P. C. N., ainsi que l'a demandé le Professeur Carnot lui-même, au Conseil de la Faculté.
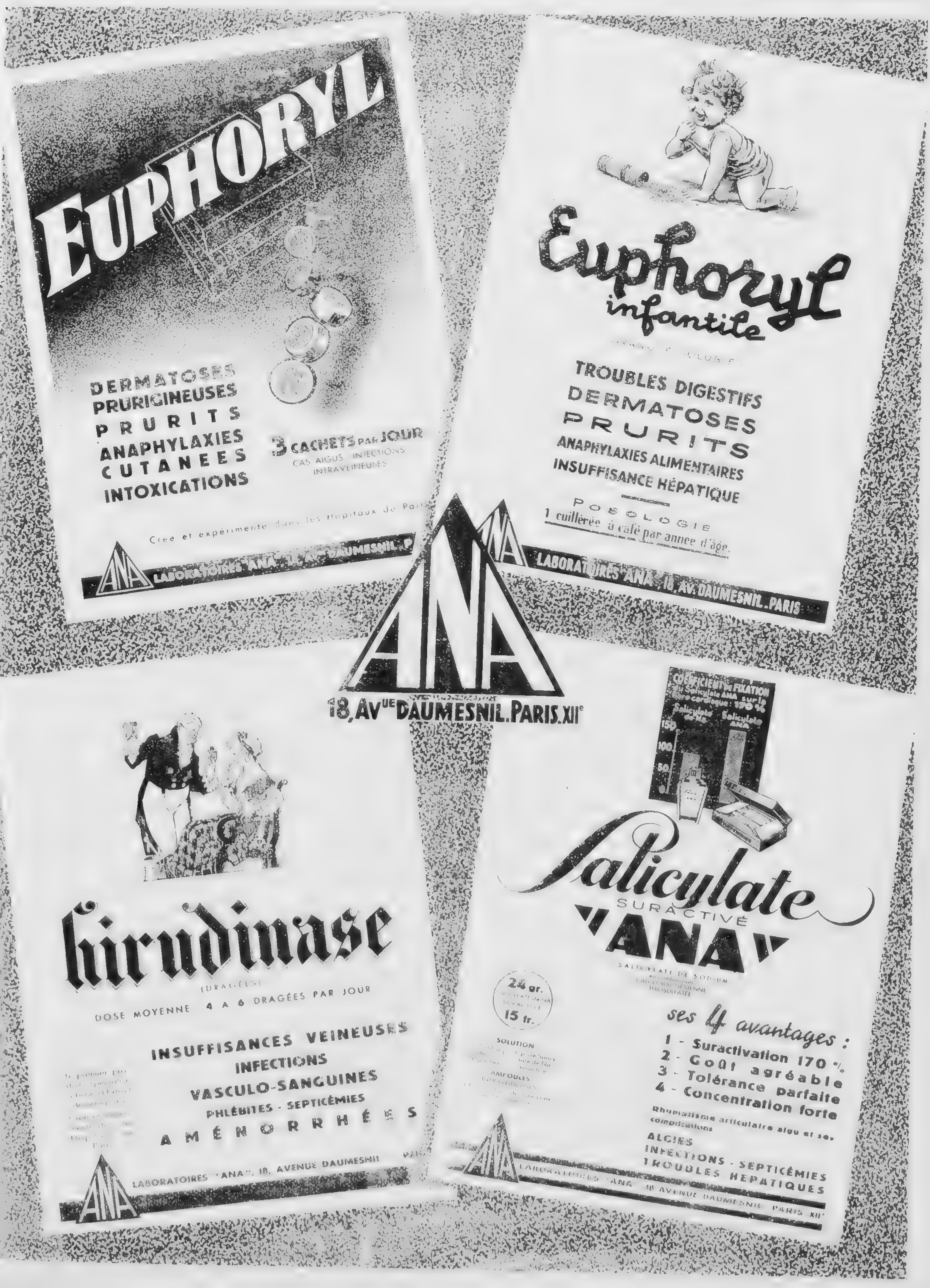
* * *

L'expérience, tentée, à Paris, auprès des étudiants en médecine, si elle donne des résultats probants, — et, à ce sujet, aucun doute n'est possible — indiquera aux autres Facultés et Établissements d'enseignement supérieur, la voie à suivre, voie rationnelle, à moins que l'on trouve un plaisir spécial à peupler les carrières libérales par des « déchets de toutes sortes ». On étendra, d'autant plus, à tous les étudiants, l'examen préventif, que son avantage a été déjà démontré pour Strasbourg, où, comme nous le disent MM. Vaucher et Strauss (3), dans un article instructif qu'ils viennent de publier les étudiants de l'Université ont, depuis 1929, la possibilité de faire vérifier leur état de santé

(1) G. ICHOK. — La grande fatigue de la vie de l'étudiant et du médecin. *Le Progrès Médical*, p. 188, 4 février 1928.

(2) G. FISCHER. — L'institution, pour les étudiants en médecine, d'un examen préventif antituberculeux. *Concours Médical*, 28 juillet 193[illegible] p. 2199.

(3) VAUCHER et STRAUSS. — Les examens de médecine préventive de la tuberculose chez les étudiants. *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, t. 57, n° 7, 1935, pp. 506-521.


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANÉES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES ANA 18 AV. DAUMESNIL P
Euphoryl infantile
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES ANA 18, AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Av^ue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL PARIS
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
24 gr.
15 fr.
SOLUTION
AMPOULES
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA" 18 AVENUE DAUMESNIL PARIS XIIe

en se soumettant à des examens dits « de médecine préventive » qui sont pratiqués, d'une manière complète, dans les cliniques de la Faculté de médecine. Deux séances sont habituellement consacrées à ces examens : au cours de la première sont effectués les examens oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques et dentaires. La deuxième est réservée aux examens cliniques et radiologiques : relevés des antécédents héréditaires et personnels des troubles habituels, mensurations diverses, taille, poids, pouls, tension artérielle, etc., examen des urines, radioscopie du thorax, examens cliniques des divers appareils.

Aux investigations systématiques dont l'importance n'échappera à personne s'ajoutent, le cas échéant, les divers examens complémentaires, devenus nécessaires, à la suite ces constatations faites : radiographies diverses, électro-cardiogramme, transit intestinal, examens neurologiques, psychiatriques, dermatologiques, hématologiques, mesure du métabolisme basal, etc... Sont, en définitive, pratiqués, dans chaque cas, tous les examens indispensables pour aboutir à un diagnostic aussi précis que possible.

A l'issue des divers examens, le clinicien ayant sous les yeux les résultats des investigations si variées, condensés dans des dossiers individuels, inscrit, dans ceux-ci, un résumé des constatations faites, et formule les conseils opportuns, communiqués par écrit aux intéressés. Aucun traitement médical, n'est prescrit et les étudiants, dont l'état nécessite une action thérapeutique, sont engagés à s'adresser à leur médecin à qui leur dossier peut, s'ils le désirent, être communiqué.

Certaines difficultés financières, avec lesquelles Strasbourg, comme tant d'autres Universités, se trouve aux prises, ne permettant point encore de faire bénéficier de ces examens la totalité des étudiants, la Commission universitaire de médecine préventive les a réservés, en premier lieu, aux étudiants qui s'immatriculent ou s'inscrivent pour la première fois à l'Université de Strasbourg, c'est-à-dire, en général, aux étudiants de première année.

Il est heureux de subir, au seuil d'une carrière, un examen qui doit jouer le rôle d'une judicieuse orientation professionnelle. En effet, les jeunes gens ont tout intérêt à s'assurer que leurs moyens physiques sont de nature à leur permettre d'atteindre l'objectif visé. La politique d'autruche n'est pas à conseiller. Il faut savoir à quoi s'en tenir, et dans les cas d'insuffisance relative, s'instruire des précautions à mettre en œuvre pour y parer.

* * *

Cinq années se sont écoulées depuis l'inauguration des examens chez les étudiants de Strasbourg, et pour porter un jugement sur leur utilité, on ne peut mieux faire que de laisser le langage sec des chiffres exercer son éloquence persuasive. Citons donc MM. Vaucher et Straussi, qui nous disent que 1.571 étudiants ont subi, d'une manière complète, les divers examens de médecine préventive. On a, de cette façon, relevé : 39 cas de tuberculose pulmonaire dont 29 ont été décelés, 593 cas de lésions radiologiquement suspectes ou cicatricielles du poumon, du hile ou de la plèvre, dont 328 étaient à surveiller ou à revoir.

En ce qui concerne les affections du cœur, on a trouvé :

Vingt et une lésions valvulaires confirmées, dont trois relevées en 1933, 1934 et 1935 étaient méconnues.

Dix cas suspects de lésions de cette nature.

Cent cas d'augmentation de volume du cœur, dont trente neuf dans les statistiques de 1933 à 1935 ont paru légitimer une surveillance.

Dans ces mêmes statistiques :

Vingt cas d'hypertension artérielle, et, enfin un certain nombre de cas de troubles fonctionnels.

Du côté du tube digestif, il a été observé, en dehors de manifestations diverses :

Quarante-trois cas de troubles appendiculaires, dont vingt-trois méconnus et dix-neuf douteux à surveiller.

Vingt-deux cas de troubles hépatiques, dont quatre décelés.

Quatre cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum dont deux méconnus et deux suspects.

Douze cas de splénomégalie à des degrés peu marqués (trois d'origine probablement palustre, et deux s'accompagnant de mononucléose).

Il faut citer encore :

Une tuberculose vésico-rénale décelée et chez qui la néphrectomie a été jugée nécessaire.

Quarante-huit cas d'albuminurie limitée à des traces dans seize cas, dont la plupart étaient méconnus et dont un certain nombre étaient de nature orthostatique.

Soixante-dix huit cas d'affections du corps thyroïde, dont soixante et un cas de goitre, à des degrés divers, quatre cas d'insuffisance thyroïdienne, un cas de maladie de Basedow décelé, et douze cas d'hyperthyroïdie avec légères manifestations Basedowiennes.

Cinquante-neuf cas de mauvais état de nutrition.

Il faut ajouter, pour compléter ce bilan déjà impressionnant, d'assez nombreux cas de nervosisme, des cas multiples d'affections chirurgicales, bénignes, des vices d'attitude ou de constitution, des affections cutanées, etc...

Il convient enfin de mentionner de très nombreux cas de caries dentaires, de vices de réfraction et d'infection amygdalienne.

Pour les trois dernières années, sur 761 étudiants vus à la Clinique dentaire, 130 seulement avaient une bouche en bon état ; 626 présentaient des lésions dentaires à des degrés divers, 56 d'entre eux étaient en traitement.

Durant la même période, 759 examens pratiqués à la Clinique d'ophtalmologie ont été négatifs dans 204 cas, mais il a été relevé : 399 cas de myopie ou d'hypermétropie simples ou compliquées d'astigmatisme, méconnus dans 241 cas et mal corrigés dans 49. En outre, 35 cas de daltonisme ont été décelés.

Cette courte statistique suffit pour entraîner la conviction des hésitants et incrédules. Pour une fois, le bref relevé permettra, à la statistique tant de fois insulté et calomniée, de triompher. Mais n'oublions pas surtout la satisfaction, éprouvée par des hommes d'action qui garantissent les candidats à un diplôme universitaire contre la destinée d'un « raté », contre ces souffrances et ces désespoirs parfaitement évitables.

G. Ichok.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tuberculose

Le problème du diagnostic différentiel entre la dilatation bronchique et la tuberculose est parfois assez difficile à résoudre. Les symptômes communs, qu'on rencontre assez souvent dans les deux maladies, sont les suivants :

Les symptômes généraux qui peuvent être attribués à l'imprégnation bacillaire de l'organisme : amaigrissement, asthénie, instabilité thermique ou même fièvre plus ou moins élevée.

Les symptômes fonctionnels : toux avec expectoration d'abondance variable et souvent hémoptoïque. Parfois l'expectoration manque et on trouve seulement la toux et des hémoptysies répétées comme dans la forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique, isolée par Bezançon et ses collaborateurs.

Les signes d'auscultation de la dilatation bronchique sont souvent ceux d'un syndrome cavitaire : souffle avec râles bulleux ou consonnants. Les râles peuvent occuper une surface plus ou moins étendue des champs pulmonaires. Dans la même région on trouve aussi à la percussion des zones de matité avec modification des vibrations vocales.

L'aspect radiologique de la dilatation bronchique est aussi fréquemment trompeur étant représenté par des taches et des marbrures plus ou moins denses et même des aspects lacunaires.

On voit donc que le diagnostic ne peut pas se baser ni sur les symptômes généraux, ni sur les signes fonctionnels, ni sur l'examen stéthacoustique, ce dernier étant le plus trompeur de tous. En effet, il fait penser au ramollissement tuberculeux avec ses râles bulleux et consonnants et les autres signes de syndrome cavitaire.

Au contraire, l'examen approfondi des images cavitaires peut, comme l'a montré Ameuille, faire diriger le diagnostic vers la dilatation bronchique.

Ainsi on voit sur les clichés des images cavitaires mais qui généralement ne sont pas accompagnées de taches opaques correspondant aux condensations qu'on retrouve si fréquemment au cours de la tuberculose pulmonaire. Ameuille croit

« que l'abondance des images cavitaires et la rareté des images de condensation plaide pour la dilatation bronchique ».

Le diagnostic ne peut être sûrement établi qu'après avoir fait le lipiodolage bronchique qui montre toujours les bronchectasies et en même temps l'examen bactériologique des crachats. Dans les cas où on soupçonne qu'en même temps que la dilatation bronchique il existe des lésions bacillaires du poumon, si la bacilloscopie des crachats ne se montre pas positive, il faut répéter plusieurs fois les examens et avec les procédés les plus sensibles.

(G. Vaja (de Bucarest. — Tuberculose et dilatation bronchique. *Gazette des hôpitaux*, 10 août 1935.)

Que devient l'hypothèse de l'ultra-virus tuberculeux ? — Des expériences montrent que le bacille tuberculeux peut passer à travers le filtre Chamberland L³. D'autre part, quand les filtrats ne contiennent pas de bacilles après électrophorèse, on ne trouve pas non plus de bacilles dans les ganglions des cobayes inoculés avec ces filtrats. Par contre, lorsque dans un filtrat on est parvenu à déceler la présence de bacilles, on les a également retrouvés dans les ganglions inoculés avec ce filtrat, sauf dans deux cas.

« Ce que nous croyons avoir démontré, c'est que les bacilles visibles sont capables de traverser les filtres, ce qui expliquerait les phénomènes signalés et attribués à un ultra virus tuberculeux. Ce virus existe-t-il ? Il appartient aux partisans de cette hypothèse d'en apporter la preuve expérimentale. »

(Henry Plotz. Contribution à la discussion sur l'existence de l'ultra-virus tuberculeux. *La Presse Médicale*, 14 septembre 1935.)

Neuro-psychiatrie

On donne le nom d'épilepsie réflexe à la variété d'épilepsie qui est produite par toute cause qui, en irritant anormalement une partie quelconque de l'organisme autre que l'encéphale, détermine des modifications cérébrales qui se traduisent cliniquement par une crise d'épilepsie.

Malgré le grand nombre d'observations d'épilepsie réflexe que l'on relève dans la littérature médicale, cette forme d'épilepsie est très rare.

Les observations publiées sont loin d'avoir la même valeur et nombre d'entre elles ne répondent pas aux caractères essentiels qui doivent présenter les accidents de cet ordre.

Le diagnostic de l'épilepsie réflexe présente un grand intérêt au point de vue médico-légal (accidents du travail). On doit d'abord tenir compte des coïncidences possibles et éliminer les observations d'épilepsie idiopathique dans lesquelles la première crise seule semble d'origine réflexe ; les parents des malades sont toujours portés à trouver une explication simple à la première manifestation de la maladie.

On doit également séparer de ce groupe les cas dans lesquels un élément psychique tel que : émotion, douleur, est intervenu en même temps que l'irritation périphérique. Il faut aussi considérer comme peu probants les exemples dans lesquels l'épilepsie a évolué comme la forme dite idiopathique après qu'un temps de latence plus ou moins long s'est écoulé entre la prétendue cause périphérique et le premier accès. Bien des cas décrits sous la dénomination d'épilepsie réflexe traumatique ne sont que des cas d'épilepsie dite idiopathique dans lesquels le trauma périphérique n'a joué aucun rôle. Ne doivent être considérés comme indiscutables que les cas où les crises ont pu être rappelées par l'irritation de la partie traumatisée. Il faut aussi se défier des observations dans lesquelles les crises ne se sont plus reproduites à la suite de la suppression de la prétendue cause irritative, après un traitement aussi simple qu'une piqûre d'atropine, l'ablation d'un ongle incarné, l'application de bains chauds locaux, etc. Dans la plupart de ces observations, le diagnostic est mal établi et il semble qu'il s'agisse de crises émotives ou pithiatiques. Bien des accidents décrits sous le terme de convulsions réflexes revêtent plutôt les caractères des accès hystériques. C'est ainsi qu'il est souvent noté qu'il faut maintenir les malades pendant la crise, à cause de leurs contorsions. D'ailleurs les cas d'épilepsie réflexe sont devenus exceptionnels depuis que l'on sait mieux distinguer les accidents comitiaux des phénomènes pithiatiques. Enfin, il ne faut pas faire rentrer dans le groupe de l'épidémie réflexe les états syncopaux, les simples vertiges d'origine digestive. Il est curieux de noter que, dans l'épilepsie réflexe, les accidents de l'épilepsie psychique ne sont généralement pas observés.

On ne doit admettre comme crise épileptique réflexe que celle où il y a un rapport net entre l'irritation sensitive, sensorielle ou sympathique et l'accident convulsif qu'il s'agisse de sujets qui n'ont jamais présenté de crises épileptiques ou d'épileptiques avérés. Parmi ces cas, il y a lieu encore de faire des distinctions au point de vue pathogénique. Dans l'épilepsie appendiculaire, il semble que les crises soient dues à la bradycardie qui entraîne l'arrêt circulatoire du cerveau dans l'épilepsie pleuro-pulmonaire, la théorie gazeuse semble actuellement l'emporter sur la théorie réflexe ; dans les convulsions vermineuses, on tend à incriminer un état méningé toxique avec lymphocytose abondante du liquide céphalo rachidien.

Les cas les plus purs d'épilepsie réflexe concernent d'une part certains amputés qui sous l'influence d'une irritation de leur moignon présentent d'abord du clonus limité au membre lésé et plus tard des crises d'épilepsie, d'autre part certains épileptiques chez lesquels on peut provoquer des crises soit par une irritation sensorielle (excitation des nerfs labyrinthiques), soit par une irritation périphérique (percussion tendineuse, choc sur un muscle), et il y a lieu de remarquer que dans ces derniers cas il s'agit souvent de sujets atteints d'épilepsie jacksonienne ou d'épileptiques hémiplégiques infantiles avec phénomènes de spasmodicité. L'alcoolisme chronique, la syphilis sont souvent notés dans les diverses observations. Il y a lieu également de tenir compte dans l'étiologie de l'épilepsie réflexe, des névrites qui se développent à la suite d'un trauma d'un membre).

Dans l'ignorance où nous sommes des modifications cérébrales qui se traduisent cliniquement par une crise épileptique, on ne peut faire que des hypothèses (th. circulatoire, th. dynamique, th. sympathique) sur le mécanisme par lequel une irritation partie d'une région du corps peut produire ces modifications.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que l'épilepsie réflexe ne survient que chez des prédisposés dont le cerveau présente une excitabilité anormale.

(L. Marchand. — De l'épilepsie réflexe. *Paris Médical*, 27 juillet 1935.)

Les états anxieux s'accompagnent d'hypocalcémie souvent associée à une augmentation de la réserve alcaline. Le taux de l'hypocalcémie est à peu près parallèle à l'intensité clinique du syndrome.

Les injections d'extraits parathyroïdiens déterminent une augmentation de la calcémie.

On obtient le plus souvent une amélioration clinique correspondant à l'élévation de la calcémie. Mais il semble que le facteur humoral ne conditionne pas à lui seul tous les états anxieux, en particulier dans les cas où l'anxiété est intriquée à d'autres troubles mentaux.

Le traitement parathyroïdien doit être proposé comme traitement rationnel des troubles humoraux liés aux syndromes anxieux. Il constitue un précieux adjuvant des barbituriques, du belladénal et de la cure de repos.

On procédera prudemment, sous le contrôle des examens humoraux, en maintenant chez ces malades une ration alimentaire suffisante et en complétant au besoin la cure par l'administration de produits calciques.

Il faut cependant reconnaître que c'est une arme qui peut être dangereuse dans certains cas, surtout s'il existe des symptômes de décalcification osseuse et particulièrement chez les adolescents.

(J. Laboucarie et P. Valdiguié. — Les états anxieux et les troubles de la calcémie. *Paris Médical*, 14 septembre 1935.)

« Le jour même où sont parus les décrets-lois, une seule corporation a, spontanément, pris la décision de seconder l'action gouvernementale : ce sont les médecins qui ont proposé l'abaissement de leurs honoraires pour les économiquement faibles. Et ce sont les médecins qui sont visés par la Circulaire comminatoire adressée aux préfets !

Il n'y a évidemment qu'une seule réponse à faire, comme le propose la Confédération des Syndicats médicaux : que le Corps médical se refuse à avoir désormais aucun rapport avec le titulaire actuel du ministère de la Santé publique et cela d'autant mieux qu'il est bien le ministère des incompétences. »

(A. Herpin. — Le ministère des incompétences. *Journal des Praticiens*, 6 novembre 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1935

De l'existence d'un complexe strychno barbiturique. — *MM. V. de Lavergne* et *P. Kissel* signalent que le mélange *in vitro* d'une solution de sulfate de strychnine à 3 p. 1.000 et d'une goutte d'un barbiturique provoque constamment l'apparition d un précipité. Ce phénomène n'a pu passer inaperçu jusqu'ici, qu'en raison de sa moindre netteté en solution à 1 p. 10.0, et de son caractère passager avec certains barbituriques.

L'etude du précipité obtenu avec le sonéryl sodé, montre qu'il ne s'agit pas de précipitation de strychnine, ni de sonéryl, mais de la formation d'un complexe strychno-barbiturique à proportions définies (60/40), de caractères qui lui sont propres, parmi lesquels, l'hypotoxicité.

En sérum, le mélange strychnine sonéryl ne produit pas de précipité. Est-ce parce qu'en ce milieu le complexe formé est soluble ? Est-ce parce qu'il ne s'est pas produit de complexe.

Les auteurs donnent alors les détails de l'expérience cruciale qui démontre qu en sérum le complexe strychno-barbiturique s est formé, soluble et hypotoxique Cette conclusion n'explique pas entièrement le mécanisme de protection réciproque strychno-barbiturique, puisque le complexe formé n'est que relativement hypotoxique. Mais les faits apportés conduisent à considérer le problème, suivant une orientation nouvelle.

Modifications hypophysaires produites par les lésions tubériennes. — *M. Houssay*.

La prévention de la syphilis chez les prostituées, au moyens d'injections bismuthiques. — *M Sonnenberg*, de Lodz (Pologne). — Confirmant les recherches expérimentales de Sazerac, de Levaditi et de ses collaborateurs, de Kolle, de Fournier et Schwartz, M. Sonnenberg montre qu'en injectant préventivement à des prostituées indemnes, du bismuth (*Magisterium bismuthi*) toutes les deux semaines, on les met à l'abri d'une infection syphilitique, dont la fréquence dans les milieux où l'auteur opère est considérable. M. Sonnenberg a commencé ces études en 1927 ; il rapporte actuellement les nouveaux résultats enregistrés de 1930 à 1934. Ces résultats confirment les premiers, en montrant que le traitement preventif par le bismuth a réduit la morbidité de la syphilis, chez les prostituées à 4 et 8 %, le nombre total des cas traités étant de 327 au cours de ces quatre années. Ce qui importe surtout c'est de constater, avec l'auteur, que certaines prostituées se sont contaminées, soit tout au début, alors que la quantité de bismuth en circulation n'était pas suffisante, soit après la cessation de la cure bismuthique. Étant donné que certaines de ces femmes ont été traitées pendant neuf ans, sans interruption, et que pendant cette longue période on n'a observé, chez elles, aucun phénomène d'intolérance, il y a lieu de conclure, qu'appliqué de la sorte, le bismuth est parfaitement supporté, ce qui le sépare de tous les autres médicaments spécifiques connus. Il serait donc désirable, dit *M. Sonnenberg*, que cette méthode prophylactique fût appliquée en grand dans les milieux où la prostitution est surveillée.

M. Levaditi partage cette opinion et émet le vœu que la méthode puisse être étudiée en France et dans les colonies françaises.

Trois années d'assises de médecine. — *M. Henri Godlewski*. — En 1932, le Professeur Carnot, comme président, MM. Jules Renault, Edmond Lesmé, Castaigne, Cestan et Mauriac, comme vice-présidents, fondaient l'*Assemblée française de médecine générale*, « trait d'union scientifique et moral entre les médecins de France ». Elle prenait l'initiative de provoquer périodiquement l'observation clinique en France sur des sujets précis et d'en confronter les résultats en des réunions dites « Assises de médecine ». Depuis trois ans, de deux mois en deux mois, il y a eu dix-huit sessions d'Assises. Chacune d'elles, terminée à Paris, à l'Hôtel-Dieu, et présidée alternativement par un parisien ou un provincial, est précédée d'Assises départementales. Jusqu'à mai 1935, celles-ci avaient donné lieu à plus de cinq cents réunions régionales, organisées soit dans les différentes villes par les soins des délégués regionaux, répartis actuellement dans les deux tiers des départements. La synthèse de ces Assises départementales, qui chaque fois donnent lieu à des milliers d'observations de carrière inédites, fut toujours publiée immédiatement, pour servir d'argument aux Assises de Paris, qui ont lieu au début du mois suivant, et où est votée — *toujours à l'unanimité* — à la fois par les praticiens et les maîtres de la médecine, en parfaite collaboration, une conclusion d'ensemble qui résume l'opinion générale des cliniciens français et est immédiatement diffusée en France et à l'étranger. A chaque session, pour la meilleure contribution de travail apportée aux Assises, l'Assemblée désigne un lauréat, élu, *sans jury*, sur la proposition de ses pairs, à l'unanimité et à bulletins secrets. Des médecins modestes, dont la haute valeur morale et intellectuelle est apparue flagrante, forment aujourd'hui la pléiade de ces lauréats. L'un d'eux, médecin de campagne, fut appelé à présider les Assises sur la diphtérie, dans la chaire de Trousseau, entouré des successeurs de Pasteur et de Roux et des maîtres de la pédiatrie française.

Cette manifestation fut le prélude d'autres initiatives. Dans le premier trimestre de 1935, les Assises furent doublées de cérémonies consacrées à exalter l'épopée de la science médicale : Hommage au *Modèle de l'esprit d'observation* en Claude Bernard ; Fondation du *Premier reliquaire du savant*, au Collège de France ; *Trois siècles d'histoire à la « Charité »*. Les Professeurs d'Arsonval, Roger, André Mayer, Achard, Jean-Louis Faure, Sergent et Roussy écrivirent sur ces sujets les pages qui resteront à la gloire de la coopération de l'esprit de recherches et de l'observation du malade.

L'Italie vient de créer des Assises à l'image des Assises françaises, et à Pâques 1936, auront lieu à Nice les premières Assises franco-italiennes, consacrées aux *Résultats éloignés des appendicites chroniques opérées*.

Ainsi l'union par le travail a imposé à l'attention les mérites et l'esprit du clinicien, montré le rôle social du médecin de famille et créé une ambiance d'estime qui s'est affirmée féconde. L'Académie a pris une part constante à ces Assises, contribué à leur activité et assuré leur renommée.

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re division (Médecine). — *Classement des candidats.* — En première ligne : MM. Flurin (de Cauterets) et Masson (de Strasbourg).

En seconde ligne : *ex-æquo* et par lettre alphabétique : MM Euzière (de Montpellier), Mauriac (de Bordeaux), d'Œlsnitz (de Nice), Paillard (de Clermont-Ferrand), Péhu (de Lyon).

Adjoints par l'Académie. — MM. Abadie (de Bordeaux), Cade (de Lyon), Gallavardin (de Lyon).

M. Flurin est élu par 66 voix et M. Masson, par 69 voix.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 30 octobre 1935

Retards de consolidation après prothèses perdues. — *M. Ménégaux* rappelle qu'à côté de l'action cytotoxique de certaines prothèses, plusieurs des échecs rencontrés au cours de l'ostéosynthèse doivent être expliqués par la non fixité du matériel, l'infection atténuée de la plaie, la compression de l'os par les agents prothétiques, etc... Il insiste sur le fait que l'étude des métaux employés par la méthode des cultures de tissus évite ces erreurs d'expériences qui se retrouvent chez l'animal comme chez l'homme.

M. Fredet insiste aussi sur la rareté des accidents de pseudarthrose qu'il a pu observer. Le seul cas qu'il ait rencontré était dû à une erreur technique.

M. Richard retient des observations qu'il a publiées lors de la dernière séance, celle qui concerne une synthèse des deux os de l'avant-bras. Dans ce cas en effet la synthèse portant sur le radius avait entraîné un retard de consolidation, alors que le cubitus non synthésé avait parfaitement consolidé.

Sur l'ostéite fibro-kystique. — *Schwartz* apporte deux observations intéressantes. Premier cas : fracture spontanée chez une jeune fille. La radiographie montre l'existence d'une image claire, l'examen clinique un humérus volumineux.

Cette lésion fut traitée par une résection avec greffe de tête humérale. L'examen histologique fait par un premier laboratoire dit ostéite fibro-kystique, le deuxième dit malignité probable.

Le deuxième cas concerne une ostéite fibro-kystique de l'extrémité supérieure du fémur qui malgré une intervention (curetage et greffes ostéopériostiques), continue à évoluer, et a

envahir l'extrémité fémorale, sans d'ailleurs entraîner de troubles fonctionnels. L'examen histologique aurait montré l'existence d'un fibro-sarcome à myéloplaxes. Un autre examen dit : ostéite fibro-kystique.

Ces interprétations diffèrent donc essentiellement, et impliquent une grande prudence dans les décisions opératoires.

M. Louis Bazy se souvient d'avoir vu chez *M. Lecène*, une image semblable de l'extrémité supérieure du fémur. Le diagnostic porté fut celui d'ostéite fibro-kystique. On appliqua un plâtre. Quelques temps après on constata dans le plâtre l'apparition d'une tumeur de type vasculaire avec souffle. Une désarticulation fut faite. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur secondaire à type d'hypernéphrome.

M. Braine appuie sur l'intérêt des examens biologiques, calcémie, recherche des phosphatases.

M. Moulonguet pense qu'il faut faire la discrimination entre ce qui est encore inconnu (deuxième observation de Schwartz), et les notions maintenant sûres sur certaines lésions bien connues. L'examen histologique conserve sa valeur.

M. Mauclaire à propos de la première observation, insiste sur l'intérêt qu'il y a, dans les réparations de l'humérus, d'utiliser l'extremité supérieure du péroné du malade.

M. Richard rappelle une observation récente d'ostéite dite fibro-géodique, dans laquelle le traitement antisyphilitique fit disparaître tous les troubles.

M. Welti dit qu'il ne faut pas tenir un compte exagéré de l'hypercalcémie.

M. Sorrel distingue les tumeurs secondaires, que l'histologie met en évidence très exactement, des tumeurs primitives dans lesquelles l'histologie peut être déficiente.

M. Mathieu déclare qu'il ne faut pas décider une intervention en cas de tumeurs osseuses sans avoir fait d'examen histologique préalable.

M. Schwartz en résumant la discussion pense que si l'étiologie est catégorique on peut suivre ses avis. Si elle est douteuse, il n'y a pas d'inconvénient à attendre car si la tumeur est maligne, on est actuellement impuissant à la traiter et si elle est bénigne, l'attente ne peut entraîner d'ennuis.

Angio-endothéliome dans la gouttière des vaisseaux huméraux. — *MM. d'Allaines, Contiadès* et *Naulleau* après avoir observé une tumeur angio-endothéliomateuse de la gouttière des vaisseaux huméraux, en virent ultérieurement la récidive après cinq ans. L'examen montra alors que la tumeur avait progressé dans le sens de la malignité. Une seconde récidive locale fut inopérable.

Cette observation est intéressante. Elle peut entrer dans le cadre des tumeurs conjonctives de la gaine des vaisseaux, ou conjonctivomes malins, dont elle diffère par l'absence de plan de clivage. Les angio-endothéliomes peuvent exister dans toutes les parties molles des membres. Il semble qu'il y ait tous les intermédiaires entre les angiomes bénins et les angio-endothélio-sarcomes. Il est difficile de savoir par l'examen histologique, avec assurance, à quel stade on en est et quel traitement il faut leur opposer.

Fracture du plateau tibial traitée par reposition sanglante. — *M. Ménegaux* fait un rapport sur une observation de *M. Roques* (armée) qui traita avec une greffe osseuse fixée par prothèse métallique un enfoncement du plateau tibial externe.

M. Sorrel dit que le meilleur résultat fonctionnel qu'il *ait vu a été obtenu* par l'extension à l'aide de broche de Kirschner, alors que l'opération avait été conseillée.

M. Ménégaux répond qu'il faut distinguer les fractures condyliennes auxquelles ce traitement peut s'appliquer, des *enfoncements limités,* parcellaires contre lesquelles il ne pourrait rien.

Mercredi 6 novembre 1935

Apophysite de l'épine iliaque antéro-supérieure. *M. Mouchet* rapporte un travail de *M. Dupas* (Marine) concernant trois observations de cette affection peu connue. On retrouve dans les antécédents des traumatismes répétés, et dans un cas une tuméfaction locale. Les signes radiographiques sont: hypertrophie de l'épine, aspect pommelé, contour érodé. Le diagnostic se pose avec un arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure. Comme traitement, l'auteur a employé les injections locales anesthésiantes. *M. Mouchet* fait des réserves quant aux récidives possibles avant l'achèvement de la croissance.

Péritonite chronique encapsulante. — *M. Funck-Brentano* envoie une nouvelle observation de cette affection que *M. Wilmoth* rapporte : syndrome d'occlusion aiguë, perception d'une tuméfaction dans la fosse iliaque, dure et sonore. L'intervention montra au-dessous d'un péritoine pariétal normal, et après relèvement du grand épiploon, un sac implanté sur le mésentère, à aspect de « vessie de chien » contenant plusieurs anses grêles pelotonnées.

L'occlusion aiguë est rare dans la péritonite chronique encapsulante.

L'examen histologique de la capsule montra l'existence d'un endothélium sinueux, qui donnait au sac l'aspect histologique d'un kyste synovial.

M. Madier insiste sur la sonorité particulière de cette tumeur.

Emploi du tissu spongieux hétérogène en chirurgie osseuse. — *M. Mathieu* fait l'exposé d'une communication de *M. Jacques Calvé* (de Berck). Cet auteur utilise comme « mortier osseux », le tissu spongieux de jeune veau conservé dans l'éther. Sur le vivant il a employé ce matériel dans les ostéosynthèses vertébrales, et dans certaines tumeurs blanches du genou de l'adolescent. Dans tous ces cas il s'est produit une transformation osseuse excellente de la prothèse.

Expérimentalement sur l'animal, le tissu spongieux donne lieu à une ostéogenèse rapide.

Cette innovation vient à l'appui des recherches de transplants hétérogènes d'os mort.

M. Mathieu rapproche cette communication des essais actuels d'emploi d' « os purum » dépouillé proposé par Waldenström.

Les infarctus viscéraux. — *M. Grégoire* rapproche les affections suivantes : pancréatites hémorragiques, infarctus intestinaux, apoplexie tubo-ovarienne, thrombose du testicule. Des phénomènes généraux leurs sont communs : baisse de la tension artérielle. De même des phénomènes locaux : arrêt circulatoire, vasodilatation. Ces affections remonteraient à une cause semblable : trouble du système neuro-végétatif sous la dépendance d'un poison endogène ou exogène.

M. Grégoire apporte des expériences faites à l'aide d'une sensibilisation au sérum de cheval puis d'un shock anaphylactique. Sous anesthésie locale et en expérimentant sur un organe en activité fonctionnelle, on obtient régulièrement des infarctus typiques.

Toute substance toxique pour les tissus amène un résultat semblable.

L'auteur se demande s'il ne faudra pas envisager de la même manière l'hémorragie cérébrale, maladie par « choc d'intolérance » également. D'autre part, il en déduit des conséquences thérapeutiques.

M. Chevassu à propos de l'infarctus du testicule, dit qu'il n'en a jamais vu sans torsion aiguë du cordon. Ces cas ne semblent pas devoir rentrer dans la classification proposée.

M. Mondor rappelle des exemples d'infarctus tubo-utérin dus aux injections intra-utérines d'eau de savon. Ils semblent relever d'une pathogénie de choc anaphylactique assez comparable à celle que décrit M. Grégoire.

M. Brocq s'oppose à ce qu'on confonde les lésions d'extravasation sanguine obtenues expérimentalement, et les lésions de nécrose tissulaire qui caractérisent vraiment la pancréatite hémorragique.

M. Picot a vu également un infarctus tubo-utérin à la suite d'injections d'eau savonneuse.

Les scarlatines chirurgicales. — *M. Louis Bazy* rend compte de trois cas d'érythèmes scarlatiniformes qu'il a observés récemment. Dans tous ces cas il ne pouvait s'agir de contagion extérieure. Ces érythèmes plus ou moins typiques survinrent après des interventions chirurgicales. Le phénomène de Schultz-Charlton existait. L'examen du sang a pu mettre en évidence le streptocoque hémolytique. L'auteur rappelle que la plupart des médecins admettent l'identité entre ces scarlatines dites chirurgicales et la scarlatine habituelle. A ce propos M. Bazy fait une revue des manifestations cutanées du streptocoque et de leurs rapports avec les affections streptococciques chirurgicales. Il émet des hypothèses ingénieuses pour expliquer la rareté de ces formes dans les services chirurgicaux.

J. CALVET.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1935

Forme dysphagique de la syphilis nerveuse. — MM. *Sézary, Joseph* et *Bardin* communiquent l'observation d'une d'une malade de 62 ans qui, après quelques prodromes, a été atteints subitement d'une dysphagie absolue, portant à la fois sur les liquides et les solides. Ils virent la malade le huitième jour, dans un état d'amaigrissement et de déshydratation intenses. Outre la paralysie du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique, on constatait l'atteinte du spinal, du facial, du trijumeau et des moteurs oculaires gauches, associée à des troubles cérébelleux et une hémiparésie gauche.

Les antécédents de la malade et l'examen du liquide céphalo-rachidien permettaient d'incriminer la syphilis à l'origine de ces lésions d'artérite diffuse du tronc cérébral. La malade fut alimentée par la sonde œsophagienne et traitée intensivement par le novarsénobenzol et le bismuth conjugués. Au bout de trois semaines, la dysphagie céda progressivement et les autres troubles nerveux disparurent.

C'est un nouveau cas de la forme dysphagique de la neuro-syphilis dont il a été publié trois observations depuis deux ans.

Méningite primitive mortelle à « proteus vulgaris. — MM. *Paugalos* et *Doucas* (d'Athènes).

Néphrite chronique et gigantisme. — M. *Decourt* montre qu'à côté du nanisme rénal, il existe des cas où à la néphrite chronique s'associe un gigantisme. Il rapporte l'observation d'un jeune homme hérédo-syphilitique, chez lequel une néphrite chronique hypertensive et azotémique coïncidait avec des signes de gigantisme : allongement excessif des membres et l'insuffisance de développement des caractères sexuels secondaires.

Sur une épidémie de spirochétose méningée chez l'enfant. — MM. *Julien Marie* et *Pierre Gabriel* ont observé au mois d'août trois cas de spirochétose méningée chez de jeunes enfants s'étant baignés dans le canal de l'Ourcq. Ils en rapprochent trois autres cas dont ils ont eu connaissance par la suite et qui relevaient de la même étiologie : l'ensemble de ces faits réalise la première épidémie de spirochétose méningée décrite chez l'enfant et l'adolescent.

Dans leurs trois cas, les manifestations cliniques furent comparables : syndrome de méningite aiguë avec réaction cytologique intense (88 à 450 éléments par mm³) tantôt exclusivement lymphocytaire, tantôt exclusivement polynucléaire, et taux d'albumine relativement faible (0 gr. 56 à 0 gr. 40 par litre).

Les auteurs insistent sur l'absence d'ictère pendant toute l'évolution. Celle-ci, remarquablement courte, se fit vers la guérison absolue sans rechute et sans séquelles au bout de quelques jours. Seuls les examens de laboratoire permirent de rapporter ces syndromes méningés curables à la spirochétose : dans un cas, l'inoculation des urines au cobaye permit de reproduire la maladie expérimentale ; dans tous, la séro-agglutination fut positive à des taux extraordinairement élevés.

M. *Cain* a observé également trois cas de spirochétose méningée dans lesquels la symptomatologie fut particulièrement fruste.

M. *Kourilsky* a suivi cet été deux malades atteints de spirochétose méningée et un autre présentant une forme larvée de spirochétose sans signes méningés.

Il semble que les variations épidémiques de cette affection aient été récemment dans le sens des formes frustes et des formes exclusivement méningées.

M. *Rist* rappelle avoir dès 1910, hautement affirmé la nature spécifique des méningites lymphocytaires bénignes qu'il observa alors et qui présentaient nettement un caractère épidémique.

M. *Brulé* relate l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui, quinze jours après avoir effectué la traversée de Paris à la nage, présenta un état fébrile avec abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs et signes méningés discrets. La ponction lombaire ramena un liquide clair contenant 90 éléments et un taux d'albumine anormalement élevé. L'inoculation du liquide céphalo-rachidien resta négative, par contre la séro-agglutination fut fortement positive.

L'évolution se fit très rapidement vers la guérison complète (en cinq jours).

Ces formes purement méningées sont à rapprocher des formes hépatiques de la spirochétose, dont le diagnostic ne peut être affirmé que par le sérodiagnostic de Martin et Pettit dont l'auteur souligne l'immense valeur.

Les formes frustes de la spirochétose. — MM. *Troisier, Bariéty* et *Macrez* insistent sur les formes frustes de la spirochétose dans lesquelles toute la symptomatologie se réduit à un état fébrile qui reste inexpliqué. Parfois, la réaction conjonctivale ou mieux la vaso-dilatation intense du segment antérieur de l'œil avec ou sans iritis, ainsi qu'une légère azotémie peuvent faire soupçonner l'origine spirochétosique de la fièvre.

L'évolution se fait dans ces cas aussi très rapidement vers la guérison, en quelques jours.

M. *Lemierre* a eu l'occasion d'observer quelques cas frustes de spirochétose, ni méningée, ni hépatique, prenant le masque d'une simple maladie fébrile dont le diagnostic ne peut être posé sans le secours du laboratoire. Cependant la constatation d'un herpès, d'une hyperazotémie souvent très fugace, d'urobilinurie et l'intensité des courbatures doivent orienter le diagnostic vers la spirochétose.

Granulie cancéreuse des poumons secondaire à un cancer latent de l'estomac. — M. *G. Desbuquois* (de Tours) relate l'histoire d'une femme présentant tous les signes d'une granulie pulmonaire dont elle meurt rapidement (dyspnée intense, râles de bronchite, discret épanchement pleural hémorragique) aspect micronodulaire de la radiographie pulmonaire). L'autopsie montre un cancer des poumons secondaire à un cancer latent de la petite courbure gastrique.

L'auteur souligne la propagation lymphatique, l'existence d'une alvéolite cancéreuse, l'importance de la réaction congestive.

Maladie de Basedow et tuberculose. — MM. *Marcel Labbé, R. Boulin, P. Uhry* et *Ollivier* relatent l'observation d'une jeune hérédo-syphilitique présentant une maladie de Basedow associée à des troubles dystrophique. L'examen de la pièce opératoire a décelé, à côté de lésions basedowiennes, des lésions folliculaires sans bacilles de Koch.

Après avoir écarté l'hypothèse d'une syphilis du corps thyroïde, les auteurs discutent la nature tuberculeuse ou banale, simple réaction phagocytaire, de ces aspects retrouvés dans des cas exceptionnels de goitre basedowien.

M. *Pinard* revient sur cette notion qu'on trouve toujours l'hérédo-syphilis à la base de la maladie de Basedow.

Ostéopathie vertébrale par carence alimentaire. — MM. *Loubeyres* et *Blondeau* (d'Alger) rapportent l'observation d'une femme de 63 ans, atteinte de décalcification intense du rachis avec vives douleurs, après avoir suivi un régime de restriction particulièrement sévère dirigé contre l'hypertension. La guérison de cette ostéomalacie par carence fut rapidement obtenue par l'ergostérol irradié.

Un cas de méningo-myélite morbilleuse. — MM. *Andrieu, Ferrabouc* et *Henrion* ont observé chez un homme jeune une myélite aiguë disséminée avec réaction méningée minime, au décours d'une rougeole. Cette myélite nettement extensive atteignit les différents cordons de la moelle entraînant la mort dans un véritable état asphyxique en moins de dix jours.

Contrairement à la plupart des observations connues, les accidents nerveux ont été consécutifs à une éruption morbilleuse intense ; ils se sont terminés rapidement par la mort alors qu'habituellement la guérison survient le plus souvent sans séquelles importantes. Il y a lieu de noter aussi que l'injection de sérum de convalescent n'a été suivie d'aucun effet appréciable.

M. *Mollaret* souligne la fréquence insolite depuis quelques années des localisations méningo-myéliques non seulement dans la rougeole mais dans toutes les fièvres éruptives. Si le tableau clinique de ces syndromes nerveux n'a rien de pathognomonique, on peut néanmoins noter la fréquence de l'atteinte du cervelet. Dans les quelques cas très rares où l'autopsie a pu être pratiquée, les lésions se sont montrées très comparables. La pathogénie de ces faits est obscure. Il se peut qu'il y ait simple coïncidence entre une injection de virus neurotrope et la fièvre éruptive qui ne jouerait alors qu'un rôle occasionnel.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 octobre 1935

Signe de Kérangal, dans l'appendicite rétro-cæcale. — ***M. G. Pascalis*** rappelle que de Kérangal a montré qu'en faisant coucher le sujet sur le côté gauche, le cæcum et l'appendice se trouvent dégagés de la masse grêle et par conséquent aisément accessible à la palpation. Il expose que ce signe est d'une constance remarquable et ne l'a jamais trompé.

Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal total des vieilles femmes. — ***M. G. Pascalis*** montre que le prolapsus utéro-vaginal total des vieilles femmes peut être guéri radicalement et sans risque par deux opérations d'exécution facile et rapide. Aussi peut on rendre quelque activité à de véritables infirmes.

La lympho-vaccination. — ***M. Dhenin*** préconise la vaccination lymphatique, introduction de vaccin au niveau de l'amygdale, organe le plus accessible de notre système de défense. Elle peut être pratiquée soit avec des auto-vaccins, soit avec des stock-vaccins spécialement adaptés. Son action est rapide, indolore, et ne provoque pas de choc. Elle s'adresse à toutes les infections aiguës ou chroniques, aux manifestations de l'intoxication, telles l'asthme, les dermatoses, les entéro-colites, etc... La micro-lympho-sérothérapie, est l'injection de sérum antitoxique dans l'amygdale à doses minimes. Elle s'adresse à la diphtérie, et aux autres intoxications et peut, dans certains cas, remplacer les injections massives de sérum.

Tumeur maligne de l'ovaire et puerpéralité. — ***M. Pierre Le Gac*** rapporte l'histoire d'une malade accouchée à terme d'un enfant de 2 kgr. 500. Le ventre reste volumineux, elle fait une occlusion du grêle, due à la coudure de l'intestin sur une bride unissant au mésentère la face postérieure d'une tumeur ovarienne droite, pesant 4 kgr. 500, qui est enlevée avec fistulisation du grêle. Guérison sans incident. L'auteur insiste sur la latence de ces tumeurs malignes, et sur la conduite à tenir pendant la grossesse (tout dépend de l'âge du fœtus), et à la suite de l'accouchement.

Hypercholestérolémie : modifications notables, chimiques et cliniques, après applications de courants exponentiels de haute fréquence. — ***M. Aubourg***, en examinant systématiquement le chimisme sanguin de 100 malades entrants, pour les affections les plus variées, au service d'électrologie de Beaujon-Clichy, a trouvé, chez 63 d'entre eux (soit une proportion des deux tiers), une fréquence inattendue d'exagération du cholestérol sanguin, variant entre 2 et 6 grammes. Après quelques jours de traitement par les courants exponentiels de basse fréquence, le taux élevé du cholestérol était en régression notable. Cette modification s'est accompagnée, cliniquement, d'une augmentation de la diurèse et des évacuations intestinales, et d'une amélioration de l'état général, avec la symptomatologie d'une cure de désintoxication.

La surveillance des donneurs de sang. — ***M. Stillmunkes*** rappelle les différentes épreuves qui doivent présider à la surveillance des donneurs et préconise l'épreuve de la sédimentation globulaire. Non seulement celle-ci représente un test assez fidèle de l'état de santé habituel, mais elle est aussi de nature à réglementer les donnages qui, jusqu'ici, étaient soumis à une règle uniforme et dont l'empirisme s'accorde mal des réactions individuelles. Correctement effectuée, cette épreuve est un moyen de sélectionner les donneurs, de réglementer leur capacité de donnage et de fixer les limites au delà desquelles la saignée peut entraîner des inconvénients de nature à faire cesser leur collaboration à l'œuvre de la transfusion et à celle des sérums de convalescents. G. LUQUET.

— Il est difficile de dire dès le début qu'un étudiant a le tempérament chirurgical. On peut toutefois écarter de la chirurgie toute une série d'étudiants qui n'auront jamais le tempérament chirurgical, les timides, les irrésolus, les névropathes qui s'agitent pour un rien et qui, en présence d'un accident imprévu, manqueront de ce livre nécessaire pour y faire face.

A côté des qualités d'ordre moral, il faut encore faire une place aux qualités physiques : ne doivent pas faire de chirurgie ceux qui n'ont pas la résistance permettant de mener à bien une opération longue et difficile. (Prof. HARTMANN. — Une enquête sur le tempérament chirurgical. *Pallas*, 15 sept. 1935.)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE.

Dupuytren membre de la Loge Sainte-Caroline. *On a vendu dernièrement la collection maçonnique du château de X... Cette collection comprenait les papiers de Cambacérès. M. Bernard Fay, qui a pu les examiner, y a fait quelques trouvailles intéressantes et les rapporte dans un article intitulé : Stendhal franc-maçon* (CANDIDE, 24 octobre 1935) :

On trouve dans les papiers de Cambacérès, plusieurs brochures relatives à une loge qui devait servir de point de ralliement à la haute société d'ancien régime, désireuse de faire la paix avec le nouveau régime, et prête à utiliser les ateliers maçonniques comme terrain d'entente. Cette loge s'appelait loge Sainte-Caroline, en l'honneur de la grande-duchesse de Berg. Elle eut d'abord pour chefs A. d'Estournel, Jules de Castellane, Peyre de Châteauneuf, etc., et la façon dont ses cadres étaient constitués révèle bien les intentions de ses fondateurs, car si la plupart des noms que l'on y trouve sont des noms de la monarchie, on y voit aussi ceux des hauts fonctionnaires de l'Empire qui se piquaient d'élégance. En 1807, première année de fonctionnement régulier de la loge, le vénérable d'honneur est le prince Cambacérès, archi-chancelier de l'Empire, le vénérable en exercice est Just de la Tourette, les autres officiers sont Louis de Cussy, Casimir de Montlivault, MM. de Laugier-Villars, Fortuné de Chabrillan, Scipion de Roure, de Choiseul-Stainville, etc., et parmi les membres nous trouvons des noms tels que MM. de Flers, de Lillers, de Béthune, de Barbançois, d'Erceville, de Narbonne, de Brosse, de Bézenval, de Nicolaï, de Coigny, de Montesquiou, de Joinville, d'Orglande, de Montbreton, de Fraguier, de Vergennes, de Montulé, de Moras, de Narbonne, de la Moussaye, de Jumilhac, de Tarente, de la Tour du Pin, de Nadaillac, de Choiseul, d'Imécourt, de Flahaut, Greffulhe, etc... Cette loge d'une si grande élégance gardait l'esprit du XVIII[e] siècle, on y faisait des discours libéraux, on y parlait des idées religieuses sur un ton amical et protecteur et des excès révolutionnaires avec une réserve pleine de sous-entendus. On y discourait bien et l'on y était en bonne compagnie, on y faisait de la musique et l'on y avait créé une section de dames, qui se nommait, comme au XVIII[e] siècle, loge d'Adoption. Ces dames étaient encore plus élégantes que ces messieurs. Voici quelques noms pris au hasard : Mmes de Vaudémont, de Mailly, de Girardin, de Narbonne, de Boncherolles, de Saint-Aignan, Hector d'Aunay, d'Esprémesnil, de Saint-Seine, d'Esterno, de Croimard, de Montcheno, de Carignan, de Witt, de Megrigny, de Montaigu, de la Borde, de la Ferté-Meun, d'Heuzé, de la Force, Mme la princesse de Caramaniga, Mmes de Saint-Martin, Vital de Brosse, Mlle Eglée de Marchery, Mme la comtesse de Mostowsk, Mmes d'Osmond, de la Vienne, d'Aubergeon de Murinai, d'Ambert, de Brossard, de Fienne, de Montmorin, de Joinville, d'Ambrugleac, de Meyffren-Laugier, etc... On le voit, c'était un véritable cénacle élégant et même snob. Quelques bourgeois s'y étaient glissés, tel Dupuytren, et quelques dignitaires de l'Empire qui avaient le sens des choses de la mode, tel le charmant Martial Daru. Dès 1806, il jouait un rôle à la loge, et dès 1807, y avait introduit le cousin pour lequel il avait tant de bonté et qui devait plus tard rendre son souvenir et l'image de son charme impérissables, M. de Stendhal, que l'on nommait alors M. de Beyle. Dans la liste des membres de 1807, de la loge Sainte-Caroline, que possédait l'archi-chancelier Cambacérès, juste après M. de Flahaut, on trouve M. de Beyle, 55, rue de Lille, inscrit comme « apprenti ».

Il dut être content de voir son nom dans ce joli petit livre, si bien relié de rouge, et en compagnie de tout l'armorial d'une vieille France qu'il croyait détester et dont il allait continuer les traditions les plus précieuses.

Dupuytren, n'éprouva-t-il pas, lui aussi, cette orgueilleuse satisfaction !

Le chirurgien Quesnay, économiste. — *M. A. Pousson rappelle* (JOURN. DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 10 novembre,

1935), *la part que le chirurgien François Quesnay prit à l'établissement des principes fondamentaux de l'économie politique* :

« ..... Quesnay prit pour fondement de sa doctrine économiste le droit de l'individu, s'opposant ainsi à la doctrine de J.-J. Rousseau subordonnant le droit de chacun au droit de la communauté. La propriété des biens reçus des nôtres par héritage ou acquis par notre travail dérive des lois naturelles, et non des lois arbitraires gouvernementales. Le gouvernement n'a d'autre mission que d'assurer le jeu des lois naturelles, de les enseigner et de veiller à leur application. La formation et la répartition des richesses sont l'œuvre de chacun. En faisant la prospérité individuelle, elles font celle de la collectivité.

Partant de ces principes, Quesnay se déclare pour la liberté économique n'obéissant à d'autres lois qu'à celle de l'offre et de la demande, sous le couvert de la probité sociale.

En édifiant son système, Quesnay et ses disciples n'avaient en vue que les produits du sol, aussi son Ecole fut-elle désignée sous le nom de *physiocratie*. Pour elle, l'agriculture est seule créatrice de richesse. De la terre provient tout ce qui est nécessaire aux besoins des hommes. L'industrie et le commerce ne font que transformer et transporter ses produits. C'était là une grave erreur, aboutissant à une conséquence fiscale injuste, à savoir qu'il ne devait y avoir rationnellement d'impôt que l'impôt foncier. L'Ecossais Akam Smith élargit cette convention étroite et montra que le travail de l'homme, en transformant les produits de la terre et en les répartissant suivant les besoins de la consommation, est une cause d'accroissement des richesses pour les individus, et partant une source de revenus pour la nation... »

Ce que coûte l'éducation d'un jeune homme ou d'une jeune fille préparant les carrières libérales. — *De M. Jean Delage dans l'*Echo de Paris (9 novembre 1935). La Vie des étudiants :

Il est, certes, curieux de jeter un regard sur ces évaluations faites, il y a déjà deux années et de voir ce qu'il en coûte pour avoir une situation ou plus exactement, dans l'état présent des choses, pour essayer d'avoir une situation.

Tout d'abord de la sixième jusqu'au baccalauréat et en tenant compte de la gratuité de certaines classes, nous comptions qu'il en coûtait 52.000 francs pour être bachelier, aux frais d'études supérieures, il faut donc ajouter toujours ces 52.000 francs de base.

Pour être agrégé des lettres, en passant par Normale supérieure, compte tenu de la gratuité de l'école et des 200 francs mensuels de « traitement » que touche l'élève, il n'en coûte pas moins de 69.000 francs.

Celui qui sort de Polytechnique a coûté à ses parents près de 76.000 francs et le Saint-Cyrien, en quittant son école, près de 61.000 francs.

Pour être officier de marine, il faut assumer près de 69.000 francs de dépenses. Pour sortir ingénieur de Centrale, plus de 100.000 francs. Pour avoir le titre d'ingénieur des mines, 99.000 francs, et pour devenir ingénieur agronome, 83.000 francs.

Quant à l'étudiant, avant d'envisager ses frais d'études, nous avons établi son budget : chambre à 250 francs par mois, trois repas pour 15 francs par jour, soit 830 francs par mois. Budget, soulignons-le, très modeste, qui ne tient pas compte des frais de transport et encore moins de dépenses pour les plus petits plaisirs. Eh bien ! avec ce budget de base, il en coûte 85.600 francs pour être licencié en droit, en comptant naturellement les dépenses à partir de la sixième au lycée. Pour être docteur en droit, il faut compter 105.000 francs. L'étudiant qui sort en Sciences-Po a dépensé 76.000 francs et celui de l'Ecole des Hautes Etudes commerciales, 115.000 francs.

Pour être licencié en lettres ou en sciences, les frais sont de 74.000 francs. Pour être médecin, nous l'avons déjà dit, 116.000 et pour être pharmacien, 118.000.

L'agrégation, sans passer par Normale supérieure, coûte 93.000 francs et le doctorat de lettres ou de sciences, 84.000 francs.

Il est certain que la lecture de ces chiffres doit faire réfléchir bien des familles et bien des jeunes gens.

Le budget annuel d'un étudiant en médecine. — *Le Docteur Jean Crouzal l'établit ainsi dans l'*Echo de Paris (9 novembre 1935) : La vie des Etudiants :

Chambre (10 mois à 250 francs)	2.500
Nourriture : 18 francs par jour pendant dix mois	5.400
Quatre inscriptions trimestrielles : 195 × 4	780
Droits d'examen (a)	65
Livres, cahiers, divers	350
Abonnements à des revues, cotisations aux Associations	100
Vêtements, chaussures, chapeaux, linge	1.500
Déplacement (2 francs par jour)	600
Voyages dans la famille	300
Assurances contre les accidents (b)	350
Conférences d'externat	600
	12.545

Argent de poche en sus ! Total à multiplier par le nombre des années d'études.

Les droits d'examen sont de 65 francs pour les étudiants de première année. Ils sont abaissés à 35 francs pour ceux des autres années, mais en quatrième, ils sont portés à 110 francs.

A propos du relèvement des droits universitaires. — *M. de Roux écrit dans l'*ACTION FRANÇAISE :

Si l'enseignement est un service public que l'État doit gratuitement à ceux qui peuvent en profiter, comme il leur offre des routes sans tribut et des ponts sans péage, ce serait par l'enseignement supérieur qu'il serait logique d'inaugurer cette gratuité. Le sacrifice financier serait moins lourd et la question de la sélection ne se poserait même pas. L'enseignement supérieur n'est ouvert qu'à ceux qui ont réussi les épreuves dont le but est d'attester le succès des études secondaires : que ces épreuves soient bien ou mal organisées, c'est une autre question, mais elles fonctionnent, et les bacheliers seuls parmi lesquels les cancres intégraux ne se glissent pas souvent, peuvent prendre leurs inscriptions dans les Facultés. Il serait donc naturel de les leur offrir pour rien. On en alourdit le tarif !

Les médecins et la linguistique. — *M. Maurice Schöne écrit dans l'*ŒUVRE :

Les médecins sont en grand nombre parmi mes correspondants, et la plupart sont très fidèles. Cela s'explique sans doute par le fait que les médecins sont des gens cultivés et qui même savent du grec, ma sœur ! à une époque où cette étude est quelque peu délaissée. Mais je m'explique davantage le goût du Corps médical pour les choses de la langue par ce fait essentiel que la langue, expression de la vie de l'esprit, est aussi complexe et variée dans ses manifestations que la physiologie humaine. La vie du langage, comme celle de notre corps, se développe, s'active, ou s'attarde et s'arrête ; elle connaît des états de dépression, des épidémies, des maladies graves, mortelles même ; elle est capricieuse dans ses manifestations ; elle subit des influences héréditaires ; de mauvaises habitudes, des corps étrangers, des tumeurs compromettent sa santé ou le fonctionnement d'un organe. Il faut être bon psychologue pour être bon médecin. La linguistique tient grand compte de la psychologie dans son explication des faits. Je ne pousse pas plus loin le parallèle, mais que de points communs !...

Radiesthésie. — *Détaché d'un article de M. P. Desfosses dans la* PRESSE MÉDICALE (2 novembre 1935), *intitulé* : QUELQUES GLOSES SUR LA RADIESTHÉSIE :

Des expériences ont été organisées à Lyon, il y a deux ans dans un laboratoire de la Faculté des sciences, pour mettre à l'épreuve une demi-douzaine de radiesthésistes qui se vantaient de diagnostiquer, sans les voir, le sexe de certains animaux. Deux cents *oursins* furent sacrifiés dans ce but ; les sourciers eurent 40 à 50 pour 100 de réussites ; on en eût obtenu autant en jouant à pile ou face et l'ont eût, au moins, évité la bévue d'un des concurrents qui déclara que l'une des « oursines » était enceinte d'un petit oursin, pensant sans doute que les oursins sont comme les ours des mammifères et des vivipares.

Dans la même ville, on mit également à l'épreuve des radiesthésistes pour le *diagnostic des maladies* ; il n'y eut que des échecs ; une des expériences donna un résultat inattendu : comme on avait omis de dire au devin de quel hôpital provenaient les observations qu'on lui remettait sous enveloppes cachetées, le sourcier découvrit des métrites et des salpingites à des soldats soignés à l'Hôpital militaire Desgenettes.

Un radiesthésiste prétendait, grâce au pendule tenu au-dessus d'une planche anatomique, découvrir le *siège de l'organe opéré.* Dix fois de suite un chirurgien de Lyon informa par téléphone le sourcier qu'il venait de pratiquer une opération, le devin se trompa chaque fois.

Un pharmacien envoyait des prospectus dans lesquels il déclarait être à même de diagnostiquer la tuberculose ou le cancer grâce à son pendule et à un échantillon d'urine. Un médecin, en parfaite santé, lui adressa de sa propre urine dans dix tubes différents ; il fut répondu que ces échantillons concernaient quatre tuberculeux, trois cancéreux et trois personnes saines.

Inutile d'insister, un seul fait condamne la pseudo-science : les *radiesthésistes affirment pouvoir capter des radiations encore hypothétiques (provenant de l'eau, du pétrole, etc.) : or, ils sont incapables de déceler des ondes dont l'existence est certaine* (Bendu).

Des expériences faites en 1928, à l'Université de Louvain, d'autres expériences faites plus récemment à Lyon par le Professeur agrégé Nogier, ont montré qu'un sourcier est incapable de déceler la présence d'un échantillon de radium.

En résumé, il semble bien qu'à l'heure actuelle, rien, absolument rien, ne nous permet de croire à la réalité de la science radiesthésique.

Histoire drôle. — *Lu dans l'*ŒUVRE :

C'est une bien belle histoire que nous raconte le *Nouveau Cri*. Renseignements pris, nous avons pu fixer certains détails complémentaires qui nous permettent de reconstituer les principaux actes de la tragi-comédie qui se déroula dans un asile d'aliénés des environs de Chambéry...

M. Ernest Lafont, à l'instar du Petit-Caporal, adore visiter à l'improviste les piscines, les cuisines modèles et les lavabos perfectionnés. C'est pourquoi, dernièrement, un gros monsieur un peu poussif se présenta à la loge du concierge d'un asile de Savoie. Prenant l'air dégagé du personnage important qui ne veut pas le montrer, il commença la causette :

— Vous êtes bien, ici, mon brave ?...

— Ça va... Je ne suis pas mal ; merci...

— Qu'est-ce que vous gagnez, mon ami ?...

— Un mois honnête, monsieur.

— Mais combien ?...

— Ni trop ni trop peu, ça va...

M. Ernest Lafont — car, c'était lui — fronça les sourcils et se râcla la gorge pour faire acte d'autorité :

— Écoutez, concierge : je vous demande quel est le montant de vos appointements. Et je vous le demande parce que j'ai des raisons pour ça : je suis *le ministre*...

Le concierge, habitué à plus fort que ça, ne s'émut guère :

— Vous aussi, vous êtes ministre ?... Entendu, mon ami !...

— Par exemple !... Êtes-vous fou ?...

— Oh ! ... non, pas moi ; moi, je ne suis que concierge. Mais si vous voulez voir vos collègues, adressez-vous à l'intérieur : il y en a déjà une dizaine qui se prennent pour Mussolini, vingt-cinq pour Napoléon, cinq pour le Négus et un pour Lebrun... Sans compter celui qui se prend pour le Colonel, mais celui-là, c'est un faux-fou, ou plus exactement un petit rigolo...

— Oh !... Ce genre de plaisanterie...

— Non, mon vieux, n'insistez pas... La barbe ! ... Vous n'êtes qu'un fou de petite envergure : se prendre pour Ernest Lafont !... Quel vicieux a bien pu vous fourrer ça dans la tête ?.. Petit modeste, va !

Le ministre, rouge comme une pivoine, hurla qu'il voulait voir d'urgence le directeur. Et le concierge, qui ne goûte pas non plus les trop grosses blagues, conduisit M. Ernest Lafont dans un cabanon capitonné où il l'enferma à double tour.

C'est là que le directeur de l'asile vint chercher le grand Maître de la Santé publique, en étouffant un rire quasi démentiel.

ENTÉRO-PANSEMENT

DU DOCTEUR ZIZINE

PROTECTION – DESINFECTION
DE LA MUQUEUSE INTESTINALE

COMPOSITION

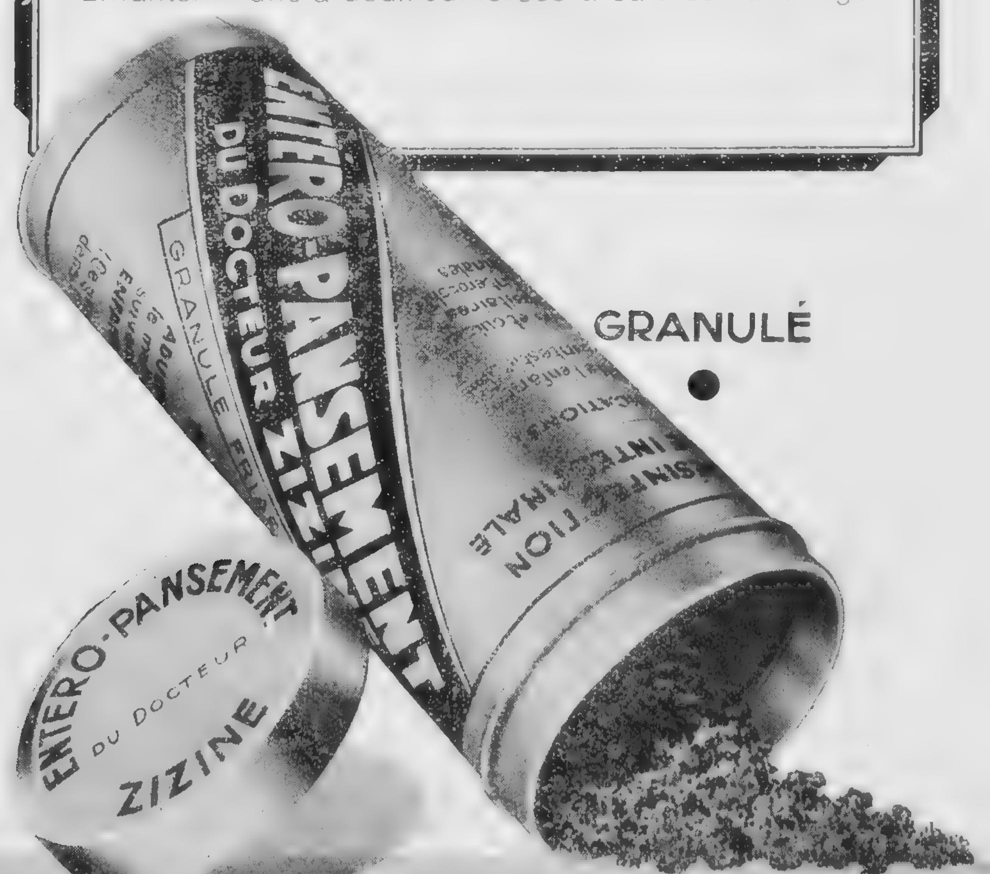
Charbon activé · Sous-Nitrate de Bismuth
Antivirus intestinaux.

INDICATIONS

Diarrhées · Infections et Intoxications intestinales : leurs conséquences · Colites · Entérocolites
Fermentations intestinales · Colibacillose.

MODE D'EMPLOI

Adultes. — une à deux cuillerées à soupe par jour.
Enfants. — une à deux cuillerées à café suivant l'âge.



GRANULÉ

Laboratoires P. ZIZINE 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fond[é] en 1873. — N° 47 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 NOVEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, R[ue] DES ECOLES, PARIS-V[e]
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1[er] de chaque mois

France et Colonies ... 40 fr.
Etudiants ... 30 fr.
Belgique ... 45 fr.
Etranger 1[re] zone ... 70 fr.
Etranger 2[e] zone ... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par M. le Docteur J.-C. RUDLER, prosecteur, commencera le lundi 2 décembre 1935, à 11 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e). Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 15 juin 1936.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Chirurgie courante de la main* : Traitement des panaris, des phlegmons de la main ; sutures tendineuses ; amputations de phalanges et de doigts. — Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris et phlegmon de la main, les sutures tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. *Chirurgie des parois thoraciques* : Résection costale, pleurotomie ; abord du sein par incision sous-mammaire ; ablation du sein pour cancer (opération de Halsted). — Les assistants répéteront : la pleurotomie avec résection costale, l'incision sous-mammaire, l'opération d'Halsted.

III. *Chirurgie des parois abdominales* : Hernies inguinale, crurale, ombilicale ; les éventrations. — Les assistants répéteront : La cure opératoire des hernies inguinale, crurale, ombilicale.

IV. *Chirurgie du tube digestif* : Gastrostomie, gastro-entérostomie. — Les assistants répéteront : La gastrostomie, la gastro-entérostomie.

V. *Chirurgie du tube digestif* : Appendicectomie, anus contre nature, hémorroïdes, fistules anales. Généralités sur les sutures intestinales : la suture bord à bord. — Les assistants répéteront : L'appendicectomie, l'anus cæcal et l'anus iliaque gauche, les sutures intestinales, la cure opératoire des hémorroïdes.

VI. *Chirurgie de la vésicule biliaire* : Cholécystostomie, cholécystectomie. — Les assisants répéteront : La cholécystectomie, la cholécystostomie.

VII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystéropexie, colpopérinéorraphie. Colpotomie. — Les assistants répéteront : L'hystéropexie, la colpopérinéorraphie, la colpotomie.

VIII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystérectomie subtotale et totale. Castration unilatérale. — Les assistants répéteront : La castration unilatérale, l'hystérectomie.

IX. *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme* : Opérations sur le testicule et ses annexes (varicocèle, hydrocèle, épididymectomie, castration) ; voie d'abord périnéal des abcès prostatiques. — Les assistants répéteront : La cure du varicocèle, le retournement et la résection de la vaginale, l'épididymectomie, la castration, la périnéotomie.

X. *Chirurgie du rein* : Néphropexie, néphrostomie, pyélostomie, néphrectomie. — *Chirurgie vésicale* : La cystotomie sus-pubienne. — Les assistants répéteront : La néphrostomie, la néphropexie, la pyélosomie, la néphrectomie, la cystostomie.

Laboratoire d'hygiène. (Professeur Tanon.) — *Cours d'hygiène scolaire. Préparation au concours de médecin-inspecteur des écoles.* — Le prochain concours pour le Département de la Seine a lieu à Paris, le 27 janvier 1936.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène, sous la direction de M. TANON, avec la collaboration de MM. WEILL-HALLÉ, HARVIER, DUVOIR, JOANNON, HEUYER, CAMBASSÉDÈS, GUIBERT, BARBARIN, BING, Mlle DREYFUS-SÉE, MM. DUFESTEL, HANRIOT, LAUFER, MOULIN, ROSENTHAL, SCHAEFFER, VITRY, GRANDJEAU, Mme BONHOMME.

Le cours durera du 11 décembre 1935 au 16 janvier 1936 avec interruption du 22 décembre au 10 janvier. Il comprendra trente leçons qui auront lieu chaque jour, de 17 heures à 19 heures, et trois visites matinales d'écoles.

En outre des candidats, le cours est ouvert à tous médecins et étudiants en médecine, français ou étrangers, qui s'intéressent à l'hygiène scolaire et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité. S'inscrire à la Faculté de médecine : ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 à 16 heures) ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Assistants de consultation. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau du 6 janvier au 27 février 1936 par M. le Docteur MILIAN, avec la collaboration de MM. G. GARNIER, GASTOU, LAFOURCADE, L. PÉRIN, E. RIVALIER. Les cours auront lieu le lundi 6 janvier 1936, et les jours suivants, à 14 heures, à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

PROGRAMME DES COURS (trente-deux leçons). — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation (M. MILIAN). — 2e leçon : Technique, fixation, coupes et colorations (M. MILIAN). 3e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. MILIAN). — 4e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongle, des poils (M. RIVALIER). — 5e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromique, pigmentaires. Taches érythémato squameuses. Parakératose. Hyperkératose. Dyskératose (M. PÉRIN). — 6e leçon : Vésicules, spongiose, œdème intra-cellulaire, altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. MILIAN). — 7e leçon : Pustules. Bulles (M. MILIAN). — 8e leçon : Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. PÉRIN). — 9e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénification (M. PÉRIN). — 10^e

leçon : Lésions inflammatoires aiguës. Erysipèle (M. MILIAN). 11e, 12e et 13e leçons : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. MILIAN). — 14e et 15e leçons : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. MILIAN). — 16e leçon : Le chancre mou (M. MILIAN). — 17e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. LAFOURCADE). — 18e leçon : Le psoriasis (M. LAFOURCADE). — 19e leçon : Le lichen plan (M. PÉRIN). — 20e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthode d'examen direct avec et sans coloration (M. RIVALIER). — 21e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. RIVALIER). — 22e leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. RIVALIER). — 23e leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. RIVALIER). — 24e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. RIVALIER). — 25e leçon : Pelade et alopécies en aires (M. RIVALIER). 26e et 27e leçons : Tumeur de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycome. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. MILIAN). — 28e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. PÉRIN). — 29e leçon : Dermatoses précancéreuses. Maladie de Paget. Maladie de Bowen. Xéroderma pigmentosum (M. PÉRIN). — 30e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spinocellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. PÉRIN). — 31e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. GARNIER). — 32e leçon : La lèpre (M. MILIAN).

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible. S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur Périn.

Service de santé. — Un concours sera ouvert le mardi 10 décembre 1935, à 9 heures, à l'École d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à cinq emplois, en principe, de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Société internationale d'urologie. — Le VIe Congrès de cette Association aura lieu à Vienne du 8 au 12 juin 1936 ; les questions suivantes y seront discutées : 1° Le traitement du cancer de la prostate ; 2° les suppurations du parenchyme rénal ; 3° Physiologie et pathologie de l'excrétion rénale.

Ecole centrale de puériculture (18, rue de Tilsitt, Paris, XVIIe.) — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 14 novembre, à 16 heures, 5, rue Las Cases (Musée social).

Prix des « Archives hospitalières ». — Le prix de 5.000 francs des *Archives hospitalières* a été décerné par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres à M. Manuel Moreno, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel, interne des hôpitaux de Paris.

Internat des Asiles de la Seine. — *Anatomo-pathologie du système nerveux.* — MM. Ferdière et Delmont, internes des Asiles de la Seine, reprendront à partir du 15 novembre 1935, leurs conférences d'anatomo-physiologie du système nerveux, préparatoires aux concours des Asiles. Possibilité de cours par correspondance pour étudiants et internes des Asiles de province. Ecrire : G. Ferdière, Asile clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Société médicale du IXe arrondissement. — *Banquet Raoul Brandon.* — Le samedi 30 novembre 1935, à 20 heures, sous la présidence d'honneur de M. le Doyen honoraire Henri Roger aura lieu au Palais de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, le banquet offert à M. Raoul Brandon, conseiller municipal, député de Paris, en reconnaissance de l'action qu'il a menée en faveur du Corps médical.

Envoyer vos adhésions le plus tôt possible (dernier délai le 25 novembre 1935) au secrétaire général de la Société médicale du XIe arrondissement, Docteur Paul Roux, 181, boulevard Voltaire, Paris (XIe). Prix du banquet : 33 francs, service compris. Tenue de ville.

Hôpital clinique de la Glacière (35, rue de la Glacière). *Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Portmann.* — Cours d'initiation, donné sous la direction du Professeur PORTMANN, par le Docteur J. CHABERT et le Docteur J. AUZIMOUR, oto-rhino-laryngologistes de la clinique. — Lundi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique (Docteurs CHABERT

et AUZIMOUR). — Mardi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique (Docteurs CHABERT et AUZIMOUR). — Mercredi 9 h. 30 à 12 heures : Séance opératoire (Professeur PORTMANN). — Jeudi, 9 heures à 10 heures : Conférence d'anatomie de la tête et du cou (Professeur PORTMANN) ; 10 heures à 12 heures : Leçon clinique (Professeur PORTMANN). — Vendredi 9 h. 30 à 10 h. 30 : Conférence d'anatomie de la tête et du cou (Professeur PORTMANN) ; 10 h. 30 à 12 heures : Leçon clinique (Professeur PORTMANN). — Samedi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique (Docteurs CHABERT et AUZIMOUR).

Tous les exercices de séméiologie seront précédés d'un rappel anatomique et physiologique, ayant trait aux organes de la spécialité.

Ce cours, limité à dix assistants, d'une durée de trois mois, commencera le mercredi 4 décembre 1935. Droit d'inscription : 200 francs.

Echos et Glanures

Le sens esthétique et la disparition de la vie esthétique dans la vie moderne. — Passage détaché de l'ouvrage *de M. le Docteur Alexis Carrel, intitulé* : L'HOMME, CET INCONNU (Plon, édit.).

Si l'activité esthétique reste virtuelle chez la plupart des individus, c'est parce que la civilisation industrielle nous a entouré de spectacles laids, grossiers et vulgaires. En outre, nous avons été transformés en machines. L'ouvrier passe sa vie à répéter des milliers de fois chaque jour le même geste. D'un objet donné il ne fabrique qu'une seule pièce. Il ne fait jamais l'objet entier. Il ne peut pas se servir de son intelligence. Il est le cheval aveugle qui tournait toute la journée autour d'un manège pour tirer l'eau du puits. L'industrialisme empêche l'usage des activités de la conscience qui sont capables de donner chaque jour à l'homme un peu de joie. Le sacrifice par la civilisation moderne de l'esprit à la matière a été une erreur. Une erreur d'autant plus dangereuse qu'elle ne provoque aucun sentiment de révolte, qu'elle est acceptée aussi facilement par tous que la vie malsaine des grandes villes et l'empoisonnement dans les usines. Cependant, les hommes qui éprouvent un plaisir esthétique même rudimentaire dans leur travail, sont plus heureux que ceux qui produisent uniquement afin de pouvoir consommer. Il est certain que l'industrie, dans sa forme actuelle, a enlevé à l'ouvrier toute originalité et toute joie. La stupidité et la tristesse de la civilisation présente sont dues, au moins en partie, à la suppression des formes élémentaires de la jouissance esthétique dans la vie quotidienne.

L'activité esthétique se manifeste à la fois dans la création et la contemplation de la beauté. Elle est complètement désintéressée. On dirait que dans la jouissance artistique, la conscience sort d'elle-même et s'absorbe dans un autre être. La beauté est une source inépuisable de joie pour celui qui sait la découvrir. Car elle se rencontre partout. Elle sort des mains qui modèlent ou qui peignent la faïence grossière, qui coupent le bois et en font un meuble, qui tissent la soie, qui taillent le marbre, qui tranchent et réparent la chair humaine. Elle est dans l'art sanglant des grands chirurgiens, comme dans celui des peintres, des musiciens, des poètes. Elle est aussi dans les calculs de Galilée, dans les visions de Dante, dans les expériences de Pasteur, dans le lever du soleil sur l'Océan, dans les tourmentes de l'hiver sur les hautes montagnes. Elle devient plus poignante encore dans l'immensité du monde idéal et de celui des atomes, dans l'inexplicable harmonie du cerveau humain, dans l'âme de l'homme qui obscurément se sacrifie pour le salut des autres. Et dans chacune de ces formes elle demeure l'hôte inconnu de la substance cérébrale, créatrice du visage de l'Univers.

Les mots inutiles, par rapport aux mots utiles écrits en médecine depuis Hippocrate, sont dans une proportion biologique analogue, par exemple, à celle-ci : le nombre de germes fécondants sécrétés pendant une vie normale par les glandes génitales d'un honnête homme comparés au nombre des enfants qu'il a réussi à procréer. » (BRIAU. — Réflexions sur la littérature médicale. Les mots inutiles. *Le Concours Médical*, 22 sept. 1935.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques manifestations pathologiques professionnelles observées chez les ardoisiers

Par **André FEIL**

Les ouvriers qui taillent l'ardoise (on les désigne du nom expressif d'ouvriers d'*Ahaut* en opposition avec les ouvriers d'*Abas* qui travaillent au fond, à l'exploitation du schiste ardoisier), sont susceptibles de présenter certaines manifestations particulières que nous étudierons rapidement dans cet article. Citons particulièrement la fracture du scaphoïde carpien, la callosité du genou, certaines érosions de la pulpe des doigts.

Pour mieux comprendre ces quelques points de la pathologie des ardoisiers, il convient d'être renseigné sur la technique



Fig. 1. — Le fendeur sur butte travaille à l'abri de son « Tue-Vent ».

même de cette profession. Avant de devenir l'ardoise marchande, le schiste ardoisier subit une série d'opérations ayant pour but d'abord de rendre les blocs extraits maniables, puis de les rapprocher des dimensions des modèles d'ardoise que l'on veut obtenir. Ces opérations sont :

Le alignage, le boucage, le quernage qui ont chacun pour but de réduire progressivement les blocs d'ardoise en plaques limitées dont les dimensions correspondent approximativement aux différents modèles d'ardoises. La fente qui consiste à réduire les plaques d'ardoise à l'épaisseur minima. L'ouvrier fendeur emploie de longs ciseaux d'acier plat et effilé qu'il enfonce avec précaution à l'aide d'un maillet. Le rondissage a pour but de donner à l'ardoise la forme et les dimensions désirées. Ce travail s'effectue maintenant à l'aide d'une machine à tailler.

L'effort qu'exigent ces divers travaux est rendu assez pénible par la position incommode de l'ouvrier :

Le fendeur est toujours penché en avant pour fendre l'ardoise, aussi se plaint-il souvent de douleurs dans sa région lombaire ;

Le querneur courbe son corps comme le fendeur, et comme celui-ci il est sujet au lumbago ;

Le rondisseur est assis pendant son travail, il garde le buste droit ; on n'observe pas chez lui le lumbago des fendeurs ; mais le maniement répété de l'ardoise occasionne à la longue une irritation de la pulpe des doigts.

Nous étudierons dans un prochain travail le lumbago des fendeurs. Nous envisageons dans cet article :

La fracture du scaphoïde carpien.
Le genou des fendeurs à l'appareil.
La main des ardoisiers.

La fracture du scaphoïde carpien

Sans être exceptionnelle, la fracture du scaphoïde est un accident rarement observé dans la pratique courante, peut-être

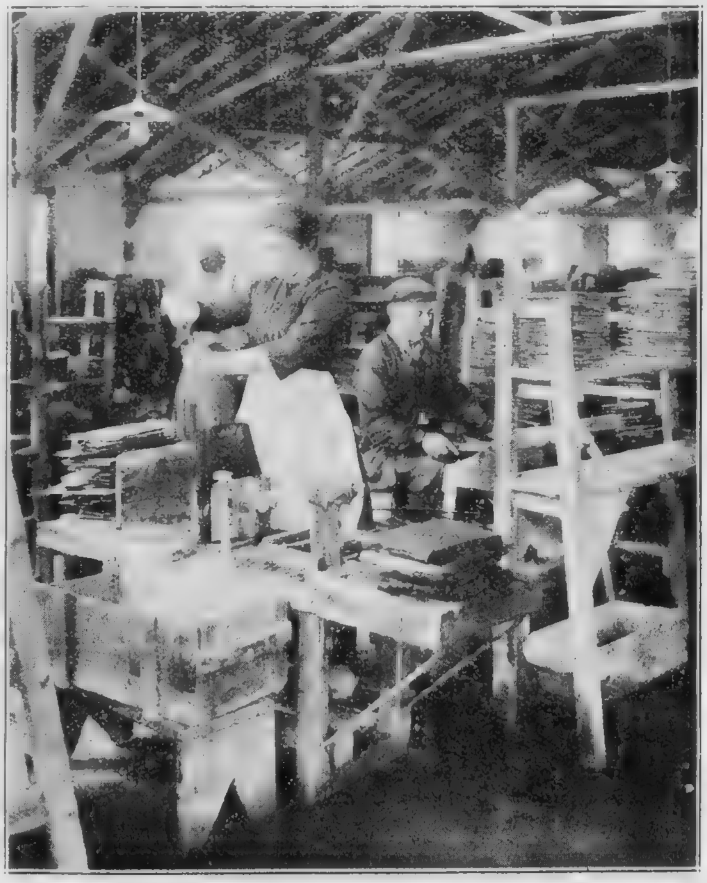


Fig. 2. — Femmes fendeuses à l'appareil.

parce que le diagnostic, souvent difficile, n'est pas toujours fait. Ayant eu l'occasion, au cours de nos enquêtes, d'en réunir plusieurs cas chez les ardoisiers, il nous a paru de quelque intérêt d'en rechercher la pathogénie et la fréquence particulière à cette profession.

Rappelons que la fracture du scaphoïde peut se produire à la suite d'une chute sur la main, d'un retour de manivelle ; mais habituellement l'accident est léger, il passe presque inaperçu au moment de sa production ; ou bien c'est à la suite de petits traumatismes professionnels répétés que survient la fracture. Il en est ainsi chez les femmes qui fendent l'ardoise.

Dans presque tous les cas observés chez les fendeuses

d'ardoises, l'histoire est la même : il s'agit d'une femme fendeuse à l'appareil qui, un jour, pendant son travail, souffre de son poignet. Elle vient consulter ; on constate à l'examen un léger gonflement, une douleur plus ou moins vive à la pression. On pense à une foulure du poignet, à une entorse, à une simple contusion, quelquefois on rapporte la douleur à une arthrite rhumatismale. L'un quelconque de ces diagnostics serait admis sans difficulté si l'on ne découvrait à la radiographie une fracture d'un des os, habituellement le scaphoïde.

Il s'agit le plus souvent, chez les ouvrières fendeuses, d'un accident professionnel, dont la pathogénie est facile à expliquer lorsqu'on les voit travailler.

Les femmes, occupées à fendre l'ardoise, travaillent en atelier ; elles se servent d'un petit appareil monté sur un établi, formé de deux planchettes articulées que rapproche un jeu de leviers. L'ouvrière place l'ardoise à fendre entre les deux planchettes. A l'aide d'un marteau, elle frappe avec un ciseau pour séparer les feuillets de l'ardoise. C'est un travail assez pénible qui exige une certaine force. Pour diminuer son effort, elle élève le bras et supplée, par un mouvement plus ample de son poignet, à l'insuffisance de sa force musculaire. Ce mouvement répété chaque jour, des centaines de fois, occasionne une succession de petits traumatismes qui amènent un relâchement des ligaments et, dans certains cas, des fractures limitées au scaphoïde.

Ces fractures sont particulières aux femmes fendeuses, on ne les observe pas chez les hommes qui travaillent en atelier et se



FIG. 3. — Le travail de l'ardoise en atelier. La fente et le rondissage.

servent cependant du même appareil. C'est que l'homme, dont les articulations sont moins souples, mais les muscles plus vigoureux que ceux de la femme, donne son coup de marteau tout d'une pièce, en s'aidant uniquement de sa force musculaire : le mouvement se passe presque uniquement dans l'articulation de l'épaule, le mouvement du poignet est chez lui très limité.

Le genou des fendeurs à l'appareil

Les ouvriers qui travaillent en atelier emploient, pour maintenir l'ardoise sur l'établi qu'ils ont devant eux, une sorte de presse formée de deux lames de bois.

Afin de laisser à l'ouvrier fendeur la liberté de ses mains, l'ouverture et la fermeture de la presse sont assurées par un jeu de levier actionné par l'écartement ou le rapprochement du genou gauche. Grâce à cette disposition, l'ouvrier peut travailler debout, le corps droit, ce qui lui évite les douleurs lombaires et la cyphose.

Par contre il n'est pas rare d'observer chez ces ouvriers, au niveau du genou qui exécute la manœuvre, une callosité ou même une bourse séreuse. C'est là un simple stigmate professionnel. Mais à la suite des irritations répétées, des frottements que produit la manœuvre de l'instrument, la bourse séreuse peut, exceptionnellement d'ailleurs, s'enflammer et devenir douloureuse.

Ce même stigmate professionnel peut se rencontrer, exceptionnellement d'ailleurs, chez certains ouvriers qui travaillent assis et qui utilisent pour la fente de l'ardoise une sorte de presse qu'ils maintiennent serrée entre leurs jambes ; les mouvements des genoux écartent ou rapprochent les planchettes.

La main des ardoisiers

Les ardoisiers, comme beaucoup de travailleurs manuels, ont très souvent la paume de leurs mains couvertes de cicatrices (coupures, plaies, durillons, callosités). Ces lésions sont produites par le maniement des instruments qui servent à fendre et à tailler l'ardoise ; elles n'ont aucun caractère spécial.

Plus intéressantes sont les petites ulcérations que l'on remarque sur la pulpe des doigts de certains ardoisiers. On les observe quelquefois chez les fendeurs qui taillent les ardoises ordinaires : nous les avons notées huit fois parmi 107 fendeurs examinés, soit une proportion de 13 %. Elles apparaissent sur-

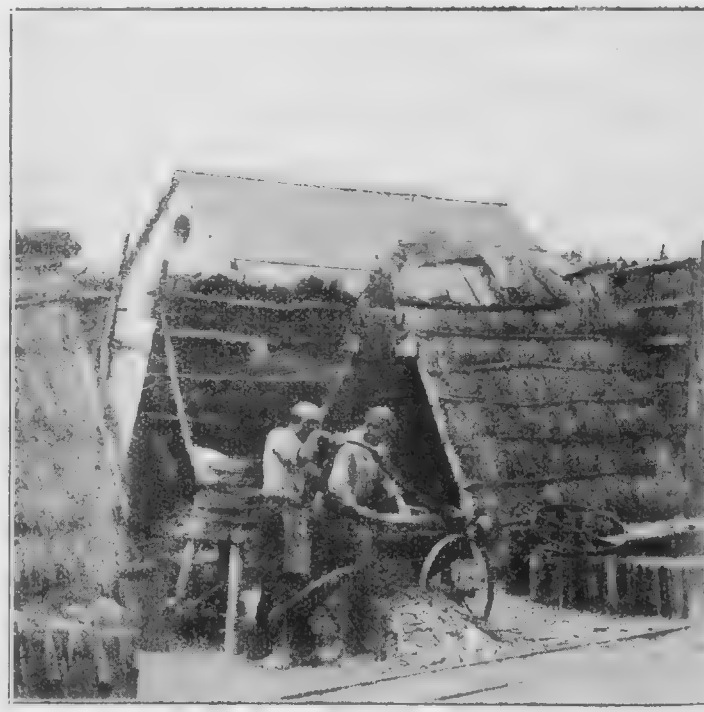
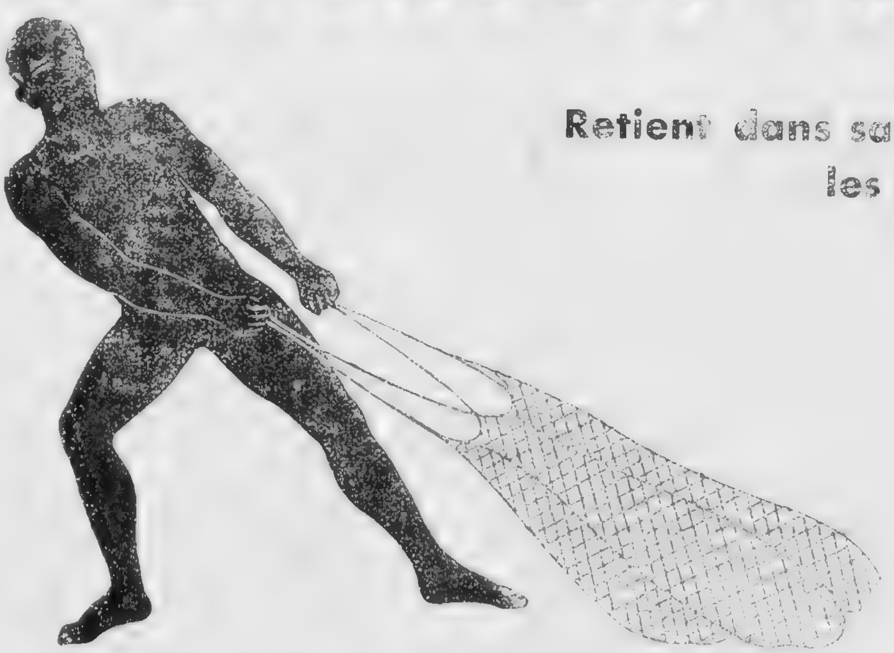


FIG. 4. — La taille des grandes ardoises anglaises.

tout fréquentes chez les ardoisiers rondisseurs chargés de tailler les grandes ardoises anglaises. Sur dix ouvriers rondisseurs spécialement examinés à ce point de vue, huit fois, on remarquait cette érosion plus ou moins accentuée, soit 80 p. 100 des ouvriers de cette catégorie.

La taille ou rondissage s'effectuait jadis à l'aide d'un billot muni de deux crémaillères ; l'ouvrier se servait d'un lourd couteau pour tailler l'ardoise aux dimensions désirées. Aujourd'hui, on utilise une machine à pédales, l'ardoisier travaille assis, il a ses deux mains libres pour disposer et maintenir l'ardoise.

Toutefois, pour la taille des grandes ardoises anglaises, on emploie des machines plus importantes dont la manœuvre exige deux hommes : l'un qui place l'ardoise, l'autre qui la taille, souvent ces deux ouvriers sont alternativement placeur ou tailleur ; d'autres fois chaque ouvrier est spécialisé. C'est le placeur, surtout le placeur spécialisé, qui présente au niveau de la pulpe des doigts la lésion que nous décrivons. Son travail consiste à saisir l'ardoise rugueuse et toujours un peu humide, à présenter alternativement chacun de ses bords



devant le couperet. Ce mouvement, que l'ouvrier répète sans arrêt et très rapidement, ne tarde pas à irriter et user la pulpe de la dernière phalange des doigts, surtout celle de l'index et du médius. L'épiderme en contact avec l'ardoise s'amincit, se ramollit, s'use ; si les doigts ne sont pas protégés, on voit se produire, en six à huit jours, des ulcérations minuscules, deux à trois millimètres, qui saignent facilement. Ces ulcérations sont douloureuses spontanément, mais davantage au toucher ; le moindre frottement détermine une sensation de chaleur, même de brûlure, surtout pénible la nuit; augmentée, semble-t-il, par la chaleur du lit et la transpiration qu'elle entraîne.

Cette érosion de la pulpe des doigts est nommée par les ouvriers « Péchon » ; elle est très analogue à l'irritation de la face palmaire des doigts que nous avons décrite chez les cimentiers. Elle est favorisée par le froid et l'humidité ; aussi l'observe-t-on surtout l'hiver. Les femmes, dont la peau des mains est habituellement plus fine que celle des hommes, présentent plus souvent cette érosion de la pulpe des doigts. Nous l'avons notée chez les deux femmes fendeuses que nous avons visitées.

Pour protéger leurs doigts contre la perpétuelle irritation qu'entraîne le maniement de l'ardoise, les ouvriers se servent de doigtiers en caoutchouc épais. Les rondisseurs ont l'habitude d'utiliser de vieilles chambres à air, ils en coupent un fragment cylindrique, un peu plus long que le doigt auquel il est destiné ; ils s'assurent ainsi une protection très efficace.

La suppression des bosses nasales

Par le Dr Robert HOULIÉ

Est-il bien nécessaire de faire valoir au public médical les avantages de la chirurgie esthétique. Oui sans doute car dans son ensemble il l'ignore. Qu'il en devienne partisan cela n'est pas douteux.

Le médecin est modelé par les mille circonstances de sa vie professionnelle. Il est semblable aux rochers battus sans cesse par les flots. Des forces mouvantes transforment ce qui en apparence est le plus différent d'elles et par la fixité et la rigidité des formes. Les pierres sur lesquelles agissent le vent et l'eau sont comme la glaise entre les mains du sculpteur. La comparaison entre médecins et rochers n'est valable que dans une certaine mesure. L'homme bien ne n'oppose pas de résistance aux assauts répétés de la douleur et de la mort. La durée de la vie professionnelle atténue en apparence les premières émotions, en réalité un tri s'opère, une sorte de pudeur voile des sentiments devenus plus profonds.

La chirurgie esthétique c'est dorénavant une banalité de le dire est née du désir de supprimer des douleurs morales quelquefois pénibles. Là dessus Dartigues a écrit des pages magnifiques. Tout le monde n'a pas à sa disposition les trésors d'esprits de Cyrano à disperser au nez des moqueurs.

Les progrès de la chirurgie ayant permis de faire face à bien des nécessités urgentes, l'homme de l'art et le praticien disposent d'une certaine liberté d'esprit à eux refusée il y a quelques années. La chirurgie esthétique se développera donc.

Viendra un temps où on n'aura pas l'affligeant spectacle d'un individu chez qui la syphilis a détruit les os propres du nez. On a reproché à la chirurgie esthétique de viser à faire des types standard. Ce reproche ne doit pas être retenu. L'aspect de la physionomie dépend beaucoup du squelette facial sur lequel (denture, prognathisme exceptés) nous n'avons aucun moyen d'action, dans la plupart des cas nous agissons sur les parties molles.

Le nez joue un rôle considérable dans la figure. Il y aurait tout un chapitre intéressant à écrire à ce sujet. Les peintres et les littérateurs ne l'ont pas considéré comme un appendice inerte. Ils en ont fait souvent le symbole de nos passions (nez sensuel, nez aux ailes palpitantes). Peut-être ont-ils exagéré, néanmoins une déformation, il faut le reconnaître, accentue souvent la caractéristique générale des traits. Il y a au château de Versailles un médaillon de cire qui représente Louis XIV âgé. L'aspect est celui d'un vieillard un peu amer. Les rides nasogéniennes sont creusées, les coins de la bouche abaissés, et il n'est pas jusqu'au nez qui tombe qui ne contribue à donner un air désabusé.

Les nez proboscidiens donnent l'apparence fouinard. Cet organe paraît alors souvent gouverner l'expression générale des sentiments. Il n'est point rare de voir un nez trop long s'accompagner d'yeux et d'une bouche matoises.

Technique de la correction

La première question qui se pose est la suivante : une tentative en vue de corriger une déformation ne risque-t-elle pas d'en créer une autre ? Dans le cas particulier, la *suppres-*

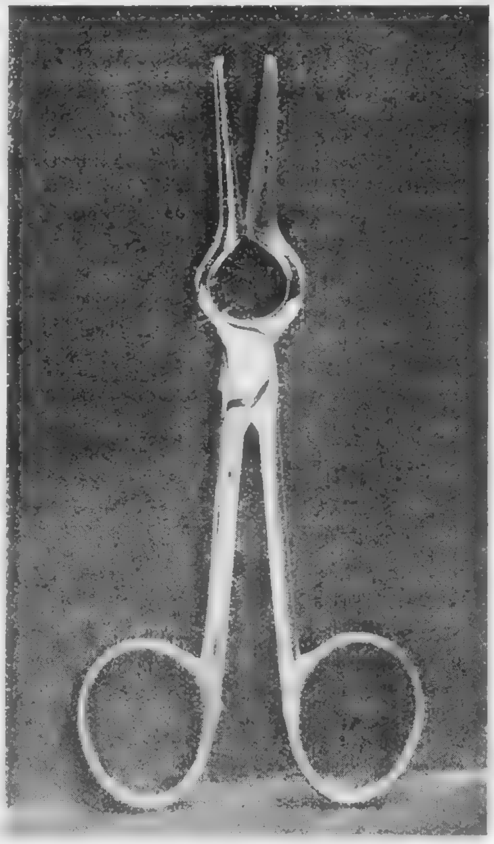


Fig. 1. — Ciseaux de l'auteur pour la section de l'arête cartilagineuse.

sion de tout ce qui dépasse une ligne droite menée dans la plupart de ces circonstances de la dépression nasale à la pointe ne va-t-elle pas créer une arête nasale trop large ?

Pour le savoir il suffit de mesurer avec un compas d'épaisseur la largeur du nez à l'endroit où sera reportée l'arête nasale l'intervention faite.

Deux éventualités peuvent se présenter : où l'arête à son niveau nouveau sera convenable ou elle sera trop large dans la partie osseuse. A chaque éventualité correspond une technique différente.

Premier cas. — De la préparation du malade il n'y a rien à dire, tout étant classique. La mesure du temps de saignement et de coagulation doit être faite sans scepticisme, car l'intervention est quelquefois assez sanglante.

L'élimination des sujets tarés doit être minutieuse. En cas d'accident les Tribunaux n'hésiteraient à pas « saler » le chirurgien.

Anesthésie. — Dans la moitié supérieure de la pyramide

nasale infiltrer entre les os propres et la peau une solution de novocaïne au 1/150 de chaque côté. Placer à l'intérieur même du nez dans le tiers antérieur ? de la cavité des tampons imbibés de butelline au 1/20. Au bout de 10 minutes on peut opérer, l'anesthésie est excellente.

Premier temps. Consiste à libérer la peau du squelette auquel il adhère. Un spéculum Palmer écarte les narines à hauteur de la limite inférieure des os propres du nez, on incise la muqueuse sur la longueur correspondante à cette limite. Par la boutonnière ainsi créée on glisse entre la peau qui recouvre les os propres du nez et les os un bistouri à lame courbée sur le plat. Pas de danger de trouer la peau. Le bistouri la libère sur un versant.

Les incursions du côté du sac lacrymal sont interdites.

Deuxième temps : Libération de la peau de l'arête.

Introduction dans la cavité opératoire d'un bistouri coudé à angle droit et à extrémité boutonnée.

La lame du bistouri étant placée sur le dos du nez à sa partie

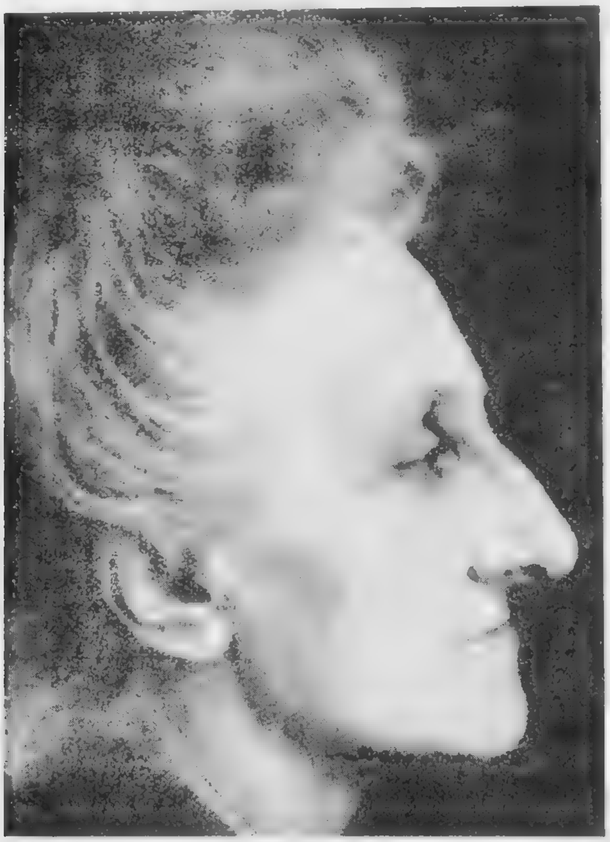


Fig. 2. — Nez bossué et un peu pendant.

supérieure, on la tire à soi en avant soin surtout quand on arrive au niveau de l'arête cartilagineuse de ne pas mordre dans celle-ci.

Troisième temps : Suppression de la bosse osseuse. Pour ce faire, introduction dans la cavité opératoire d'une râpe plate. On râpe jusqu'au moment où on constate la rectitude des parties osseuses. C'est le temps délicat de l'intervention. Les parties molles sont tuméfiées et le chirurgien se rend malaisément compte du point où il en est. Le mieux est d'aplatir les parties molles avec une règle métallique plate, touche-t-elle sur toute la longueur de la partie en contact, l'exérèse est suffisante. Avec une petite curette on enlève la poudre d'os.

Quatrième temps : Section de la saillie cartilagineuse. Cette section est difficile à faire avec le bistouri coudé qui a déjà servi à libérer la peau. Sur les deux faces de la muqueuse viennent se perdre de petits replis. Une section incomplète de ces replis ne fussent-ils adhérents au cartilage qu'en des points très limités, des déchirures, de petites hémorragies surviennent quand l'opérateur tire sur le morceau cartilagineux dont il croit la libération totale. Le succès de l'interventin peut être compromis si l'ablation du cartilage ne s'effectue pas de façon précise.

L'intervention est de nature esthétique il ne faut pas l'oublier. Ce qui en d'autres circonstances est négligeable est ici *capital*. Pour sectionner le cartilage avec aisance et précision nous avons fait construire par la maison Collin des ciseaux dont les lames dans leur partie tranchante ont approximativement la longueur de l'arête cartilagineuse. Au lieu de se prolonger jusqu'à l'articulation ces deux lames étant fermées forment immédiatement en amont de celle-ci un petit cercle à bords mousses.

La forme de l'instrument en fait comprendre l'avantage.

Les ciseaux étant introduits dans le nez, une lame dans une fosse nasale, l'autre lame dans la fosse opposée, quand on fermera les branches pour sectionner le cartilage, la peau de la sous-cloison sera embrassée par la portion courbe des branches, donc aucun risque de la léser.



Fig. 3. — La même après raccourcissement et rectification de l'arête nasale.

Ces ciseaux ont beaucoup simplifié la technique, en lui enlevant ce qu'elle peut avoir d'hésitant à un moment donné.

Les suites opératoires sont simples.

Durant quelques jours le nez est tuméfié, les yeux « pochés ». Tout rentre très vite dans l'ordre.

Des compresses chaudes sont utiles.

Somme toute rendre un nez aquilin, correct est facile dans la plupart des cas. Il n'y a de délicat que l'appréciation de la quantité à enlever. L'œil s'habitue très vite à une déformation quand celle-ci n'est pas extrême, il importe donc de conserver une vision « vierge ». Un malade porteur d'une déformation vient-il vous voir, le mieux est de faire faire une photographie et de se rendre surtout compte d'après celle-ci de ce qu'il faut enlever, sinon si le hasard vous met en présence de l'intéressé à plusieurs reprises on finit par hésiter quant à l'étendue de la correction.

Deuxième cas. — L'ablation de la saillie amènerait un dos du nez trop large.

Il faut procéder par abaissement des portions osseuses.

Premier temps : séparation de la peau de l'arête nasale à partir seulement de la cloison cartilagineuse.

Deuxième temps : section de l'arête cartilagineuse qui saille en excès.

Troisième temps : séparation de la peau qui recouvre les os propres du nez sur la moitié opposée à l'arête c'est-à-dire que si on considère l'angle formé par l'arête nasale et une ligne qui va de la partie supérieure de la dépression nasale à la partie postérieure des narines, on décollera la peau dans l'angle formé par cette dernière ligne et la bissectrice du grand angle.

A l'aide de ciseaux à épaulement on enlèvera des os propres un triangle osseux dont la base sera égale ou légèrement inférieure à la distance qui sépare l'arête nasale du point où elle doit se trouver pour être correcte et le sommet à hauteur de la dépression nasale. Ceci fait l'arête nasale repose encore sur la cloison osseuse. On la répare de la cloison cartilagineuse et on coupe un triangle osseux semblable à celui qui a été enlevé de chaque côté.

L'arête osseuse, ces trois résections osseuses opérées se trouve dans le vide. Un coup sec sur le dos du nez amène les tranches osseuses en contact. L'intervention est terminée. Si l'arête nasale n'était pas absolument pure une retouche ultérieure donnerait le résultat cherché.

ACTUALITÉS

Les récentes ordonnances du Ministre de l'Intérieur du Reich sur l'unification des services d'hygiène publique

Par **Raymond NEVEU**

Le 6 février dernier, le ministre de l'Intérieur du Reich a publié la première ordonnance pour l'application de la loi portant unification des services d'hygiène.

Cette ordonnance vient de paraître dans le *Bulletin de l'Office international*, elle est très intéressante à lire, et, suscite de nombreuses réflexions.

Au moment où chez nous, on rogne les crédits, et, où l'on supprime des institutions qui avaient fait leurs preuves, il est assez piquant de voir qu'en Allemagne on va créer dans chaque district urbain, et, dans chaque district rural, un office d'hygiène avec pouvoirs très étendus.

Le cas de la ville de Berlin est réservé et donnera lieu à une réglementation particulière. L'office d'hygiène remplira le rôle de médecin conseil auprès des autorités de police sanitaire. L'article 3 spécifie bien « qu'il devra suivre le mouvement naturel de la population de son district, veiller sur le précieux héritage du peuple allemand, et, à cet effet, apporter une attention toute particulière aux consultations prénuptiales. »

Il devra conseiller les mères pendant la grossesse, surveiller les nourrissons.

Ces offices d'hygiène seront composés de médecins fonctionnaires, de médecins assistants et d'un personnel auxiliaire d'inspecteurs sanitaires, d'infirmières visiteuses, d'assistantes techniques.

Un point est particulièrement intéressant à noter : nul ne pourra passer au service de l'État s'il n'a pas pratiqué la médecine pendant cinq ans après l'obtention du certificat de capacité médicale. Le ministre du Reich, il est vrai, pourra réduire cette durée de cinq ans, mais à titre exceptionnel.

Cette mesure nous paraît tout à fait excellente. Il serait à souhaiter qu'en France on en prît une semblable.

Nos inspecteurs départementaux d'hygiène, nos directeurs de bureaux municipaux auraient tout à gagner d'avoir fait de la clientèle pendant quelques années avant d'être fonctionnaires, car la clientèle est en réalité la meilleure des écoles.

Pour notre part, nous connaissons bon nombre de médecins inspecteurs départementaux qui ont débuté comme praticiens, or ce sont ceux qui, sans contredit, réussissent le mieux dans leur service. Cela se comprend d'ailleurs fort bien, rompus à la pratique journalière, aux exigences de la clientèle, aux règles élémentaires de la déontologie, ils savent dans leurs nouvelles fonctions agir avec doigté, et, concilier, les intérêts de la santé publique avec ceux des malades, et la dignité du corps médical.

Nous est-il permis de citer un exemple ? Celui de notre regretté ami le Docteur Ott qui créa un armement sanitaire fort remarquable en Seine-Inférieure, ancien praticien aimé de ses malades et de ses collègues il obtint ce qu'aucun autre n'avait pu obtenir.

La deuxième ordonnance date du 22 février, elle porte sur les fonctions et la situation de l'office d'hygiène.

Cet office veillera à l'état sanitaire du district, à l'application des règles d'hygiène, il « se tiendra constamment informé de tout ce qui concerne le climat, le sol, l'air, l'eau potable, les logements, etc., etc.... »

Les médecins de l'office pourront pénétrer dans toutes les institutions, dans tous les locaux du ressort de leur surveillance. Les infirmières visiteuses par des visites à domicile seconderont ces investigations.

Les offices importants auront un laboratoire de recherches, les autres, après entente, s'adresseront aux hôpitaux.

Les autorités de police locale seront tenues de seconder l'office d'hygiène, et, de prendre, s'il y a lieu, les dispositions nécessaires.

L'article 30 prévoit que les médecins de l'office à temps entier, ce que les Anglais appellent « full time » pourront être autorisés à faire de la clientèle ou à être médecins conseils.... on voit que de l'autre côté du Rhin, il n'est pas question de cumuls.

La troisième ordonnance date du 30 mars, elle règlemente l'exercice de la pharmacie, des sages-femmes, l'hygiène des logements, l'approvisionnement en eau potable et l'évacuation des eaux usées.

Non seulement, le médecin de l'office devra donner son avis sur les plans d'installation d'un service des eaux, mais il devra surveiller ces eaux, « le médecin fonctionnaire, dit l'article 28, ne devra pas se contenter des résultats de l'analyse chimique et bactériologique opérées sur des prélèvements, mais il tiendra essentiellement à inspecter les lieux, de façon à être à même, en cas de besoin, de proposer des mesures appropriées pour remédier à une situation contraire aux règles de l'hygiène ».

Cela est fort juste, car les vieux hygiénistes savent bien que l'enquête sur place est souvent aussi utile, et, parfois plus profitable que l'analyse. Cependant, il y a lieu de s'étonner que l'ordonnance prescrive seulement une vérification tous les ans pour les grandes installations et tous les trois ans pour les autres installations de moindre importance.

Il est évident que cela est tout à fait insuffisant. Il est vrai que la loi ajoute : « ces vérifications auront lieu plus souvent quand le cas le demandera ». Une grave épidémie de typhoïde en France il y a quelques années à montré qu'une surveillance constante était indispensable pour éviter le retour de telles épidémies.

L'article 32 concerne le commerce du lait. C'est là une question toujours d'actualité et qui était à l'ordre du jour du dernier Congrès d'hygiène.

La loi allemande prévoit une surveillance non seulement sur la vente mais aussi sur la production, elle insiste plus particulièrement sur l'inspection médicale du personnel, et, cela avec juste raison.

L'article 35 sur la prévention des maladies contagieuses, et, la lutte contre ces maladies ne renferme rien de vraiment spécial, et ne diffère guère de ce que l'on fait en France. Toutefois, le problème de l'éviction scolaire est résolu d'une façon fort simple :

« Les enfants, jeunes gens et jeunes filles vivant dans des logements où sont survenus des cas de lèpre, d'empoisonnement par les ptomaïnes, de choléra, de diphtérie, de typhus exanthématique, d'encéphalite, de méningite cérébro-spinale, de fièvre jaune, de paralysie infantile, de psittacose, de peste, de variole, de dysentérie, de scarlatine, de typhoïde ou de paratyphoïde seront tenus à l'écart des écoles et autres lieux d'instruction, dans les mesures où l'on pourra craindre, et, aussi longtemps qu'on pourra craindre qu'ils ne répandent la maladie au dehors ! »

On ne peut vraiment pas être plus vague et nous nous demandons comment on pourra appliquer cet article.

Les délais si variables pour chaque maladie ne sont pas spécifiés, et, il n'est même pas question d'examens de laboratoire.

L'hygiène industrielle fait l'objet d'un chapitre spécial, l'office doit coopérer avec l'inspection du travail.

La protection de l'hérédité et de la race, est comme on doit le penser, réglementée dans de nombreux articles.

« Tout candidat à la naturalisation, dit un de ces articles, dont l'hérédité biologique est trouble, ou qui par ailleurs n'appartient pas par la race au peuple allemand, sera refusé et écarté de la communauté allemande ».

..... On est peut-être un peu moins sévère en France, et, il y a là matière à réflexion.

L'inspection sanitaire des écoles relèvera également de l'office. Il y a lieu de s'étonner que la loi prescrive seulement une visite de chaque école au *moins tous les cinq ans*. Il est vrai qu'il existe des médecins scolaires.

La lutte contre la tuberculose est réglementée par l'article 61. Il faudra ouvrir des bureaux de consultation, les examens seront gratuits, mais il sera interdit d'assurer le traitement. La loi prévoit qu'il ne pourra y avoir d'exception « qu'en plein accord avec l'organisation professionnelle des médecins ». Cette phrase porte à réfléchir..... Nous retrouvons là un certain souci de ne pas nuire au Corps médical qui a besoin de vivre lui aussi, ce que l'on semble parfois trop oublier.

Alors qu'en France on vient d'augmenter par mesure démagogique, malgré les protestations de l'Académie de médecine, le nombre des débits, l'Allemagne envisage dans l'article 61 la diminution des licences de boisson, cette constatation se passe de commentaires.

Un article spécial concerne les bains publics et les piscines, il y est expressément, dit que le médecin de l'office inspectera ces établissements et surveillera si l'eau est vraiment renouvelée — et les mesures d'hygiène bien observées — en cas d'infraction on pourra demander la fermeture de l'établissement.

Un petit article de ce genre ne serait peut-être pas inutile chez nous.

Comme on le voit, la lecture attentive de ces trois récentes ordonnances est pleine d'enseignements.

Certes, nous avons en France une charte d'hygiène qui a fait ses preuves, et qui rend de réels services, par beaucoup de points elle est supérieure aux ordonnances du Reich, cependant il y a dans ces ordonnances d'excellentes choses à retenir.

L'obligation pour le médecin de l'office d'avoir été médecin praticien, l'interdiction de faire des traitements dans les offices antituberculeux à moins d'entente avec le Corps médical, l'autorisation aux fonctionnaires d'être médecins-conseils, enfin, la surveillance constante des piscines, sont autant d'articles fort judicieux qu'il était intéressant de souligner.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Hémorragies dentaires

Leur gravité. Leur traitement

Par A. WILCKEN (de Paris)

L'extraction dentaire est une opération réputée simple et bénigne. Aussi elle a été pratiquée avec désinvolture et de nos jours il en est encore ainsi généralement. Cette façon d'opérer est une erreur, car il y a de trop nombreux cas de mort par infection et par hémorragie. L'extraction dentaire est donc pour ces raisons une opération chirurgicale avec les mêmes risques, dus à l'anesthésie, à l'infection et à l'hémorragie. La statistique des hôpitaux parisiens attribue quatre décès par mois en moyenne, aux complications d'origine dentaire. Si on y ajoute ceux qui peuvent se produire en clientèle privée à quel total arrive-t-on ? A un total plus élevé certainement que celui dû à des opérations moins courantes que l'extraction dentaire, qui n'est par conséquent pas une opération aussi bénigne qu'on le suppose généralement.

Laissant de côté les autres complications de l'extraction je m'intéresserai aujourd'hui à l'hémorragie.

Luigi, dans sa thèse de 1876, cite son cas personnel. Il faillit mourir d'une hémorragie dentaire et ne dut le salut qu'à une thérapeutique générale et locale, appliquée par Verneuil lui-même. La manière dont l'extraction est pratiquée n'entre pour rien dans la mortalité par hémorragie, ni les fractures du rebord alvéolaire, ni les déchirures de la gencive, qu'on ne doit pas imputer à la maladresse de l'opérateur, ne sont en cause. Seule l'altération du sang et des vaisseaux en sont la véritable raison.

D'une statistique établie par Moreau en 1873, il ressort que sur 26 cas d'hémorragies mortelles suites d'extractions dentaires, quatorze étaient dues à l'hémophilie, trois sur des sujets atteints de scorbut, deux étaient dues à l'anévrysme de l'artère dentaire, le restant étant imputable à des causes indéterminées. L'odonto-stomatologiste ayant à pratiquer une extraction dentaire, redoute toujours de se trouver ensuite devant un de ces cas redoutables. Pour ma part en trente-cinq années de pratique je me suis trouvé maintes fois devant des hémorragies difficiles à arrêter et sept ou huit fois devant des cas, où malgré l'emploi de tous les moyens d'hémostase connus, j'en arrivais à envisager la nécessité de faire procéder à une ligature d'artère. Heureusement l'affaiblissement progressif du malade diminuant la pression sanguine, l'hémostase devenait à la fin plus facile chaque fois.

Les moyens préconisés pour assurer l'hémostase sont nombreux : tamponnement par ouate et gaze, antipyrine en cristaux, eau oxygénée, ergot de seigle, le perchlorure de fer (à rejeter d'ailleurs ainsi que le nitrate d'argent). Une technique récente utilise le muscle d'oiseaux, qui d'après ses auteurs donnerait de remarquables résultats. MM. Hamon et Pineau conseillent l'injection de sérum de cheval en injections intratissulaires, à doses faibles 1 c. c. 1/2 dans l'épaisseur de la gencive qui encercle l'alvéole. Pour mon compte, j'ai imaginé un procédé qui m'a donné constamment satisfaction, même dans les cas apparemment redoutables. En voici la technique bien simple : dans un stérilisateur à air chaud, je stérilise une quantité de plâtre à modeler, que je mets en réserve dans un flacon. Au cas d'hémorragie, je fais une boulette de coton hydrophile de gros-

BIBLIOGRAPHIE

Technique chirurgicale bucco-dentaire, par les Docteurs Chompret, Dechaume et Richard. Un volume de 284 pages, avec 171 figures (tome III de « La Pratique stomatologique ». Cartonné toile : 55 francs (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris).

Ce volume est destiné à servir de guide dans toutes les petites interventions courantes de la spécialité.

Les deux premières parties sont consacrées à un rappel sommaire des données anatomiques, à quelques conseils pour l'installaton matérielle de la salle d'opération et la conduite générale de toute intervention.

La troisième partie concerne les procédés courants d'anesthésie, particulièrement locale ou régionale, dont l'emploi est quotidien. De leur réussite dépend la bonne marche de l'acte opératoire.

Dans la quatrième partie, sont décrits longuement, les divers procédés d'extraction (daviers, élévateurs, alvéolectomie vestibulaire) : ces interventions doivent être conduites comme de véritables opérations. Des chapitres spéciaux sont consacrés aux extractions des dents de sagesse et de celles des enfants.

Puis, dans la cinquième et la sixième parties, les interventions de petite chirurgie que tout stomatologiste peut être appelé à pratiquer en clientèle.

1° Sur les maxillaires : extraction de dents incluses ; curettage péri-apical ; amputation radiculaire ; greffe dentaire ; kystes, tumeurs, fractures et ostéites des maxillaires.

2° Sur les parties molles : accidents cellulaires d'origine bucco-dentaire ; diverses opérations sur la bouche et ses annexes.

La dernière partie traite de quelques interventions de chirurgie réparatrice destinées à corriger certaines affections congénitales ou acquises.

Pathologie dentaire, par les Docteurs Bercher, Fargin-Fayolle, Fleury et Lacaisse. Un volume de 562 pages, avec 289 figures. (Tome II de la Pratique Stomatologique). Cartonné toile : 85 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce volume de la « Pratique Stomatologique » expose non seulement la pathologie de la dent même, mais encore un certain nombre d'affections maxillaires dont la dent est la cause.

On sait depuis Malassez que la pathogénie d'un grand nombre de troubles dentaires et péri-dentaires ne peut se comprendre que par la connaissance de l'embryologie de la dent. L'étude du couple épithélio-conjonctif dento-formateur fait donc naturellement l'objet du premier chapitre.

Puis viennent deux chapitres cliniques, l'un consacré à l'examen du malade, l'autre à l'étude des grands syndromes dentaires : syndrome de l'émail et du cément, syndrome de l'ivoire, syndrome de la pulpe dentaire, syndrome de l'articulation alvéolaire. Les notions de pathologie générale sur l'inflammation, sur les nécrobioses servent de base à la compréhension des inflammations et des nécroses dentaires ; ainsi la pathologie spéciale rentre dans le cadre de la pathologie médicale générale.

Ces syndromes dentaires une fois connus, l'étude de la carie comprend surtout l'exposé de son étiologie, des théories pathogéniques, et des variétés cliniques ; dans l'étiologie générale une large place est faite aux notions nouvelles sur l'action des hormones et des vitamines.

Les lésions traumatiques des dents et de l'articulation alvéolo-dentaire occupent le chapitre V qui est suivi de l'étude des « mylolyses » ou destructions coronaires et des « rhizalyses » ou destructions radiculaires : c'est la première fois que dans un traité de pathologie dentaire un chapitre est consacré à cette dernière affection.

Les anomalies et les dysplasies sont étudiées en se plaçant surtout au point de vue clinique de leur valeur diagnostique.

Viennent après « les accidents de dentition » : accidents de dents de sagesse inférieure et supérieure, accidents de première dentition, accidents des molaires de six et douze ans, accidents de la dentition de remplacement, et enfin accidents par dents incluses.

Les auteurs délaissant le terme de pyorrhée lui ont préféré le nom de polyalvéolyses, auquel s'oppose celui de monoalvéolyses, celles-ci primitivement traumatiques. Les différentes théories pathogéniques des alvéolyses sont largement exposées, ainsi que les symptômes des formes cliniques rencontrées par le praticien.

Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire sont méthodiquement groupées en trois classes : *a*) tumeurs inflammatoires et hyperplasiques (granulomes, kystes radiculo-dentaires, marginaux de la troisième molaire, corono-dentaires d'une part et de l'autre, les épulis, les cémentites, les polypes pulpaires) ; *b*) les dysembryoplasies ou adamantinomes (adamantinome, odontoplasie et épithélioma adamantin) ; *c*) les dysorganoplasies ou dentomes. Chaque variété est étudiée du point de vue de l'anatomie pathologique aussi bien que du point de vue clinique.

Un dernier chapitre est consacré aux relations pathologiques des dents et du sinus maxillaire : infections sinusiennes à point de départ dentaire et douleurs dentaires secondaires à des affections du sinus maxillaire ou, même du sinus sphénoïdal.

Ce livre avant tout pratique est abondamment illustré de schémas et de radiographies ; il indique aussi pour chaque chapitre les références bibliographiques essentielles.

Les cœurs périphériques, par A. Mougeot. In-8 (25 × 16,5), 148 pages, 21 figures, 1936, 15 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

L'auteur indique clairement son but : rechercher dans l'arbre vasculaire les points animés de systoles et diastoles, déterminer la proportion dans laquelle cette activité pulsatile concourt à la progression de la masse sanguine, déchiffrer la part de l'automatisme myogène et celle des éléments nerveux centraux et périphériques dans cette activité. On ne lui déniera pas le mérite d'avoir rempli le but qu'il s'était proposé, et même il le dépasse en étendant son étude au système lymphatique.

Plusieurs chapitres reflètent des recherches personnelles, notamment au sujet du tonus vasculaire ; l'auteur a pu, le premier, repérer et identifier les ondes de Traube-Hernig chez l'homme ; il apporte une conception nouvelle sur l'origine et le mécanisme des ondes de troisième ordre ; il concourt à établir un mécanisme autonome de réglage du débit vasculaire selon la teneur du sang en gaz O et CO^2, et en Ca ; sans intervention du système nerveux. Il montre la multiplicité des systèmes portes et assigne à chacun d'eux l'automaticité d'un cœur vasculaire.

Un livre de documentation pour tous ceux qui veulent connaître les fonctions vasculaires.

Radiesthésie médicale (Application de l'art du sourcier à la médecine humaine), par le Docteur Albert Leprince. « Science et Médecine pour tous », 57, avenue d'Italie, Paris (XIIIe). Prix : 15 francs. Troisième édition revue et augmentée.

Nul médecin ne peut, désormais, se désintéresser de la radiesthésie appliquée à la médecine.

Si dans ce « domaine des sciences inconnues », il reste encore beaucoup à découvrir, la radiesthésie a fait depuis quelques années de tels progrès et a conquis tellement d'adeptes dans tous les mondes, que le méeecin doit pouvoir répondre au malade et le conseiller en connaissance de cause.

Le livre du Docteur Leprince est, à ce point de vue, un excellent vademecum : il étudie la radiesthésie d'une façon objective, et l'auteur a cherché et imaginé des appareils de contrôle mettant en évidence et mesurant la réalité ou les erreurs des diagnostics portés à l'aide du pendule ou de la baguette du sourcier.

Le Médecin comme chef, comme organisateur, par Paul Chavigny. Un vol. in-8° de 181 pages, 25 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (V^e^).

Si l'auteur est tenté de soutenir que le Corps médical a l'impérieux devoir de s'organiser, il demeure cependant très attaché à cette idée, de viser à rendre le Corps médical très indépendant de l'Etat, tout en cherchant à organiser la profession pour le plus grand bien de la médecine, en somme le plus grand bien du public lui-même.

Dans les conditions actuelles, il est bon que le Corps médical sache se modifier, s'améliorer lui-même. L'une des conditions essentielles, c'est qu'il soit capable de s'organiser, qu'il sache édifier un programme, qu'il soit susceptible ensuite de s'y tenir et d'y persister jurqu'à ce qu'on en parvienne à tous les résultats possibles et souhaitables.

En somme, le médecin a un intérêt capital à s'apercevoir qu'il est devenu essentiel pour lui d'être un organisateur de son propre milieu intellectuel et professionnel.

L'auteur a cru qu'il était utile et à propos de le dire et d'en développer l'argument dans d'excellents chapitres.

seur convenable et la roule dans le plâtre à modeler que j'ai au préalable mélangé avec un peu d'eau distillée ou bouillie, et j'enfonce ce tampon dans l'alvéole en le maintenant pendant une minute environ, jusqu'à complet durcissement.

Ce tampon bouche l'alvéole comme un bouchon de liège le fait d'une bouteille. Sous cette obturation le sang ne peut plus s'écouler et finit par se coaguler. Depuis que j'ai imaginé et employé ce procédé, je n'ai plus d'émotion en présence d'hémorragie grave. Ce procédé est simple, agit rapidement et donne toute sécurité. Le tampon doit rester en place 24 ou 48 heures. Pendant ce temps, on traite l'état général du sujet au point de vue de son hémophilie. Le tampon étant enlevé, je n'ai jamais constaté d'hémorragie secondaire.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies infectieuses

Un cas d'arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure consécutive à la varicelle a été observé par MM. Babonneix et J. Gouyen.

Une fillette de 11 ans, ayant fait 5 ans auparavant une varicelle d'évolution apparemment normale, présente des troubles de l'écriture, un ptosis bilatéral, une certaine instabilité de la démarche et un ralentissement progressif du développement intellectuel. Les premiers symptômes sont apparus un an après la varicelle. Évolution extrêmement lente s'étalant sur quatre années. Examen de l'enfant par MM. de Martel et Guillaume qui concluent : syndrome cérébelleux à évolution lente et progressive :

Ou gliome kystique.

Ou affection cérébelleuse (atrophie) secondaire à la varicelle, avec arachnoïdite et blocage de la fosse postérieure.

Intervention :

La dure-mère bat très nettement.

Après son ouverture, le grand lac apparaît très dilaté, le vermis petit, les lobes cérébelleux également atrophiés.

L'arachnoïde est épaisse et lactescente. Par une petite ouverture de cette dernière, pratiquée en faisant une biopsie du cortex cérébelleux gauche, une quantité considérable de L. C. R. s'écoule et le grand lac est vidé très rapidement.

Il s'agit bien d'un processus inflammatoire.

Pas de tumeur : trois semaines après les parents signalent que l'état s'améliore rapidement.

Si on ne met plus en doute l'encéphalite post-varicellique, l'existence de méningites produites par cette infection est encore discutée — quatre cas seulement signalés dans un travail récent.

Il est classique d'insister sur les difficultés que soulève le diagnostic de cette affection. Trop souvent, elle est prise pour une tumeur cérébrale, ou plus exactement, quand elle occupe la fosse cérébelleuse postérieure, pour une tumeur cérébelleuse. Le traitement chirurgical donne le plus souvent, dans ces cas, d'excellents résultats. Ce n'est donc que lorsqu'il est impossible qu'on recourra à la radiothérapie.

(L. Babonneix et J. Gouyen. — Arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure consécutive à la varicelle. *Gazette des hôpitaux*, 7 août 1935.)

Kala-Azar

Les frottis dermiques peuvent, à l'égal des frottis spléniques, hépatiques ou de moelle osseuse, assurer le diagnostic de kala-azar. Voici la technique :

On gratte l'épiderme avec un vaccinostyle sur une étendue d'une pièce de 2 francs ; on arrive ainsi sur une surface rosée, humide, non saignante ; puis avec un second vaccinostyle on racle doucement le derme au centre de cette surface ; et avec la pointe de ce vaccinostyle imbibée de ce raclât, on fait des étalements sur lames ; on réalise ainsi quatre à cinq frottis dermiques. On les colore suivant la technique de Lestoquard, c'est-à-dire qu'on les fixe d'abord avec de l'alcool iodé à 1 pour 100 pendant cinq à dix minutes, puis on fait agir sur eux un mélange contenant I goutte de May-Grünwald et III gouttes de Giemsa R.A.L. par centimètre cube d'eau distillée acide pendant deux heures, ou bien un mélange contenant I goutte de May-Grünwald et I goutte de Giemsa R. A.L. par centimètre cube d'eau distillée acide pendant quatre heures. C'est peut-être avec le procédé d'imprégnation lente (trois à quatre heures), qu'on a les meilleures colorations. On aperçoit alors les leishmanies, isolées, libres, ou plus rarement par groupe de quelques éléments. Leur forme est un peu différente de celles qu'on observe sur les frottis spléniques: elles sont plus ramassées, plus contractées, avec un aspect plus fusiforme, plus lancéolé, et c'est dans le gros pôle renflé, arrondi, qu'on trouve bloqué, l'appareil nucléaire, c'est-à-dire le noyau végétatif et le blépharoplaste caractéristiques. La recherche des leishmanies est ici plus longue, plus minutieuse, plus délicate que sur les frottis de rate, d'abord à cause de ces petites différences morphologiques, ensuite parce que les parasites sont plus rares (du moins en apparence), et enfin, parce que les éléments cellulaires, qui pourraient servir de repère et qui sont représentés par des fibroblastes et des mononucléaires, sont très rares.

Là où les ponctions de rate sont refusées ou ne peuvent être répétées, les frottis dermiques peuvent être multipliés en n'importe quel point du corps, sans aucune autre indication, et viennent donner un élément de certitude. Là où la formol-gélification est d'apparition tardive et n'est plus d'aucun secours devant un diagnostic hésitant, les frottis dermiques apportent la preuve absolue de ce diagnostic. Ils permettent en outre de suivre la marche de l'infection et, partant, de mieux régler la conduite thérapeutique.

En dehors de leur intérêt diagnostique, les frottis dermiques apportent un document particulièrement suggestif: ils montrent le dermotropisme des leishmania du kala-azar méditerranéen. Dans le kala-azar, on peut dire que les malades sont entourés d'un véritable manchon parasitaire, la présence des parasites dans le revêtement cutané, si près de l'épiderme, autorise certaines déductions d'ordre prophylactique. On sait que les phlébotomes jouent vraisemblablement le rôle d'hôtes intermédiaires dans la transmission du kala-azar. On sait aussi que les chiens sont considérés comme l'un des réservoirs importants du virus leishmanien, et l'on faisait jouer un rôle aux lésions cutanées dans le mécanisme de la transmission. Or, on comprend maintenant que les phlébotomes puissent également puiser dans le manchon cutané humain et trouvent là un réservoir de virus qui ne doit pas être négligeable lorsque la maladie est en voie d'extension. On comprend aussi l'intérêt qu'il y a de poursuivre le traitement spécifique de la maladie humaine tant que l'infection cutanée n'a pas définitivement disparu.

(Ed. Benhamou. — Le diagnostic du kala-azar par les frottis dermiques. *La Presse Médicale*, 9 octobre 1935.)

Obstétrique

L'avitaminose C agit différemment sur la nutrition fœtale et maternelle suivant le stade de la gestation.

Pendant les trente premiers jours de la gestation elle entraîne l'avortement (entre le vingt cinquième et le trentième jour de cette gestation) sans influencer notablement l'évolution de la dystrophie maternelle.

Pendant le deuxième stade de la gestation, l'avortement est exceptionnel ; le nouveau né souvent atteint par la dystrophie par carence (scorbut) l'est peu ou pas par la dystrophie générale. La nutrition maternelle est nettement protégée par la « présence fœtale » aussi bien contre la dystrophie par carence que contre la dystrophie générale.

Dès la parturition, les phénomènes de dystrophie par carence et de dystrophie générale, retardés par la gestation, se développent rapidement. On assiste en même temps qu'à une poussée scorbutique à un véritable « effondrement nutritif » qui s'oppose à l'eutrophie remarquable du deuxième stade de la gestation.

Cette protection de la mère, pendant la deuxième phase de la gestation, ne paraît pas due à un hypothétique pouvoir qu'aurait l'organisme du fœtus d'élaborer, de synthétiser l'acide ascorbique. En effet, la réaction caractéristique de celui ci (Giroud et Leblond) manque au niveau de ses tissus, et il présente lui-même fréquemment des signes cliniques de scorbut.

Ces faits expérimentaux ne sauraient être, qu'avec prudence, étendus à la clinique. Il est pourtant difficile de ne pas rapprocher, au moins dans leurs traits biocliniques essentiels, la grave distrophie qui suit le post-partum chez l'animal, de celle, qui, chez la femme enceinte, permet (ou accompagne) l'explosion tuberculeuse du post-partum.

(G. Mouriquand, R. Gillet et A. Cœur. — Carence maternelle et carence fœtale. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1935.)

Ophtalmologie

Le pronostic du décollement de la rétine considéré comme incurable il y a une douzaine d'années a été transformé, depuis l'utilisation de la thérapeutique chirurgicale visant à l'obturation ou à l'exclusion des déchirures.

Quelle que soit la technique employée (galvano-cautérisations juxta-choroïdiennes et perforantes, ou diathermo-coagulation mixte : en surface et perforante), on peut guérir 70 p. 100 de l'ensemble des décollements récents (deux à trois semaines) et réappliqués, et 55 à 60 p. 100 de l'ensemble des décollements présentant des déchirures.

C'est donc un résultat magnifique à l'actif de ces thérapeutiques opératoires nouvelles qu'il importe aujourd'hui de bien connaître, et il n'est plus permis aujourd'hui, en présence d'un décollement rétinien, de se borner au seul traitement médical. La plupart des variétés observées sont justiciables d'une intervention, particulièrement délicate il est vrai, mais à laquelle cependant le médecin n'a pas le droit de se soustraire, puisqu'elle sera presque toujours seule capable d'amener la guérison.

(F. Terrien, P. Weil et A. M. Dollfus. — Conduite à tenir en présence d'un décollement de la rétine. *Paris Médical*, 29 juin 1935.)

Le rôle de la stase dans la pathogénie de la lithiase biliaire apparaît aujourd'hui comme étant à tout le moins excessif et nuisibles les conclusions pratiques qui en découlent. Si le rôle de la stase pouvait paraître logique à l'époque où nous n'avions pas de précisions sur la physiologie du cholécyste et surtout de la lenteur de ses contractions, cela ne peut plus être accordé aujourd'hui. Nous n'avons qu'à évoquer la formation des calculs dans les canaux hépatiques et cholédoque pour nous rendre compte que point n'est besoin d'une immobilité absolue pour qu'un calcul prenne naissance. En ce qui concerne la vésicule, une stase vésiculaire spéciale semble superflue puisque de par sa nature même, la contraction du cholécyste se fait à un rythme suffisamment lent. Rappelons-nous enfin que l'évacuation de la vésicule n'est jamais ou exceptionnellement complète pour que la transformation amorcée d'un calcul risque d'être éliminée avant sa formation définitive.

L'analyse critique du rôle présumé de la stase montre par ailleurs avec quelle facilité on continue à accepter les vieilles théories alors même que les faits qui ont primitivement servi à l'étayer sont tombés. L'histoire du corset, cause de stase et de lithiase, peut figurer comme un symbole du rôle de l'inertie dans le maintien des vieilles théories.

(I. Pavel (de Bucarest), — Du rôle peu important de la stase dans la pathogénie de la lithiase biliaire. *La Presse Médicale*, 9 octobre 1935.)

Psychiatrie

La phobie post-traumatique de l'automobile, de l'avion est une séquelle mentale dont tout médecin-expert est amené à s'occuper en expertises médico légales et qui est souvent fort embarassante. Sur cette question il ne semble guère exister une bibliographie bien abondante.

Cliniquement, cette phobie de l'automobile se présente ainsi :

Très fréquemment, il s'agit de femmes qui ont été victimes d'un accident d'automobile. Les unes ont été renversées par la voiture qui les a écrasées, sur le trottoir ou sur la chaussée ; les autres étaient passagères dans la voiture qui est allée s'écraser contre un arbre ou est entrée en collision avec un autre véhicule. Elles disent que, recommençant pour la première fois à faire quelques pas dans la rue, après la fin de la période de traitements, elles éprouvent une terreur presque indescriptible en voyant passer une automobile à vive allure sur la chaussée voisine.

Traverser une rue devient pour eux le problème le plus angoissant. Devenus incapables de combiner avec calme, ce sont alors des personnes qui bondissent à contre-temps, font les demi tours les plus imprévus : elles n'arrivent à l'autre bord que grâce à l'adresse et au sang-froid des chauffeurs ; elles font plus que le nécessaire pour se précipiter sous les voitures.

La peur en est la cause.

Mais ceci n'est que l'une des formes cliniques de cette peur de l'automobile. Il en est une autre, spéciale aux personnes qui, avant l'accident, conduisaient elles-mêmes leur voiture. Guéries de leurs blessures, elles se sentent incapables de monter de nouveau en automobile, et surtout de conduire. Elles sont devenues, disent-elles, trop nerveuses ; elles ont perdu toute confiance en elles-mêmes ; il leur semble certain qu'elles précipiteraient bientôt la voiture contre un mur, qu'elles accrocheraient infailliblement la première voiture venant en sens inverse.

Il en est, parmi ces accidentés, qui, ayant été autrefois des chauffeurs intrépides et même quelque peu casse-cou, n'osent même plus monter dans une auto pilotée par quelqu'un d'autre.

Ces troubles se développent de préférence chez les prédisposés.

Ils se présentent sous forme grave chez certains traumatisés bénins, alors qu'ils manquent absolument chez d'autres personnes qui ont été victimes des accidents les plus effroyables.

La phobie accidentelle de l'automobile ou de l'avion est, dans presque tous les cas, chose transitoire. Elle s'épuise avec le temps, et finit le plus souvent même par disparaître complètement.

C'est par le mécanisme de l'oubli que cette guérison se produit.

Quant à la thérapeutique, il faut renoncer à croire qu'on puisse faire appel soit au raisonnement logique de l'individu. Une phobie de cette sorte ne se raisonne pas plus que le délire d'un aliéné.

Quand un blessé de l'automobile recommence ses premières sorties et manifeste violemment sa crainte des automobiles, on lui fera une obligation de limiter absolument ses promenades aux parties de la ville où les automobiles sont rares. On imposera à l'entourage un silence absolu concernant à la fois l'accident survenu et aussi les automobiles. Une compagne de promenade détournera l'entretien quand le passage d'une voiture automobile vient à réveiller une petite phase anxieuse.

Quant à la rééducation par la violence, c'est le moyen de faire échec absolu, presque toujours à toute amélioration possible.

Doit-on s'en rapporter aux déclarations des traumatisés, croire à leur sincérité, quand, au cours de l'expertise demandée, ils accusent une phobie de cette sorte ?

Là, comme à l'égard d'un trouble psychiatrique, c'est l'ensemble de l'examen qui renseigne.

L'accident d'avion, tout comme d'ailleurs l'accident d'automobile, crée un véritable *état d'anaphylaxie cérébrale* tel qu'un second accident même banal, avec traumatisme cranien presque insignifiant, provoque des manifestations pathologiques importantes, violentes même. C'est un cerveau de panique, en équilibre instable, qui a été touché.

Contrairement à ce qui se produit en automobile où les accidents sont en général instantanés, l'accident d'avion comporte souvent une phase d'angoisse très longue avant le choc terminal, et durant parfois jusqu'à plusieurs minutes. Cette particularité entre certainement pour une grosse part dans la constitution et le déclenchement de l'état phobique.

Un terme un peu trivial, mais usité en aviation, décrit bien ce qu'il en est. On dit de ces accidentés : « Tel aviateur est *dégonflé.* »

Il apparait que dans les cas de phobie de l'automobile ou de l'avion, le taux de l'incapacité de travail à attribuer à cette sorte de troubles pathologiques doit être à la fois *modéré, transitoire*, mais accordé *pour une période de temps assez prolongée.* On peut, par exemple, accorder à la phobie un pourcentage d'incapacité de travail de dix ou de vingt pour cent, pour une durée de quatre ou six mois. Une échéance à une aussi longue portée soustrait les intéressés à des examens répétés qui ont l'inconvénient d'entretenir le sujet en état processif.

(P. Chavigny. Une séquelle mentale des accidents de circulation : la phobie de l'automobile, de l'avion. *Paris Médical*, 28 septembre 1935.)

L'arrachement volontaire des yeux, si étrange qu'il puisse paraître, est une réalité qui a été quelquefois observée chez les grands névropathes, les mélancoliques. En voici un cas :

« Mon regretté collègue et ami A. Terson nous a rapporté un jour à la Société d'Ophtalmologie de Paris, les deux yeux que son propriétaire, un grand névropathe mélancolique, s'était arrachés la nuit précédente, quoique très étroitement surveillé. La garde entendit tout à coup un grand cri et on trouva par terre, à ses pieds, les deux globes oculaires. D'autres observations du même ordre ont été rapportées, toutes ayant trait à de grands mélancoliques.

A noter en pareil cas, comme dans l'observation de M. A. Terson, l'intégrité du ou des globes oculaires, arrachés toujours avec un fragment du nerf optique de longueur variable, souvent très long, c'était le cas de Terson, demeuré adhérent au globe oculaire.

Certes, des faits de ce genre sont tout à fait exceptionnels. Ils peuvent cependant avoir un intérêt pratique. Ainsi, je recevais, il y a quelques mois une lettre du Docteur Chartier, médecin légiste au Mans, me demandant si le globe oculaire pouvait être arraché avec les doigts sans l'emploi d'aucun instrument tranchant ? Il s'agissait d'une expertise : un individu au cours d'une discussion avait eu un œil arraché par son adversaire et il fallait préciser si ce méfait était prémédité ou non, si le criminel s'était servi volontairement d'un instrument tranchant ou si au cours de la lutte, l'œil avait pu être arraché, ce qui excluait la préméditation, l'examen n'ayant permis de trouver aucune arme ni aucun instrument tranchant sur le forcené désarmé. Je concluais, pour ma part, à la possibilité d'un geste spontané et l'absence de toute préméditation, les observations publiées nous montrant la possibilité de l'arrachement du globe oculaire sans aucun instrument. »

(Leçon clinique de M. le Professeur Terrien. Les traumatismes indirects du nerfs optique. *Journal des Praticiens*, 21 septembre 1935.)

Dermatologie

Histoire lamentable d'une « langue géographique ». — Une femme de 42 ans, à l'occasion d'une fatigue générale et de surmenage, se fait examiner, il y a une dizaine d'années par un médecin fort consciencieux. « Le résultat de cet examen fut satisfaisant, sauf sur un point, mais qui fut jugé important : la langue était très « abîmée » et indiquait l'existence de « cette maladie ». Un traitement spécifique fut institué et suivi *pendant cinq années* et à l'insu du mari ; peut-être la conscience de la conjointe n'était-elle pas absolument tranquille. On ne put déterminer s'il s'agissait d'une infection héréditaire ou acquise. Plusieurs examens de sang furent, pendant et après le traitement, complètement négatifs. Une ponction lombaire fut même faite en 1933 et permit de constater l'intégrité du liquide spinal. Cependant, le médecin traitant, seul au monde à connaître cette histoire, mourait et Mme Van..., désormais moralement seule, commençait à redouter les conséquences éloignées d'une maladie qui n'était pas guérie. En effet, ces « plaques », qui avaient fait faire le diagnostic, n'étaient jamais parties. En outre, il existait un état de fatigue générale, un manque de courage, une certaine difficulté à fixer l'attention et même à trouver les mots. L'ouïe baissait et, chose plus grave, depuis quelque temps il existait des vertiges nets : sensation de déplacement des objets, comme lorsque l'on est sur un bateau par mauvais temps... »

« Le diagnostic n'était pas difficile : il s'agissait de toute évidence d'une « langue géographique », d'une « glossite aberrante en aires », termes synonymes et il y en a d'autres. L'examen général de la patiente était parfait. Ses troubles subjectifs étaient purement névropathiques. Seuls, les vertiges avaient une cause organique : deux bouchons de cérumen. »

(Clément Simon. Histoire lamentable d'une « langue géographique ». *Le Bulletin Médical*, 5 octobre 1935.)

Médecine pratique

Dans la plupart des comas de cause cérébrale, il est habituel de voir l'assistance rester inactive pendant des heures devant le sujet qui agonise la bouche ouverte. « Nous pensons que la mise en pratique d'un moyen très simple que nous indiquons peut rendre service et même transformer la situation... Nous avons indiqué déjà le parti que nous avions tiré dans le cas de notre malade de la simple fermeture de la bouche après mise au net de l'arrière-fond de la gorge encombré de mucosités et de sécrétions demi solides. Nous avions été frappés à diverses reprises déjà de la cessation rapide du ronflement et du type respiratoire spécial de Cheyne Stokes, en maintenant fermée la bouche, et en évitant naturellement de comprimer la région sous-maxillaire. Nous avons fait faire pour cela de petits appareils composées d'une cupule mentonnière garnie, reliée par des courroies en cuir, qu'il est possible de modifier dans leur longueur, à une calotte occipitale assez large. Ces petits dispositifs peuvent rendre de grands services pratiques. Pour expliquer leur mode d'action, nous sommes portés à considérer l'arrière gorge comme une zone réflexogène respiratoire très importante, et à ne plus envisager les états pathologiques du bulbe comme les facteurs nécessaires et suffisants à la production du rythe de Cheyne-Stokes »

(J.-A. Barré. — Etude clinique du coma cérébello-ventriculaire et considérations thérapeutiques. *Paris Médical*, 5 octobre 1935.)

Prostate

Une cinquantaine d'applications de radium pour tumeurs prostatiques ont été pratiquées par M. Chauvin, de Marseille.

Après une courte période d'enthousiasme, la curiethérapie du cancer prostatique connut une période de défaveur. Des résultats défavorables furent publiés. La méthode parut officiellement condamnée. Cette condamnation de la curiethérapie dans le traitement des tumeurs malignes de la prostate ne doit pas demeurer sans appel. Si les résultats obtenus jusqu'ici ont été, en général, insuffisants ou fâcheux, c'est peut-être parce que les applications n'ont pas été absolument correctes.

L'action du radium est une action purement locale, mais il paraît évident que sur la tumeur prostatique elle-même, elle donne un résultat aussi complet, aussi durable et presque aussi constant que le bistouri. Ce résultat est obtenu au prix d'ennuis insignifiants et de dangers minimes, si on les compare aux effroyables délabrements et à la très haute mortalité du traitement opératoire.

Est-ce à dire que la radiumthérapie soit le traitement de choix de tous les cancers de la prostate ? Assurément non.

Il est des cancers au début, adénomes suspects plutôt que cancers, qui demeurent justiciables de la prostatectomie hypogastrique.

Il est, d'autre part, des tumeurs diffuses, qui ont dépassé les limites de la curabilité et pour lesquelles, pas plus par le radium que par le bistouri, nous n'avons le droit d'espérer une guérison.

Mais entre ces cas extrêmes, les cancers vrais de la prostate, même lorsqu'ils ont déjà envahi et franchi la capsule de l'organe, tant que leurs limites sont précises et accessibles au doigt, sont justiciables de la curiethérapie par épinglage, qui nous donne presque sans danger, d'aussi beaux résultats que l'acte chirurgical le plus téméraire.

(E. Chauvin. — Traitement du cancer de la prostate par le radium. *La Presse Médicale*, 25 sept. 1935.)

Varia

Dans les Facultés de médecine où est adopté le serment d'Hippocrate, nous avions compté Montpellier, la glorieuse, et après elle Alger et Marseille. Il faut y adjoindre Toulouse. Ce caractère vaillant doublé d'un esprit fin et de haute culture qu'est l'ancien doyen J.-E. Abelous avait le premier, après Montpellier, introduit dans sa ville cette coutume où vit la plus noble tradition de l'honneur professionnel.

(*Journal des Praticiens*. Le serment d'Hippocrate.)

Erratum. — Numéro du 9 novembre, lire, page 1789, S. Quéron au lieu de S. Quérou. — Page 1804, ligne 56, 2e colonne, lire : Docteur Rubenovitch, au lieu de Roubinovitch.

Si les médecins eussent été chargés de régler le différend (*italo-éthiopien*), la querelle n'eût guère eu l'occasion de naître. Les médecins sont les apôtres de paix. Sous les ordres de Lyautey, tantôt seuls, tantôt soutenus, par des troupes de campagne, ils ont conquis, la pacification du Maroc. Dans les difficultés internationales, ils réussiraient mieux à éviter les froissements et à apaiser les rancunes que les diplomates de carrière raides, figés, mécaniques, insolents et engoncés dans leur morgue. »

(*Journal des Praticiens*, 2 novembre 1935. — L'influence française en Angleterre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1935

Fièvre exanthématique et Heart-Water. — ***M. Balozet*** (de Tunis).

En regard du groupe important des maladies de l'homme dues aux microorganismes du genre Rickettsia, on ne connait chez l'homme qu'une maladie due au Rickettsia, la Heart-Water de l'Afrique Australe.

M. Balozet a fait une etude comparative chez l'animal en adaptant les techniques d'étude des fièvres exanthématiques a la Heart-Water.

Il a pu constater plusieurs faits nouveaux :

1° La virulence constante des centres nerveux qui, probablement, est plus grande que celle du sang ;

2° La sensibilité du mouton inoculé par voie intracérébrale ;

3° Sensibilité sous la forme inapparente, du rat inoculé dans le cerveau ou dans le péritoine. — Sensibilité sous la forme inapparente et parfois sous la forme apparente du cobaye inoculé dans les mêmes conditions. — Passages successifs possible de cobaye à cobaye et de rat à rat ;

4° Sensibilité du lapin au virus sous forme apparente fébrile ;

5° Absence d'immunité contre le typhus historique et murin des cobayes et des rats inoculés précédemment de Heart-Water.

Certains de ces faits paraissent avoir une grande importance pour l'étude expérimentale de la Heart-Water et notamment de ses rapports avec les autres maladies causées par les Rickettsia.

Coquillages et endémicité typhoïdique à Toulon. — ***M. Lancelin*** rappelle les travaux de Dubreuil, puis de Loir et Legagneux, sur la virulence des germes contenus dans les coquillages dans les ports et les estuaires.

A Toulon où les égouts débouchent trop près de la côte et des parcs à coquillages, il a pu constater à la sortie d'une station d'épuration des eaux résiduelles sans doute fonctionnant mal, une contamination particulièrement grave des coquillages.

Dans la population des marins de l'Etat qui consomment souvent des coquillages, il a pu observer 401 cas de fièvre typhoïde particulièrement grave, avec 42 décès. Notons que tous ces hommes étaient vaccinés ou revaccinés.

La nécessité s'impose donc de faire déboucher les égouts en haute mer.

Dix années de prophylaxie de la tuberculose en Grèce par la vaccination par le B. C. G. — ***MM. Lampadarios*** et ***Stavropoulos*** (d'Athènes), du 14 avril 1925 au 14 avril 1935 ont pu surveiller 1.375 familles comptant 3.742 enfants, dont 1.750 vaccinés au B. C. G. et 1.993 non vaccinés devant servir de témoins. 56 de ces familles comptaient un ou plusieurs tuberculeux.

La mortalité générale de l'âge de 1 mois à celui de 6 ans a été chez ces enfants de 2,8 % chez les vaccinés, de 21,7 % chez les non-vaccinés. Ce dernier pourcentage qui peut paraître élevé, est cependant sensiblement le même que celui présenté, dans le même temps, par 3.160 enfants de la ville d'Athènes, non surveillés au point de vue tuberculose (19,1 %).

Les auteurs concluent à l'innocuité absolue de la vaccination par le B. C. G. et à son action efficace indiscutable sur la mortalité générale de 1 à 6 ans.

Note sur le dicrotisme et l'anacrotisme ; recherches expérimentales faites au moyen d'un nouveau sphygmographe : le normographe. — ***M. de Somer.***

Election de deux correspondants nationaux dans la VI[e] division (pharmacie). — Classement des candidats : en première ligne : MM. Lobstein (de Strasbourg) et Juillet (Montpellier) ; en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Chelle (Bordeaux), Maurin (Toulouse), Pastureau (Nancy), Raquet (Lille) et Volmar (Strasbourg).

MM. Lobstein et Juillet sont élus.

Séance du 19 novembre 1935

La réserve alcaline dans la paralysie générale progressive avant et après la malariathérapie. — ***MM. Dem. Paulian et G. Tanasesco*** — De l'étude de douze malades de paralysie générale sur la réserve alcaline avant et après la malariathérapie résulte les conclusions suivantes :

1° La réserve alcaline sanguine dans la paralysie générale avant le traitement rappelé se trouve dans les limites normales, dans une proportion de 67 %, atteignant des chiffres compris entre 69,1 %, 51 %. L'acidose décrite par les auteurs, ne se trouve qu'en proportion de 33 %, chiffres compris entre 45,3 % et 33,8 % CO^2.

2° Le liquide céphalo-rachidien avant le traitement se trouve à peu près dans tous les cas en état d'acidose marquée, comprise entre 44,3 % et 29 % CO^2, la proportion étant ainsi de 91 %. Au contraire, l'équilibre normal de la réserve alcaline ne l'affecte que dans un petit nombre de cas.

3° Après le traitement malarique, les choses paraissent se renverser. Le sang récolté est en état d'acidose dans une proportion de 67 % avec des réserves alcalines comprises entre 49 % et 26,2 % et seulement dans une proportion de 33 %. les chiffres de la réserve se maintiennent normaux, 52,4 %, 54 %.

4° Le liquide céphalo-rachidien présente une tendance d'accroissement de réserve alcaline, mais sans atteindre les limites normales, si bien que dans une proportion de 88 %, nous avons trouvé des réserves variant entre 46,2 % 38,5 % CO^2, tandis que dans un seul cas la limite de la réserve alcaline s'est maintenue normale à 68,3 %.

5° L'acidité ionique urinaire se trouve, elle aussi, comprise avant le traitement malariathérapique dans les limites de 7,4, 5,4 et après le traitement, elle se trouve dans les chiffres compris entre 6,6, 5,4.

6° Les conclusions pratiques tirées de ces constations nous conduisent à l'idée d'une alcalinisation avant le traitement malarique, pour pouvoir écarter autant que possible l'acidose du liquide céphalo-rachidien. L'alcalinisation doit être faite plus puissante après le traitement, afin d'aider la tendance d'accroissement qu'affecte R + A après le traitement malarique.

Effets sur la fécondation et la procréation chez des cobayes femelles portant dans le péritoine des filtrats tuberculeux inclus en sacs de collodion. — ***MM. Fernand Arloing*** et ***A. Dufourt*** apportent une contribution à l'etude des effets de l'infection permanente par l'ultra-virus tuberculeux sur la gestation. Pour y parvenir ils ont utilisé la méthode de M. le Professeur Sanarelli, de Rome, en incluant dans la cavité péritonéale de cobayes femelles des sacs de collodion contenant des filtrats de cultures de tuberculose humaine récemment isolées. Puis les femelles ont été mises en cohabitation avec des mâles.

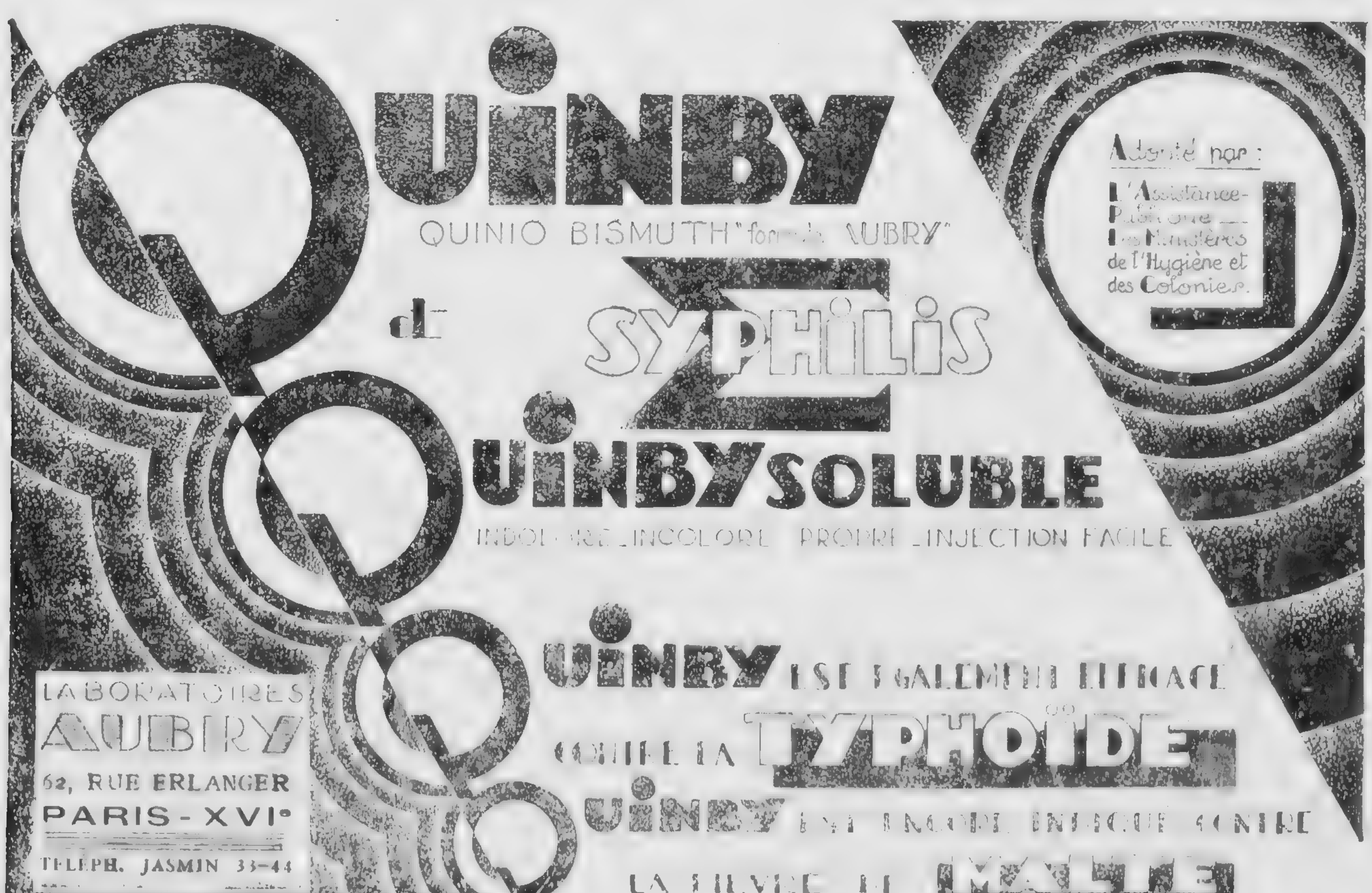
Sous réserve de la virulence variable de certains filtrats et des réactions inflammatoires, même aseptiques, qui peuvent amener une obstruction des trompes et empêcher la fécondation, il résulte de leurs expériences que la culture *in vivo* de l'ultra-virus tuberculeux en sac de collodion confirme la diversite des effets pathologiques produits suivant leur virulence par les injections de filtrats chez la femelle en gestation et sur leurs produits.

Ainsi les filtrats peu actifs laissent la gestation évoluer normalement et les nouveau-nés se développer normalement aussi. Avec les filtrats de virulence intermédiaire la fécondation se produit, la gestation arrive à terme et les produits restent hypertrophiques et finissent par mourir dans un état de dénutrition progressive ainsi que les enfants nés de mères tuberculeuses (Couvelaire). Enfin les filtrats très actifs peuvent gêner la fécondation ou amener l'avortement en produisant une cachexie progressive mortelle.

La natalité et la mortalité en italie. — ***M. G. Ichok***, montre, à l'aide de documents officiels qu'en Italie, comme dans tant d'autres pays, la natalite baisse d'une façon continue.

Les naissances, qui étaient en 1922, au nombre de 30,8 pour 1.000 habitants, sont tombées, en 1931, dernière année pour laquelle les statistiques sont connues, jusqu'à 24 9. La nuptialité est, à son tour, descendue de 9,6 à 6,7 également pour 1.000 habitants.

Les effet de la dénatalité sont, dans une certaine mesure, combattus par une diminution de la mortalité, qui, de 18,1 pour 1.000 habitants en 1922, est tombée en 1931 à 14,8. Il reste encore, dans ce domaine, beaucoup à faire. Et, puisque



QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
dans
SYPHILIS
Adopté par :
l'Assistance-Publique
les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY SOLUBLE
INCOLORE PROPRE INJECTION FACILE
QUINBY EST ÉGALEMENT EFFICACE
TYPHOÏDE
QUINBY
MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS - XVIe
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

malgré tous les efforts pour favoriser la natalité, sa diminution ne fait que s'accentuer, l'Italie, qui est loin d'être surpeuplée, risque, au contraire de se dépeupler, à moins de redoubler d'ardeur dans la lutte contre la maladie évitable et la mort prématurée, lutte en partie déjà couronnée de succès, mais qui offre un vaste champ d'action.

Accidents graves attribués à l'ingestion de milligrammes de menthol chez une enfant de quatre ans et demi. — ***M. Champeau*** (de Bourth), rapporte une observation où l'on voit des accidents assez tragiques survenus chez une enfant de quatre ans et demi après ingestion d'un bonbon au menthol acheté dans le commerce. Ces accidents disparurent au bout de deux heures. M. Champeau demande qu'on mette en garde le public en indiquant sur toute boite de produit à base de menthol : *l'usage dangereux chez les enfants.*

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1935

A propos des scarlatines chirurgicales. — ***M. Ménégaux*** présente son auto-observation de scarlatine secondaire à un traumatisme de la main. Ce fait lui semble faire la transition entre les scarlatines habituelles et les érythèmes scarlatiniformes chirurgicaux.

Torsion successive de l'ovaire et de la trompe. — Cette observation de ***M. Nini*** (Tripoli), rapportée par ***M. Picot*** concerne une jeune fille qui fit à trois ans d'intervalle une torsion de l'ovaire, puis une torsion de la trompe. Ces organes étaient en apparence sains. Une des deux torsions succéda nettement à un traumatisme, la seconde fut progressive.

A propos des orchites subaiguës de l'enfance. — ***M. Mouchet*** présente une observation de ***M. Salmon*** (Marseille). Ce syndrome d'orchite fut expliqué lors de l'intervention par la découverte d'une torsion d'un sac de hernie enkystée de la vaginale. Le testicule et l'hydatide de Morgagni étaient normaux. Le rapporteur passe en revue les causes les plus fréquentes de syndromes d'orchite subaiguë : l'hydatide tordue en est la cause en général. Ce cas ici rapporté est donc très rare.

M. Sorrel pense que les syndromes d'orchite aiguë sont moins rares que ne pourrait le faire croire le petit nombre des observations publiées.

Valeur du traitement sanglant dans les fractures des deux os de l'avant bras. — ***M. Vuillième*** présente des observations de malades opérés par ***M. Dujarier*** et qui montrent les heureux résultats de l'ostéosynthèse, dans des indications précises, et avec une technique minutieuse (rapport de M. Grégoire).

Electrochirurgie du cancer ano rectal. — ***M. Gernez*** a eu l'initiative de traiter par l'électro-chirurgie des cas de cancer ano-rectaux considérés comme inopérables. Les observations qu'il présente montrent qu'il a pu améliorer considérablement ces malades incurables, leur éviter des douleurs terminales et leur procurer même des survies appréciables.

M. Heitz Boyez souligne, à côté du rôle hémostatique du bistouri électrique, le fait qu'il évite la résorption au niveau du foyer opératoire, peut-être par l'occlusion des lymphatiques qu'il réalise.

Les formes occlusives de l'appendicite aiguë. — ***M. C..inczyc***, à propos de quatre observations récentes souligne la gravité de ces cas, la difficulté de leur diagnostic exact, le syndrome occlusif étant prépondérant. Au point de vue pathogénique il accorde une place prépondérante à la phlébite des vaisseaux iléo-cæcaux qui donnerait à ces formes leur allure progressive et fatale. Au point de vue traitement il préfère à l'entérostomie qui draine mal cet intestin paralysé, la résection ou la ligature des veines iléo-cæcales, associée à l'appendicectomie. Cette technique a donné des succès dans des cas comparables.

Nouvelle technique d'ostéosynthèse du col fémoral. — ***M. Mathieu*** communique un travail de ***MM. José Valls*** et ***Lagomarsino*** (Buenos-Aires). Ces auteurs pratiquent une arthrotomie, puis un enchevillement du col à l'aide d'un appareil guide-greffons spécial. Le rapporteur après une revue des méthodes actuelles d'ostéo-synthèse, insiste sur la difficulté de la réduction, sur la nécessité absolue de radiographies pendant l'opération, et tout particulièrement d'épreuves de profil qui seules permettent une correction exacte de la fracture. Enfin il rappelle qu'actuellement la radiographie et les guide-greffons permettent qu'on n'emploie plus l'arthrotomie plus mutilante que le simple enchevillement.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre 1935

Glycérophosphatase sanguine et maladies osseuses. — ***MM. M. Duvoir, F. Layani*** et ***J. Pautrat*** ont étudié la phosphatase sanguine dans de nombreuses maladies ostéo-articulaires. De ces recherches, il résulte que dans ces affections la constatation fréquente de variations importantes de la phosphatase conduit à des conclusions valables pour le diagnostic et pour le pronostic des cas étudiés.

L'augmentation de la phosphatase sanguine est le phénomène le plus habituellement rencontré, mais à des degrés variables. Les hyperphosphatasémies ne dépassant pas 100 % du chiffre normal sont communes, rencontrées dans de nombreuses ostéopathies généralisées ; au contraire, les hyperphosphatasémies dépassant 100 % et pouvant atteindre des taux considérables n'ont été constatées jusqu'à présent que dans deux affections : la maladie de Paget et la maladie de Recklinghausen à type d'ostéose parathyroïdienne généralisé ; ces constatations donnent une valeur diagnostique importante à la phosphatase sanguine.

Parmi les différents cas d'une même maladie, ceux qui comportent les lésions les plus généralisées et les plus actives s'accompagnent des augmentations de phosphatase les plus grandes. L'étude de la phosphatase sanguine apporte donc un test important de l'activité des ostéopathies et prend de ce fait une valeur pronostique intéressante ; elle permet enfin de suivre l'effet des thérapeutiques employées.

Maladie d'Addison et hormone cortico surrénale. — ***M. Veran*** (de Nantes) rapporte un cas de cachexie addisonienne avancée, chez une malade alitée depuis deux ans ; l'hormone corticale a permis une résurrection inespérée avec retour pendant un an à une vie active, interrompue par la mort subite. Les troubles digestifs, les douleurs lombaires cédèrent rapidement, la mélanodermie régressa considérablement, la pigmentation des muqueuses disparut, la fonction menstruelle se rétablit, mais l'hypotension et un fond de fatigabilité persistèrent. Un grave abcès du pied fut très bien supporté.

La malade reçut une dose totale d'hormone répondant au poids énorme de 15 kilog. de cortex frais. La posologie est encore mal définie et la conduite du traitement délicate.

Cette hormone qui réalise un immense progrès dans le traitement du mal d'Addison, n'a cependant qu'une action dissociée et incomplète sur le fond chronique de la maladie et semble être le médicament héroïque des poussées aiguës.

M. Rist fait remarquer combien rarement la maladie d'Addison complique la tuberculose pulmonaire. Il n'en a observé qu'un cas. Fait à signaler, chez la malade qui était cliniquement guérie de sa lésion pulmonaire après un séjour de deux ans au sanatorium, l'évolution de la maladie d'Addison n'amena aucune reprise de la tuberculose pulmonaire.

M. Coroli a observé un cas de guérison apparente d'une maladie d'Addison très grave grâce à l'ingestion quotidienne de 4 à 5 grammes NaCl. Le résultat fut extraordinairement rapide. Il en conclut que le sel marin ne doit pas être considéré comme une thérapeutique adjuvante de l'extrait cortico-surrénal, mais bien comme une arme très efficace dans le traitement de la maladie.

M. C. Dreyfus a observé lui aussi une guérison très rapide dans un cas de maladie d'Addison traité par l'ingestion de 6 grammes par jour de sel marin.

M. Sergent pense que l'opothérapie la plus efficace demeure la capsule surrénale fraiche qui lui a donné les plus beaux résultats.

M. Apert se rallie à cet avis.

M. Justin Bezançon apporte la confirmation expérimentale de l'utilité du sel marin dans le traitement de l'insuffisance surrénale chronique : les chiens décapsulés auxquels on donne à ingérer du sel marin présentent une très longue survie.

M. ***P. E. Weil*** croit que l'on peut facilement obvier à la dif-

ficulté de se procurer quotidiennement des capsules surrénales fraîches en se servant de glandes stabilisées par le gros sel.

Tétanos cérébral d'emblée compliquant une avulsion dentaire. Hémispasme facial. Guérison. — MM. *René Bénard, M. Pommailloux* et *Al. Négréanu* apportent une contribution à l'étiologie des méningites lymphocytaires bénignes, à propos d'un cas où un syndrome clinique sévère accompagne une lymphocytose de 1.500 éléments. L'enquête apprit que le sujet était syphilitique et que l'affection avait été déclenchée par une injection de produit mercuriel. Une poussée urticarienne intense avait accompagné cette méningite.

Les auteurs discutent en pathogénie de cette affection, relativement aux trois éléments en présence : syphilis, urticaire et sel mercuriel.

M. Tzanck souligne l'intérêt de cette observation qui montre la réalité des manifestations méningées au cours de la chimiothérapie. Elles ne sont pas exceptionnelles et il en rapporte trois cas.

M. R. Bénard rapproche cette intolérance médicamenteuse des accidents méningés d'origine serique.

Les méningites d'intolérance. — *M. A. Tzanck* rapporte, à propos de l'observation de MM. Benard, Poumailloux et Négréanu, trois cas de méningite de la chimiothérapie. Il en tire les conclusions théoriques et pratiques suivantes

1° Du point de vue théorique : au cours de la chimiothérapie. il peut exister des réactions méningées semblables à celles des méningites infectieuses ; ces meningites d'intolérance sont à rapprocher des méningites sériques ; ces réactions méningées peuvent être précoces ou survenir au dixième jour du traitement ; elles peuvent être spécifiques et n'apparaître que pour une seule substance ; d'autres fois, il s'agit de polysensibilisation.

2° Du point de vue pratique : il faut opposer les méningites syphilitiques précoces bien influencées par le traitement aux réactions méningées d'intolérance le plus souvent aggravées par lui.

La répercussion des états endocriniens sur le cœur. MM. *Léon Binet* et *Georges Weller*, ayant determiné la teneur en glutathion du muscle cardiaque, à l'état normal, chez divers animaux (grenouille sud-américaine, rat, cobaye, lapin, chien) et ayant constaté que ce muscle en contient une proportion beaucoup plus élevée que le muscle squelettique, ont suivi les variations de cette substance sous l'influence de conditions expérimentales variées (jeûne, asphyxie, hyperthermie, etc.) et en particulier après ablation des glandes endocrines : parathyroïdes, hypophyse, ovaires, pancreas. Ils ont ainsi trouvé, chez des animaux éthyroïdes et chez des animaux dépancréatés, une forte diminution du taux de glutathion dans le muscle cardiaque, ce qui confirme la possibilité d'une répercussion des etats endocriniens sur ce muscle.

Sur un cas de spirochétose ictérigène avec paraplégie. — MM. *Marcel Labbé, Boulin, Uhry* et *Ulman* rapportent un cas d'ictère grave spirochétosique remarquable par la survenue dans la phase initiale préictérique d'une paraplégie à début brusque, avec abolition des reflexes tendineux, intégrité de la sensibilité et des sphinctères.

En raison de la grande ressemblance clinique avec la paraplégie poliomyelitique, les auteurs discutent une association morbide et reviennent à cette occasion sur la tendance de la spirochétose à susciter des infections associées.

Rappelant tous les faits plaidant en faveur de l'affinité nerveuse, parenchymateuse du spirochète d'Inada et Ido : aréflexie, paralysies, périphériques, myelite même, ils concluent plutôt à l'origine spirochétosique de la paraplégie, le séro-diagnostic et l'inoculation du liquide céphalo-rachidien, du sang et des urines s'étant montrés, dans leur cas, nettement positifs.

M. Decourt a observé un cas d'interprétation difficile où se trouvaient réunis un syndrome méningé et une paraplégie à type périphérique. L'existence de fortes myalgies avait fait penser à la possibilité d'une spirochétose ayant déclenché une polynévrite chez un alcoolique. Les faits rapportés par MM. Labbé et Boulin incitent plutôt l'auteur à rapporter la paraplégie flasque à la seule spirochétose.

M. Brûlé pense que l'abolition des réflexes parfois rencontrée dans la spirochétose traduit une lésion transitoire de la moelle par le tréponème.

Azotémie fébrile spirochetosique. — *M. J. Caroli* apporte une observation qui vient grossir le nombre des cas de septicémie spirochétienne observés cet été dans la région parisienne. Elle concerne un professeur de culture physique prenant des bains aussi bien en rivière qu'en piscine et qui fut hospitalisé avec une fièvre élevée qui dura huit jours et qui guérit sans rechute. Ce qui fit penser à la spirochétose en pareil cas, malgré l'absence de signes méningés, de rougeur conjonctivale et d'urobilinurie, c'est la somnolence qui relevait d'une azotémie à 1 gr. 075. Le chiffre d'urée redevint normal après la chute thermique. Le diagnostic fut confirmé par l'inoculation des urines au cobaye et par une séro-agglutination au 1/100.000e.

Les formes « pseudo-grippales » de la spirochétose anictérique. — MM. *Raoul Kourilsky* et *H. Ramon* apportent deux observations recueillies à deux mois d'intervalle, durant l'été 1935, de spirochétose anictérique, uniquement caractérisée par une forte fièvre, une courbature diffuse et une réaction érythémateuse discrète du pharynx. Ces cas ont été étiquetés « grippes ». En réalité, il faut se méfier de ces grippes d'été survenant en dehors de toute contagion rhinopharyngée et ne s'accompagnant ni de rhinopharyngite vraie, ni de trachéobronchite. Il est nécessaire de pratiquer dans ces cas un sérodiagnostic après dix jours, qui éclaire rétrospectivement le diagnostic. Celui-ci peut néanmoins être fait, durant l'évolution, par la constatation de la conjonctivite, d'un léger syndrome méningé, quand ils existent, par l'anamnèse, par l'existence d'urobilinurie, d'albuminurie discrète mais surtout d'azotémie. L'inoculation des urines au cobaye, au sixième jour, a été positive dans un des cas. Quoique parfaitement connues et décrites, ces formes, remarquables par leur bénignité et par leur difficulté diagnostique du fait de symptômes muqueux discrets associés, méritent d'être connues.

M. May insiste sur l'importance de l'injection des conjonctives qui peut, dans les cas atypiques, faire soupçonner le diagnostic de spirochétose.

Spirochétose méningée pure à forme mentale. — MM. *Georges Guillain* et *Jean Lereboullet* rapportent l'observation d'une malade admise à la Clinique neurologique pour un état confusionnel avec fièvre et réaction méningée cliniquement fruste. Le diagnostic des spirochétose put être soupçonnée du fait de l'hypercytose du liquide céphalo-rachidien, à formule mixte, contrastant avec une hyperalbuminose modérée et par la constatation d'une injection conjonctivo-ciliaire accentuée. L'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye donna un résultat négatif, mais un séro-diagnostic fortement positif prouva la nature spirochétosique de cette méningite. La contamination s'etait faite lors d'une chute dans la Seine au cours d'une crise épileptique. Les auteurs insistent sur la prédominance presque exclusive des troubles mentaux dans ce cas. Une telle forme clinique peut être d'un diagnostic difficile.

Sur un signe clinique caractérisant les distensions vésiculaires sur la tension vésiculaire provoquée. — MM. *M. Chiray* et *A. Malinsky*, après avoir rappelé les erreurs fréquentes dans la palpation des vésicules biliaires distendues, proposent une manœuvre très simple pour les éviter. Elle consiste non plus a percevoir la vésicule au palper, mais à la faire voir, dans les cas favorables, par la voussure qu'elle dessine sous les téguments. Ce mode d'exploration paraît capable de rendre service pour le diagnostic des hydrocholécystites.

A propos de l'uricemie goutteuse. — *M. Coste.*

Tétanos cérébral d'emblée compliquant une avulsion dentaire. Hémispasme facial. Guerison. — MM. *Paul Jacquet, Stéphane Thieffry, Pierre Maury* et *Naftalis*. — Quatre jours après une avulsion dentaire, crise d'excitation furieuse aboutissant à un etat d'obnubilation profonde entrecoupée de période d'agitation et de vomissements, avec Cheyne-Stokes intense, paralysie de l'accommodation, contractures du tronc et des membres superieurs en flexion. Ce n'est que le lendemain que l'apparition des contractures caractéristique trismus, raideur de la nuque), permit d'individualiser le tétanos, l'ensemencement du fond de l'alvéole blessées d'autre part donnant par la suite une culture pure de bacilles tétaniques.

Traité par la sérothérapie intraveineuses et sous-cutanée avec un barbiturate en injection intraveineuse dont l'action sur les contractures était immédiate, le tétanos évolua suivant le mode partiel. localisé à la moitié supérieure du corps à

prépondérance unilatérale avec hémispasme facial et rotation de la tête au moment des crises et guérit sans rechute en cinq jours. La ponction lombaire montrait une irritation légère : albumnose à 0,52 et 0,60 ; 5 et 13 lymphocytes par millimètre cube.

Les manifestations cérébrales au cours du tétanos sont rares Elles succèdent de loin à l'apparition des contractures, sont l'apanage des tétanos prolongés, le plus souvent curables et surviennent chez des sujets ayant reçu préventivement du sérum. Il en a été tout autrement chez notre malade qui n'avait pas été traité préventivement et dont les manifestations cérébrales précédèrent les contractures au point de faire penser à une méningite, à un délire aigu. Aussi proposons nous pour les cas de ce genre le terme de tétanos cérébral d'emblée.

Perforation de la cloison interventriculaire d'origine myomalacique, suite d'infarctus myocardiques. — *M. le Prof. Bickel* (de Genève) relate deux cas de perforation de la loison interventriculaire d'origine myomalacique, suite d'inarctus myocardique dont l'un seul avait donné lieu à la prouction d'un souffle systolique.

Infarctus du myocarde à type d'ictus apoplectique. *M. le Prof. Bickel* (de Genève) rapporte une observation d'infarctus du myocarde à type d'ictus apoplectique dans laquelle le coma profond constaté serait attribuable à des troubles vasculaires reflexes, veritable ictus circulatoire ; après quatre ans d'accalmie complète, le malade est décédé brusquement. Pas d'autopsie.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 novembre 1935

Le claquage sportif. — *M. Tissier* estime que l'on doit considérer le « claquage sportif » comme une myosite toxique. Cette hypothèse donne une orientation nouvelle pour le traitement, même préventif de cette affection. Elle ouvre egalement des horizons nouveaux pour le traitement de la myosite du cheval connue sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

A propos des différentes techniques pour la chirurgie plastique mammaire. — *M. Montant* montre qu'il n'existe aucune technique nouvelle, absolument inedite, s appliquant à la cure chirurgicale plastique de tous les cas de dystrophie mammaire. Toutes les méthodes connues et décrites depuis déjà longtemps ont chacune leurs indications, avec leurs avantages et leurs inconvénients. En dehors d'un intérêt esthétique pur, la chirurgie plastique mammaire offre un grand intérêt thérapeutique qui lui donne droit de cité dans le domaine de la chirurgie générale.

Resultat chez un malade traite par l'extrait bacillaire de Grimberg. — *MM. Grimberg* et *Seigneury* présentent un malade qui étant atteint d'adénites tuberculeuses suppurées a été traité et gueri par l'extrait bacillaire de Grimberg.

Test endocriniens. — *M. Dausset* présente un film fait à l'Hôtel-Dieu montrant les tests endocriniens employés dans le Service metabolisme basal, angle d'impédance de Lamy et temps de réduction de l'oxyhémoglobine au spectroscope, on établit ainsi suivant la méthode de Ferrier un électrodiagramme endocrinien, en excitant successivement l'hypophyse, la thyroïde, la mamelle, l'ovaire. Cela donne des indications très nettes sur les insuffisances glandulaires et on traite celles qui ramènent la courbe vers la normale.

Les anomalies du sein en dehors des hypertrophies et du prolapsus. — *M. Dartigues*, dans une serie de diapositifs a projeté les cas les plus divers allant de l'absence totale du sein ou *amazie* jusqu'aux *polymasties* les plus variées (glandes surnuméraires), et les possibilites actuelles de les guérir. A ce propos, l'auteur montre l'exemple le plus rare, connu jusqu'à ce jour, un sein surnuméraire, dans le dos, au niveau du sacrum dont lui a envoyé la relation le Professeur Brainbrige, de New York.

A propos de la communication de M. Aubourg. — *M. Guy-Laroche* est d'avis que la communication de *M. Aubourg* sur les modifications heureuses de la cholestérolémie après les applications de courants exponentiels de basse fréquence de *Le Go* apporte un nouveau moyen très intéressant de traitement de l'hypercholestérolémie. Si, comme le dit Aubourg, l'action de courants sur le foie paraît probable, on peut aussi se demander si cette baisse de cholestérol n'est pas obtenue par action des courants sur le métabolisme cellulaire en général. Ces effets obtenus par une méthode physique sont à rapprocher de ceux que l'auteur a observés avec Grigaut et de Chaisemartin par la cure d'exercice physique intensive au grand air. Il s'agit dans les deux cas d'une réactivation du métabolisme cellulaire aboutissant à des combustions plus parfaites.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Métastases osseuses dans les tumeurs du sein à évolution locale en apparence bénigne

On ne doit jamais laisser en place une tumeur quelconque du sein sous le prétexte qu'elle est bénigne. A la Société de chirurgie de Lyon (27 juin 1935) MM. Tavernier et Pollosson ont rapporté deux observations de tumeurs du sein dont l'évolution locale semblait bénigne tandis qu'apparaissaient des métastases osseuses. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 60 ans opérée seize ans auparavant d'une tumeur bénigne du sein et qui se présentait avec une métastase de l'épaule dont le diagnostic fut confirmé par la radiographie et la biopsie. Le second cas concerne une femme de 34 ans présentant une petite tumeur d'apparence bénigne existant depuis deux ans en ayant donné une métastase vertébrale typique et une tumeur de l'extrémité supérieure du fémur avec fracture du col. Il faut bien connaître ces formes qui sont à rapprocher des goitres métastatiques, des hypernéphromes malins et des métastases dans certaines tumeurs de la prostate. Il s'agit de tumeurs bénignes en apparence, souvent dégénérées en un point.

Un cas d'intoxication volontaire par la quinine

Un sujet ayant absorbé volontairement 6 grammes de sulfate de quinine, a présenté, dans les deux heures, une très forte amblyopie progressive avec réduction du champ visuel à deux paumes de main et mydriase extrême irréductible. Les troubles ont persisté pendant une huitaine de jours et ont progressivement rétrocédé. (Andrieu, Lassale et Passa, *S. de Méd. M. Fr.*, 11 juillet 1935.)

Kyste hydatique de la paroi abdominale

Chez une femme de 69 ans mordue il y a cinq ans par un chien M. J. Dor (*S. de Ch. de Marseille*, juin 1935) a enlevé un kyste hydatique suppuré et fistulisé de la paroi abdominale qui était apparu exactement au niveau de la morsure.

Volumineux hématome dorsal dans un cas de leucémie myéloïde ; évolution favorable après radiothérapie

Un volumineux hématome dorsal de plus de deux litres a été observé, au cours d'une leucémie myéloïde, par MM. Barbier et Bouchet (*S. M. des Hôp. de Lyon*, 25 juin 1935). Malgré le pronostic considéré comme fatal de ces grands hématomes leucémiques, et malgré la notion classique actuellement qui fait déconseiller la radiothérapie dans les leucémies hémorragiques, la radiothérapie splénique instituée en désespoir de cause amena une transformation de l'état sanguin et de l'état général et cette amélioration semble durable après six mois.

Perforation appendiculaire au decours de la fièvre typhoïde

La perforation appendiculaire est rare au décours de la fièvre typhoïde. M. J. Dor (*S. de Ch. de Marseille*, juillet 1935) en rapporte un cas. Une malade atteinte de fièvre typhoïde, après deux mois d'évolution, et alors que l'alimentation était reprise progressivement depuis huit jours, présenta brusquement un syndrome douloureux abdominal avec température à 40°. A l'intervention on trouva une perforation appendiculaire.

VARIÉTÉS

Aspects de la vieillesse

Triptyque par un octogénaire

I. — *Les maux accablants des vieillards*

Après le grand Latin, qu'Arpinum a vu naître,
J'ose à peine esquisser un *De senectute*,
Sans chercher l'éloquence où Cicéron fut maître,
Pas de philosophie et plus de vérité.

Vers soixante ans on voit tour à tour apparaître,
Les signes précurseurs de la sénilité :
Fatigue au moindre effort, souci du seul bien-être,
Impuissance en amour, croissante surdité.

Somnolence diurne et nocturne insomnie,
Prostate exubérante et troubles de vessie,
Cancers, goutte, aortite, angor du vieux fumeur.

Cécité, calculose, Ictus, hémiplégie,
Contracture, impotence, amnésie, aphasie,
Sphincters paralysés, gâtisme... Quelle horreur !

II. — *Les vieux et les jeunes*

Le vieillard, évoquant les jours de sa jeunesse,
Revoit choses et gens plus beaux qu'ils n'ont été.
Il lutte pied à pied par esprit de paresse
Contre l'invasion de toute nouveauté.

Comme s'il accueillait sa première maîtresse,
Le jeune homme naïf voit toujours en beauté
La nouveauté du jour et pour elle délaisse,
Son vieux père bougon qu'il traite d'encroûté.

Le vieux monsieur s'ennuie ; il radote ou somnole,
S'il est riche, à son club ; s'il est pauvre, il s'isole
Dans un coin de café, joueur sentencieux.

Le riche entouré sent qu'on attend l'héritage
Le pauvre d'être seul au lit de mort enrage...
...Et tant d'humains pourtant désirent vivre vieux !

III. — *La glorieuse longévité*

Rarissime est le cas d'une verte vieillesse
Où l'homme, ayant gardé santé, lucidité,
Riche d'expérience, est nimbé de noblesse,
Salué bas par tous, écouté, consulté.

Un Thiers, un Clemenceau purent goûter l'ivresse
D'avoir de leur pays sauvé la liberté
Le petit Marseillais fut grand par sa finesse
Le Tigre Vendéen, par sa ténacité.

Fontenelle, Chevreul sont demeurés illustres,
Pour avoir sans déchoir vécu plus de vingt lustres.
Nous devons ajouter à ces noms éclatants

Notre bon Guéniot, qui, plus que centenaire,
Pour qu'on pût l'imiter, n'hésita pas à faire
Un livre, dont le titre est : « *Pour vivre cent ans* ».

Paul LE GENDRE.

Echos et Glanures

Une histoire de la médecine illustrée avec préface de J.-L. Faure. — Un écrivain qui est aussi un médecin, M. René Dumesnil, vient de publier (Librairie Plon) une *Histoire illustrée de la Médecine*. Ce livre, qui a l'avantage de ne pas être écrit par un spécialiste, trace de la médecine une fresque aussi vivante que précise, et réalise à merveille le but de l'auteur : montrer le cheminement des idées à travers les siècles et parmi les hommes, relier la médecine aux autres manifestations de l'intelligence, montrer ses rapports avec l'humanisme. Pour ce livre, M. Jean-Louis Faure a écrit une brillante préface que nous reproduisons à peu près *in-extenso* :

« Ce livre, dit M. Jean-Louis Faure, fait passer sous nos yeux, dans une fresque largement brossée, mais riche cependant, des noms qui marquent dans l'évolution de la médecine comme dans celle de la pensée, qui se confondent bien souvent, l'histoire de la médecine, avant qu'il y eût une histoire, au cours des civilisations primitives et de celles qui se sont succédé depuis les temps historiques.

« La médecine, pendant des millénaires, a eu plus de rapports avec la magie qu'avec la nature, avec la religion qu'avec la science. Les philtres et les incantations tenaient plus de place que les médicaments véritables et cependant, l'existence d'une certaine thérapeutique de sens commun se confond avec l'origine des sociétés humaines. Les libres bibliques sont remplis de préceptes d'hygiène, et si nous remontons pendant des millénaires avant les civilisations de l'Egypte et de l'Asie-Mineure — qui malgré leur antiquité, sont, après tout, relativement récentes à côté des balbutiements de nos ancêtres de la préhistoire, — il est certain, il est même évident que l'homme des cavernes connaissait, par exemple, l'immobilisation des fractures, dont il existe des observations authentiques chez certains animaux et, en particulier, chez les oiseaux.

« La chirurgie présente par elle-même un caractère pratique et parfois même d'une brutale évidence qui ne prête pas, comme les maladies internes, les fièvres et les altérations profondes de l'organisme, aux reveries, aux interprétations magiques, aux interventions miraculeuses : Lève-toi et marche, disait le Christ à Lazare, couché dans le tombeau ! L'aurait-il jamais dit

au malheureux étendu, la cuisse brisée, sur le bord de la route ?

« Et cependant, il y avait déjà, il y a cinquante siècles, dans la médecine indienne, des pratiques chirurgicales très avancées. On opérait la cataracte, on liait les artères dans des plaies profondes, on réduisait les luxations, les fractures. On connaissait la rhinoplastie...

« Il semble qu'il y ait eu, parmi les civilisations de cette formidable Asie, qui fut et qui demeure le creuset bouillonnant où fermente l'humanité, des vagues successives où les conquêtes de l'esprit humain, après des siècles de progrès et des siècles de décadence, se sont lentement élevées pour arriver aux grands jours du miracle grec, où la médecine vint, avec Hippocrate, s'affranchir des erreurs du passé, et demander la vérité aux leçons de l'observation, de l'expérience et à la puissance souveraine de la Raison.

Hippocrate fut un très grand homme, et c'est à juste titre qu'il a été considéré comme le père de la médecine ! Il comprit que, avant la philosophie, avant la métaphysique, avant l'aveugle soumission aux doctrines anciennes, par la seule raison qu'elles sont anciennes et que les hommes n'ont pas fait l'effort nécessaire pour les arracher de leur esprit et parfois même de leur cœur, — il comprit que son devoir était d'aller chercher la vérité dans l'observation de la nature, dans l'étude de la maladie, dans l'examen des malades. Il a été le véritable fondateur de la clinique à laquelle il a donné des lois que nous suivons encore aujourd'hui dans leurs grandes lignes ! Si bien que cet homme qui vivait dans un temps où les connaissances anatomiques étaient encore rudimentaires, et où les lois de la physiologie étaient inconnues, dut à son bon sens, à sa raison, et pour tout dire à son génie, de pénétrer profondément dans la connaissance des maladies et de laisser après lui une œuvre que le temps n'a pas effacée.

Ensuite ! Ensuite, on peut presque dire, en vérité, que, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, la médecine n'a guère changé — au moins dans ses grands principes, car il y a eu, bien entendu, au cours des siècles et des siècles, d'innombrables acquisitions de détail, en thérapeutique, en chirurgie appliquée.

« Elle ne le pouvait pas, tant qu'elle n'a pas eu à sa disposition les connaissances anatomiques et physiologiques, qui pouvaient seule lui permettre de se transformer et de devenir une science. Elle n'a vécu que sur des erreurs. La circulation du sang, pendant cinquante années, n'a rencontré que des incrédules. Malgré des découvertes fragmentaires — et parfois magnifiques, comme celle d'Harvey — la physiologie scientifique date à peine de Claude Bernard que nous avons connu !...

La médecine s'est donc, pendant deux mille années, traînée au ras de terre. Il y a eu des éclairs individuels, de très grands travailleurs, des hommes de génie. Mais nous nous rendons bien compte, aujourd'hui, que nous avons, avec Pasteur, ouvert les portes de la nuit, que rien de grand ne pouvait se faire en médecine tant que la cause première des maladies nous demeurerait inconnue...

C'est pourquoi la médecine romaine ne fut que le transfert, dans la capitale du monde, de la médecine grecque. Si Celse était de Vérone, Asclépiade et Galien étaient des Grecs d'Asie Mineure. Celui-ci, avec Hippocrate, a été l'oracle médical du Moyen-Age et jusqu'au dix-huitième siècle, il a dominé les esprits. Comme Celse, qui l'a précédé d'un siècle, mais ne fut guère qu'un compilateur, il a laissé une œuvre immense, une sorte d'encyclopédie, où quinze siècles ont puisé leurs principes et leurs idées. Il y a de terribles erreurs dans son œuvre, et s'il ne pouvait pas ne pas y en avoir avec des bases physiologiques erronées. Mais ce fut tout de même un grand travailleur, et en quelque mesure un grand esprit. Lui aussi avait tenté de trouver la vérité dans l'observation de la nature. Il avait disséqué des animaux et savait que le sang passe des artères dans les veines. Et, plus clairvoyant que bien des philosophes de notre temps, « il voyait dans le cerveau le siège de l'intelligence, de la sensibilité, et du mouvement volontaire transmis aux membres par les nerfs ». Ce n'est donc pas sans quelque justice qu'il a pendant si longtemps, régné sur la médecine universelle...

Après lui, l'histoire de la médecine est celle des grands hommes, et parfois des grands hommes qui s'y sont illustrés. Chaque siècle a porté sa pierre à l'édifice, chaque civilisation, son esprit ! Après les Romains, les Arabes ! Ces hommes qui, soulevés par l'enthousiasme et la foi de l'Islam, sont, au galop de leurs chevaux, venus jusqu'aux champs de Poitiers où, pour le salut de la civilisation occidentale, Charles Martel a, pour toujours, brisé leur élan magnifique ! Quelle grande leçon pour l'histoire que celle de ces hommes qui, dans l'Espagne subjuguée, ont créé cette civilisation à laquelle nous devons l'Alhambra, et qui, rejetés dans l'Afrique du Nord, après sept cents ans de batailles, sont retombés depuis six siècles dans le sommeil d'une demi-barbarie, dont quelque jour ils sortiront peut-être pour de nouvelles destinées !

« Ce fut une grande époque pour la médecine arabe, que celle où les kalifes sarrasins étendaient leur domination des rives persanes de la mer Caspienne au rocher sanglant de Tolède ! Rhazès, Avicenne, Abd-ul-Kasim sont de grands noms ! Et cet Averroès, esprit encyclopédique comme Aristote, et qui mourut en 1158, dans cette ville de Marrakech, qui nous dévoile aujourd'hui ses mystères, et dont la vie n'a pas changé depuis la mort de ce grand homme ...

Pendant ce temps les Barbares du Nord, sortis des forêts de la Germanie, avaient détruit la civilisation romaine. Une civilisation nouvelle s'élevait peu à peu sur les ruines du grand empire. Un esprit nouveau soufflait sur le monde. On voyait s'élever sur la terre de France, qui déjà connaissait son nom, ces monuments sublimes que sont les cathédrales, et l'Italie submergée, écrasée par les invasions des barbares, ressuscitait des morts !

La médecine participa à cette nouvelle floraison de l'esprit humain. L'école de Montpellier, fondée vers 1180, fut pendant plusieurs siècles la première de l'Europe. Une véritable fièvre de savoir embrasait les esprits. Les études anatomiques naissaient et passionnaient de nombreux chercheurs. L'Italie se couvrait d'artistes et de savants. La Grèce et Rome revenaient à la vie. Et puis voici la fin de ce quinzième siècle qui vit le Turc prendre Constantinople, mais qui vit aussi Gutenberg imprimer son premier ouvrage et Colomb découvrir un monde ! L'esprit humain ouvrait ses ailes vers de nouvelles destinées. La Renaissance allait recommencer l'histoire et régénérer l'humanité.

Une ère splendide s'ouvrait. Et cependant la médecine ne pouvait pas, avant la révélation pastorienne, faire des progrès véritables. Mais la passion de la recherche était là, se répandant de plus en plus, et apportant en anatomie, en thérapeutique et en chirurgie d'innombrables notions nouvelles. Mais il y avait mieux encore, il y avait un esprit nouveau, l'esprit d'examen, l'esprit de critique. De même que Luther brûlait publiquement les bulles du pape, Paracelse brûlait les ouvrages de Galien et d'Avicenne, et portait des coups terribles aux dogmes galéniques. Ce fut le temps de Fernel et du grand Rabelais, et de Vésale et d'Ambroise Paré. Mais comme toujours et pendant très longtemps, jusque vers la fin du dix-septième siècle, il y eut une résistance acharnée. Diafoirus triomphait encore et les médecins de Molière ne font que symboliser cruellement ceux qui entouraient le grand roi, et qui, enfoncés dans leurs routines, et férus du clystère et de la saignée, refusaient d'accepter les idées d'Harvey et faisaient la guerre aux circulateurs, en même temps qu'ils se refusaient à voir autre chose que des barbiers dans les chirurgiens, qui cependant, depuis longtemps, avaient fait faire à la pratique de leur art des progrès magnifiques.

Les événements vont maintenant se précipiter avec le dix-huitième siècle — car nous sommes au siècle de Voltaire, de Diderot, de l'Encyclopédie, — au siècle de cet affranchissement de l'esprit qui devait aboutir à cette Révolution, transportée à travers l'Europe par l'épée de Napoléon, et qui a pour ainsi dire coupé en deux l'histoire du monde !

Je n'entreprendrai pas d'analyser ici l'immense travail qui a transformé la médecine. Aussi bien c'est dans ce livre qu'il faut lire cette histoire passionnante, analysée avec autant de talent que de fermeté d'esprit ! Mon rôle est terminé et j'ai déjà trop empiété sur la substance de ce beau travail ! Nous entrons dans ce dix-neuvième siècle qui a, par le prodigieux développement de toutes les sciences, transformé la face du monde, pour

conduire les hommes à la contemplation des prodiges que nous avons aujourd'hui sous les yeux.

« Lavoisier, tué par cette Révolution dont il portait l'esprit, avait ouvert à la physiologie un avenir sans bornes en démontrant que la vie n'était autre chose qu'une sorte de combustion.

« Et puis, en quelques années tout se transforme. Les sciences anatomiques avec Bichat. Avec le grand Laënnec, la méthode anatomo-clinique, qui, en expliquant les symptômes de la maladie par la constatation des lésions des organes malades, a fait faire à la médecine plus de progrès qu'elle n'en avait fait depuis Hippocrate, et Lamarck, qui en révélant au monde l'évidente évolution des êtres organisés, a ouvert dans la nuit les portes de lumière et donné le coup de mort aux vieilles philosophies, et Claude Bernard, le créateur de la physiologie moderne, et tant d'autres, médecins et chirurgiens, venus de tous les coins du monde, travaillant tous aux progrès de la biologie, de la science de la vie et de la mort, tous jusqu'à Pasteur enfin, le grand Pasteur, prophète inspiré d'un monde nouveau ! Par lui, et par lui seul, par ses découvertes immortelles, toutes les sciences médicales, la médecine, la chirurgie, l'hygiène, la thérapeutique, fondée sur les données nouvelles de la séro et de la vaccinothérapie et l'antisepsie de Lister et l'asepsie de Terrier, qui ont fait de la chirurgie l'art merveilleux que nous possédons aujourd'hui, toutes les sciences enfin qui s'occupent de la santé et de la vie des hommes, ont fait plus de progrès qu'elles n'en avaient fait depuis que, sur la terre, il y a des hommes !

« Gloire à lui ! honneur à ceux qui derrière lui, ont travaillé à la grande œuvre du salut de l'humanité. Heureux ceux qui, comme nous, parmi les convulsions des peuples et les bouleversements de la terre, ont vu s'accomplir ces miracles ! »

L'influence de la maladie sur l'esprit. — *Extrait d'un article de M. Georges Duhamel : Remarques sur les travaux scientifiques et le message de Charles Nicolle* (REVUE DE PARIS, 1er novembre 1935) :

« La découverte des maladies inapparentes ne saurait laisser le psychologue indifférent. Bien que Charles Nicolle se soit abstenu jusqu'ici de toute interprétation en ce sens, il m'est arrivé souvent de faire des hypothèses qu'il n'a pas repoussées.

« Nous savons que les maladies apparentes exercent une action modificatrice puissante sur notre vie psychique. Chaque maladie laisse une trace plus ou moins durable dans notre histoire humorale et dans notre histoire morale. Je connais des gens doués de vertus très fortes et qu'un accès morbide touche vivement dans l'exercice de telle ou telle de ces vertus. Il est des hommes dont le courage, pourtant fort grand, ne résiste pas à quelques dixièmes de fièvre, d'autres qu'une légère hypersécrétion gastrique ou intestinale prive de toute clarté raisonnable ou de tout esprit de finesse. Nonobstant les lésions, les infirmités ou encore les séquelles, comme disent les médecins, que certaines maladies laissent après elles, les désordres moraux déterminés par une infection méritent d'être considérés. Une fièvre typhoïde peut transformer un caractère. Une simple grippe change parfois les idées et les sentiments d'un malade. La douleur et l'inquiétude ne sont pas seules en cause. Certaines altérations psychiques sont très sûrement imputables à l'infection, aux poisons sécrétés par l'agent pathogène. La méningite bacillaire s'annonce par de notables changements du caractère : le jeune malade devient triste, tendre et caressant. C'est à de petits changements dans la vie morale de leurs enfants que les mères font, par une intuition admirable, le diagnostic précoce de bien des maladies. On observe, chez nombre de tuberculeux, des troubles de la sentimentalité qu'on aurait tort d'expliquer par le régime et la cure. Je pense volontiers que certaines affections de la prostate s'annoncent de bonne heure par certain déséquilibre dans l'ordre sensuel et affectif. Des infecions chroniques à lent développement, comme la syphilis, avant de compromettre certaines fonctions psychologiques, les exaltent temporairement de manière extravagante. D'où le préjugé, répandu dans les mileux intellectuels et par cela même redoutable, de la syphilis, principe du génie créateur.

Une saine philosophie médicale doit tenir compte, dans le pronostic des maladies infectieuses, de leur retentissement sur l'intelligence, la volonté et la sensibilité.

Nous ne savons pas dans quelle mesure les infections inapparentes sont, elles aussi capables d'agir sur nos diverses fonctions morales. Il semble presque impossible de considérer cette action comme nulle. Je la crois d'autant plus active qu'elle est complètement méconnue et que, par conséquent, ni le malade, ni l'entourage ne se trouvent placés en état de résistance et de correction vis-à-vis de troubles que rien de permet de prévoir.

Je ne voudrais pas laisser croire, ce disant, que les événements psychologiques dont est formé l'histoire de chacun de nous ont tous leur origine dans une modification humorale et qu'à cette modification humorale il faut toujours chercher une cause pathologique, apparente ou non. Loin de moi une pensée aussi simpliste. Les transformations lentes de l'ordre moral reconnaissent bien assez de causes dans le jeu des événements et des caractères pour qu'il soit inutile de leur fabriquer une étiologie aventureuse. Mais quand il s'agit d'interpréter non plus une transformation progressive mais une variation soudaine et mal explicable, il n'est pas absurde — en attendant que des notions plus précises nous soient procurées — de songer à quelques répercussion purement psychologique d'une aventure pathologique et peut-être d'une infectionin apparente.

Puissent de telles hypothèses nous assister dans la voie de l'indulgence et nous conduire à réviser certains jugements.

Le Serment d'Hippocrate. — Au cours de sa séance du 7 novembre dernier, le Conseil de la Faculté de Paris a décidé que le serment d'Hippocrate serait rétabli lors de la soutenance de thèse.

Et, après avoir annoncé cette nouvelle, le *Journal des Praticiens* ajoute : « Toutes nos félicitations au Doyen Roussy pour son initiative et aux maîtres de la Faculté. Si les lois fiscales ont fait de la médecine un simple commerce, le jeune docteur prêtera le serment qu'elle est tout de même autre chose. »

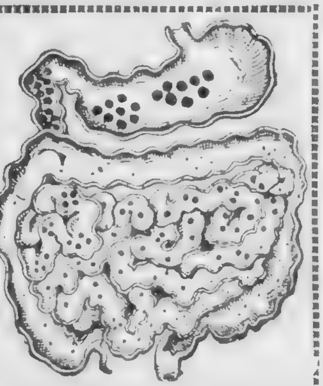


Figure montrant la marche et l'action progressive des Grains anisés de Charbon Tissot dans l'estomac et l'intestin.

Le Gérant : A. ROUZAUD
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 48 **LE NUMÉRO : 50 Centimes** 30 NOVEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 21 novembre. — M. Courault. Contribution à l'étude de la sigmoïdite hyperplasique. — Mlle Caucien. Remarques sur la séméiologie et la mortalité des hémorragies gastro-duodénales. — M. Weissberg. Etude sur les cystites consécutives aux inflammations chroniques du col utérin. — M. Baéteaux. Etude du rhumatisme tuberculeux. Formes cliniques et traitement. — M. Cancès. De l'utilisation de la chloropicrine.

25 novembre. — M. le Masle. Le professeur Adrien Proust (1834-1903).

26 novembre. — M. Jarry. Etude de la d'Arsonvalisation. — M. Tabourdeau. Etude pathogénique et thérapeutique sur le mal de mer.

27 novembre. — M. Monin. La forme embolique pleuro-pulmonaire de l'infarctus du myocarde.

28 novembre. — M. Poisson. Les éléphantiasis tuberculeuses. — M. Ravela. Séro-diagnostic de la syphilis. — M. de Saint-Léger. Essai sur la centrothérapie.

30 novembre. — M. Grossiord. Etude physio-pathologique des tremblements. — M. Vintzel. Essai d'antigénothérapie locale dans certains tabes. — M. Baguette. Traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. Dumond. Les injections intrapéritonéales de sérums dans les états de déshydratation de l'enfance.

18 novembre. (Thèse vétérinaires.) — M. Lomer. Hypocalcémie dans la fièvre vitulaire.

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums.* — D'après un décret en date du 21 novembre (22 nov. 1935) les emplois de médecins adjoints dans les sanatoriums publics et assimilés de toutes catégories et les emplois de médecins directeurs dans les sanatoriums de femmes et d'enfants pourront être remplis par des femmes.

D'autre part, nul ne pourra être nommé médecin directeur s'il n'a dirigé effectivement, à titre provisoire, pendant une année au moins, un sanatorium.

Les invalides de la science. — M. Schneid, conseiller municipal du quartier Bonne-Nouvelle, a saisi le Conseil municipal d'une proposition tendant à la création par la Ville de Paris et le département de la Seine d'une maison des invalides de la science où seraient recueillies et soignées les victimes de la science, comme il en a été créé une par l'Etat pour les invalides de la guerre.

Association d'enseignement medical des hôpitaux de Paris. — *Conférences du dimanche* (Année 1935-1936.) — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (Autobus : PC. 87, AN, Q, AF, SK).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1935-1936. — 10 novembre, M. Pierre Bourgeois : Poussées menstruelles chez les tuberculeuses. — 17 novembre, M. Rachet : Diagnostic et traitement des hémorroïdes (projections). — 24 novembre, M. Etienne Bernard : Indications de la thérapeutique chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire (projections). — 1er décembre, M. Julien Marie : La méningite spirochétosique de l'enfant ; les formes frustes de la spirochétose. — 8 décembre, M. Bariéty : Les septicémies à staphylocoques. — 15 décembre, M. Lavani : Les rhumatismes de la chimiothérapie. — 22 décembre, M. Mollaret : Le problème des encéphalomyélites des fièvres éruptives (projections).

College de France. — M. le Professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 4 décembre 1935, à 5 heures, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Objet du cours : L'infection et l'immunité.

Prix d'oto-rhino-laryngologie (Prix A. Chauvin). — M. A. Chauvin, d'Aubenas (Ardèche) dans le seul but d'encourager le développement scientifique de l'O. R. L. et de l'ophtalmologie, a decidé d'attribuer pour l'année 1936 la somme de 6.000 francs à un prix d'O. R. L.

Ce prix réservé aux docteurs en médecine français spécialises en O. R. L. et aux internes des hôpitaux français (nommés au concours et ayant au moins une année d'internat dans un service d'O. R. L.) sera attribué à l'auteur d'un mémoire inédit sur le sujet suivant : « *Les indications opératoires dans les mastoïdites aiguës* ».

Le sujet a été choisi par un jury de neuf membres composés par des professeurs de Faculté de médecine, des laryngologistes des hôpitaux de Paris et de province, etc., et le prix sera décerné par le même jury lors du Congrès de la Société française d'O. R. L. en octobre 1936.

Pour tous renseigneemnts, s'adresser à M. Alfred Chauvin, Aubenas (Ardèche).

Medaille du Docteur Henri Bourgeois. — Les amis et les élèves du Docteur Henri Bourgeois ont l'intention, au moment où il va quitter son service de l'hôpital Laënnec, de lui témoigner leur affection et leur reconnaissance, en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au maître sculpteur Fix-Masseau.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de cette médaille dont la remise aura lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Par décision de l'Administration de l'Assistance publique la bibliothèque de l'internat des hôpitaux de Paris a été transférée de l'Hôtel-Dieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-a-Moulin, dans des locaux plus vastes et mieux éclairés. Dès maintenant, la bibliothèque est ouverte tous les jours aux internes et anciens internes, de 10 heures à midi et de 14 à 19 heures, sauf les dimanches et jours fériés.

BIBLIOGRAPHIE

Les Astéréognosies (*Pathologie du toucher.* (*Clinique. Physiologie. Topographie*), par J.-P.-L. Delay. Un volume de 548 pages, avec 19 figures. 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce très important travail fait à la Clinique neurologique de la Salpêtrière et au laboratoire de physiologie des sensations du Collège de France, apporte une conception tout à fait nouvelle du problème des astéréognosies.

Il représente d'autre part une synthèse complète de tousles travaux d'ordre neurologique, physiologique, psychologique, qui ont paru sur ce sujet dans la littérature internationale. Il s'inspire en particulier des travaux expérimentaux de Pavlov sur les analyseurs tactiles dont il fait une féconde application à la clinique et de ceux de Henry Head — qu'il soumet d'ailleurs à une critique judicieuse.

Les cliniciens seront intéressés dans cet ouvrage par l'étude des techniques scientifiques de l'examen des sensibilités, qui doit être fait en tenant compte non seulement de l'appréciation des sensations élémentaires, mais aussi des perceptions de l'intensité et de l'extensité des sensations, et des modifications de la sensation en fonction du temps. De tels examens sont indispensables à qui veut utiliser les troubles de sensibilités pour le diagnostic toporaphique. Le Docteur Delay, en se basant sur de nombreuses observations, montre les différences qui séparent les anesthésies corticales des autres anesthésies : on lira avec profit son étude critique du syndrome sensitif cortical.

Les *physiologistes* seront spécialement intéressés par une dissociation des astéréognosies d'un point de vue physio-pathologique en amorphognosies, troubles de la différenciation des formes conditionnées par des troubles des analyseurs d'extensité spatiaux et en atrylognosies, troubles de la différenciation des matières, conditionnées par des troubles des analyseurs d'intensité. On retiendra particulièrement l'étude sur le rôle de la vue dans les perceptions tactiles de l'espace.

Les *psychologistes* trouveront une conception originale de l'asymbolie tactile. Une observation particulièrement démonstrative a montré à l'auteur qu'elle représentait non pas un trouble de la synthèse mais une agnosie sémantique, comparable à l'aphasie sématique de Head. On trouvera dans cette partie des vues profondes inspirées en partie par Cassirer, sur la pathologie du symbolisme.

Il n'existait jusqu'à ce jour dans la littérature étrangère aucun ouvrage envisageant la question des ostéréognosies dans toute sa complexité. C'est dire que sa lecture apparaît indispensable à qui s'intéresse soit au problème des *sensibilités*, soit au problème des *agnosies* et des troubles de la pensée symbolique.

Les Hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine otique. *Accidents méningés otogènes purement hypertensifs*, par Robert Bourgeois. Un volume de 178 pages. Prix : 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur décrit sous ce terme la complication d'une otite caractérisée par : des accidents d'hypertension intracranienne, le plus souvent d'évolution aiguë, s'accompagnant habituellement de stase papillaire, cette affection due à un œdème cérébro-méningé déterminant une accumulation locale ou diffuse de liquide céphalo-rachidien normal ou dilué et sous tension est curable par des moyens qui se résument à l'évacuation de ce liquide hypertendu.

Il est bien évident que les otites n'ont pas l'apanage de pareils accidents, l'hypersécrétion pouvant se produire sous l'influence d'infections atténuées, d'excitations réflexes, d'irritations toxiques, de traumatismes du cerveau ou de la région cérébrale.

Mais les accidents hypertensifs d'origine otitique ont une physionomie assez particulière. L'auteur s'est placé en effet au point de vue de l'otologiste qui connaît la cause des accidents hypertensifs, l'otite initiale, et qui se demande quelle est la complication intracrânienne otitique dont il s'agit et de quelle façon il doit la traiter.

Il a pu distinguer trois formes essentielles à ces hydrocéphalies otitiques : une forme externe corticale diffuse ; une forme interne ou enkystée ventriculaire ; une forme localisée à la fosse postérieure à laquelle se rattachent de près certaines formations kystiques ou pseudo-kystiques de la loge cérébelleuse.

Cette monographie est très complète et comprend l'étude anatomopathologique, symptomatologique, diagnostique, pathogénique, thérapeutique, de ces hydrocéphalies.

Manuel de Coprologie clinique, par R. Goiffon. Troisième édition revue. Un volume de 274 pages, avec 42 figures et 3 planches. Prix : 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il paraît difficile à l'heure actuelle de reconnaître la nature d'une affection intestinale, d'en établir le diagnostic et d'en diriger le traitement sans un examen coprologique régulièrement conduit.

On trouvera dans ce petit Traité dont deux éditions précédentes se sont épuisées un exposé complet de nos connaissances dans ce domaine. Sur bien des points les techniques ont été modifiées, améliorées ou inventées par l'auteur. Parmi les données les plus récentes, il convient de noter l'appréciation plus exacte des troubles moteurs, l'étude de la flore

normale et pathologique, étudiée non pas par les cultures des germes, mais par le résultat de leur travail chimique, recherches qui mettent en évidence à la fois le rôle pathogène de la flore intestinale et le contrôle constant exercé par l'organisme sur l'invasion microbienne. Enfin, plus récemment, l'étude des albumines sécrétées par la paroi intestinale permettra sans doute, grâce à une nouvelle technique, d'avoir une connaissance plus juste des lésions inflammatoires du côlon.

Précis de Matière médicale, par le Professeur P. BRUN. Vol. in-octavo de 608 pages avec 20 figures dans le texte, 90 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La nécessité d'un nouveau livre de Matière médicale se faisait sentir depuis déjà plusieurs années chez les étudiants en médecine et en pharmacie.

Le *Précis* du professeur Paul Brun répond à ce besoin d'une façon très opportune. Basé sur les notions scientifiques les plus récentes et les plus solidement établies, tout en restant dans des limites sagement déterminées, il place la matière médicale à un niveau particulièrement élevé, surtout en ce qui concerne la botanique, la chimie et la pharmacodynamie, et qui constituent les trois bases fondamentales.

Il faut ajouter qu'il est rédigé d'une façon très méthodique, ce qui ne peut qu'en faciliter notablement l'étude.

Les troubles nerveux et psychiques de l'enfant, par le Docteur Gilbert ROBIN. Un volume chez Fernand Nathan, Paris, 1935.

L'auteur de ce volume est incontestablement un des praticiens connaissant le mieux l'enfant et ses anomalies psychiques; du reste ses livres précédents en sont une démonstration. Celui-ci qui a pour sous-titre « Guide pratique de dépistage de d'orientation éducative » n'est pas moins intéressant que ses devanciers et répond admirablement au but que notre confrère s'est assigné : fournir des notions pour comprendre et classer un caractère difficile. En effet il ne suffit pas de faire un diagnostic objectif, il importe de mettre en lumière la genèse exacte du trouble constaté ce qui permet d'exercer une action logique.

J'ai entendu reprocher au Docteur Gilbert Robin, d'avoir dans ce volume, multiplié les types morbides de telle sorte qu'un même mode de comportement se retrouve dans des chapitres différents. Ce reproche est injuste : G. R. présente une étude en quelque sorte séméiologique, il montre un symptôme et ensuite il le rattache à un ensemble de faits concomitants dont il fait partie. Or, étant donné que ce livre est un guide, il est tout naturel que nous retrouvons plusieurs fois le même phénomène dans un ensemble clinique. Il y a trois grands chapitres : les types morbides, les troubles psychiques d'origine éducative et affectives, les troubles de l'humeur et du caractère.

Ce que j'apprécie particulièrement dans cet ouvrage, c'est :

1° Le soin avec lequel notre collègue a décrit des troubles généreusement passés sous silence par exemple la taquinerie, l'enfant rapporteur, la mimique de certains types.

2° La classification des perversions où il tient compte des formes atténuées telles que la nonchalence morale que j'ai d'ailleurs appelée l'indifférence morale et qui est la base de phénomènes antisociaux. L'indifférent se place entre le perverti et l'atrophié moral.

3° Le résumé des doctrines de Freud et d'Adler qui donnent une explication de la genèse de certaines névroses et de l'évolution sexuelle infantile.

4° Le souci de l'auteur d'envisager les manifestations morbides sur un aspect général, prenant soin de faire appel dans ses explications à toutes les théories sans aucun parti pris. Dans sa préface G. R. remarque « que cet ouvrage ne fait qu'apporter des lumières bien incertaines dans d'épaisses ténèbres. » Il est trop modeste, car il contribue au contraire à profiler une remarquable clarté sur les confusions trop nombreuses régnant dans les questions de neuro-psychiatrie infantile.

G. PAUL-BONCOUR.

La Chimie au laboratoire et à l'usine, dans la nature et dans la vie, par M. BOLL. Un volume in-8°, accompagné de 250 gravures et de 20 tableaux, couverture en couleurs, 15 francs. Larousse éditeur).

Que de lecteurs, d'ailleurs cultivés et avides de savoir, ont regretté d'être profanes dans une des sciences qui régentent l'activité contemporaine ! La plupart des manuels de chimie passent, à juste titre, pour hermétiques... L'auteur de ce nouveau volume ne manque pas de prendre les choses dès le début et va au-devant de toutes les questions qu'un esprit curieux pourrait se poser. L'ouvrage est complété par un index historique, ainsi que par un index aphabétique, contenant 3.000 références et permettant de se renseigner sur les idées générales, les produits et les applications pratiques.

Après avoir rappelé et disséqué les faits rencontrés dans la vie de tous les jours, M. Marcel Boll nous initie sans effort aux théories modernes en prenant des exemples familiers tels que le désordre des molécules de l'air, l'ordonnance interne du sel marin, etc., et en les accompagnant de nombreuses et suggestives illustrations.

En prouvant expérimentalement qu'un exposé peut être à la fois accessible et complet, il nous montre diverses réactions de l'industrie chimique et de la chimie biologique, base de l'hygiène et de la médecine.

Publiée après trois ouvrages récents de la même collection sur les fondements des sciences exactes et après une description magistrale de l'électricité usuelle, cette explication de la *Chimie* supplée à une regrettable lacune et est appelée, comme les œuvres précédentes du même auteur, au plus légitime succès.

Encyclopédie par l'image : **Henri IV**, par P. DE VAISSIÈRE, avec 100 illustrations. Un volume in-8°, papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

C'est toute la vie du roi Henri qui défile là sous nos yeux, de la naissance où son aïeul, joyeusement lui mouilla les lèvres de quelques gouttes de jurançon, à la mort tragique sous les deux coups de couteau de François Ravaillac......

En un texte aussi vivant et brillant que les 100 illustrations qui l'agrémentent, Pierre de Vaissière, l'historien bien connu d'Henri IV, nous nous conte cette vie si pleine, si riche, si étonnante, si pittoresque et, par bien des côtés, si grande...

Avec une vive sympathie toujours et parfois une pointe d'émotion, nous suivons le Béarnais à la conquête du royaume de France. Que d'intrigues et de combats ! Que d'obstacles et d'embûches !....

La ténacité souriante et l'habileté prestigieuse du roi Henri viennent à bout de tout....

Et c'est un beau règne en une belle France, emmi bien des amours.....

TRAVAUX ORIGINAUX

Les œuvres sociales dans les ardoisières

Par M. André FEIL

On est peut-être enclin à penser, dans certains milieux, que les chefs d'industrie absorbés par la direction de leurs entreprises, négligent de s'intéresser à la santé physique et morale de leurs collaborateurs ouvriers. Ce reproche, s'il est vrai, peut-être, pour certains cas particuliers, ne s'applique certainement pas aux Sociétés ardoisières de Renazé et de Trélazé.

Il y a longtemps que les dirigeants de ces sociétés s'efforcent d'améliorer le bien-être de leurs ouvriers, organisant, dans leurs industries, des œuvres sociales qui associent, par entente réciproque, le capital au travail, le patron à l'ouvrier.

Nous envisageons dans cet article les œuvres sociales qui fonctionnent dans les ardoisières. On peut les répartir en deux catégories.

Les unes, telles la retraite des mineurs, la caisse de secours, les allocations familiales ont actuellement un caractère obligatoire ; elles ont fait l'objet de textes de lois. Mais ce qu'il importe de souligner, c'est que les sociétés ardoisières n'ont pas attendu l'obligation pour marcher dans la voie du progrès social ; ces œuvres fonctionnaient à Renazé et à Trélazé bien avant qu'elles fussent l'objet de textes législatifs.

D'autres œuvres sociales, par exemple l'organisation médicale, l'apprentissage, les cités ouvrières, nous retiendront davantage ; car plus encore que les précédentes, elles sont dues à l'initiative patronale.

***

1° *Retraites des ardoisiers.*

Bien avant le décret du 11 février 1920 qui assimilait le travail des ardoisiers à celui des industries minières, les Sociétés ardoisières s'étaient préoccupées de leurs vieux ouvriers.

Dès le début du XIXe siècle, l'initiative patronale avait créé en Anjou une Caisse des hottées pour les vieux fendeurs, et en 1862 une caisse des invalides pour les ouvriers du fond. Une caisse de secours existait d'ailleurs à Angers dès 1825, et elle a fonctionné sans interruption jusqu'au 1er juillet 1899, date de la mise en vigueur de la législation sur les accidents dans l'industrie extractive.

Depuis la loi du 30 avril 1920, tous les ouvriers ardoisiers sont affiliés à la Caisse autonome des ouvriers mineurs. Nous disons bien tous les ouvriers qui sont occupés dans l'ardoisière, et non pas seulement les mineurs. Les fendeurs qui ne sont jamais descendus dans la mine, l'employé de bureau, la secrétaire sténo-dactylo, le mécanicien qui ignorent tout du métier d'ardoisier, en bénéficient avec les mêmes avantages que le mineur-fonceur qui abat au marteau pneumatique le schiste ardoisier à trois cents mètres sous le sol. C'est là une de ces anomalies qu'une étude plus approfondie des textes législatifs aurait évitée. En augmentant le nombre des bénéficiaires d'une loi, on réduit forcément les avantages pour ceux qui y ont réellement droit. Injustice difficile à éviter dans une démocratie ; les lois d'après guerre nous en montrent bien des exemples.

Les ardoisiers versent actuellement 5,5 % de leur salaire à la Caisse ; la Société des mines fait un versement égal, soit, au total, pour les deux contributions : 11 p. 100. La retraite est de 5.500 francs à 55 ans et trente ans de service. En cas de décès, la veuve et les enfants profitent de cette retraite ; à 55 ans la veuve touche la moitié de la retraite.

Les ouvriers non affiliés, pendant trente ans, mais ayant au moins quinze ans de versement, peuvent obtenir leur retraite proportionnelle, mais à 55 ans seulement, sauf en cas d'invalidité. Si à 55 ans l'ouvrier n'a pas trente ans de service, il peut retarder la liquidation de la retraite pour augmenter le nombre de ses annuités.

Le fait de toucher la retraite n'a aucun rapport avec la continuation du travail ; mais, dans ce cas, l'ouvrier continue les versements sur son salaire qui sont affectés à un fond spécial.

2° *Caisse de secours.*

La loi fait une obligation à tout cotisant à la Caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs de cotiser en même temps à la Caisse de secours de l'exploitation minière ou de la circonscription minière à laquelle il appartient. Cette Caisse de secours n'est autre qu'une Caisse de prévoyance en cas de maladie du cotisant.

Comme pour la Caisse autonome, la contribution ouvrière est égale à la contribution patronale ; elle atteint, actuellement, 1,75 p. 100 des salaires pour chacun, patrons et ouvriers, c'est-à-dire 3,50 des salaires au total.

Les avantages retirés par les cotisants varient suivant les diverses caisses de secours. La plupart allouent à leurs adhérents la gratuité du médecin pour l'ouvrier, sa femme, ses as-



FIG. 1. — Vue générale d'une ardoisière.
Le travail des fendeurs sur butte.

cendants et ses descendants. D'autres, obligées de compter davantage, ne soldent qu'une partie des visites médicales pour les ascendants et les descendants. La plupart également, et même la presque totalité, règlent intégralement le montant des produits pharmaceutiques, lorsqu'il s'agit d'ordonnances. Quand il s'agit de spécialités, une partie, qui varie de 50 à 80 p. 100, est seule remboursée par la Caisse de secours.

Le Conseil d'administration des Caisses est composé de six membres ouvriers et trois membres patronaux. Elles sont donc en réalité dirigées par le personnel, employés et ouvriers

Ce système fonctionne généralement bien. Les petites unités qui constituent ces Caisses de secours permettent en effet une surveillance très stricte des autres ouvriers. On peut en tirer un argument en faveur des organisations mutualistes qui groupent un nombre d'adhérents toujours très inférieur à celui des Caisses d'assurances sociales ; elles sont de ce fait plus faciles à surveiller.

Quatre société fonctionnent à Trélazé et trois à Renazé ; les premières réunissent près de 2.000 ouvriers, celles de Renazé 850 ouvriers.

3° *Allocations familiales.*

C'est là encore une institution qui existait dans les Sociétés ardoisières bien avant leur organisation officielle. On en trouve l'idée, vers 1750, dans ce qu'on appelait le « *droit de hot-*

tée », une hottée contenait autrefois le quart d'un bassicot, c'était un supplément de schiste ardoisier qu'on remettait au fendeur d'ardoises par enfant.

Les trois ou quatre hottées normales constituaient le droit d'*ouvrier de l'état*. « A la naissance d'un enfant, l'ouvrier avait droit à une hottée supplémentaire. Il en recevait deux lorsque l'enfant avait 9 ans, trois et quatre lorsqu'il atteignait successivement 12 et 14 ans. Comme les fendeurs étaient à cette époque payés au mille, ce droit était très important, car le père, ne pouvant travailler lui-même toute la pierre, la rétrocédait aux autres ouvriers moyennant un droit qui, en 1810, atteignait 2 francs par hottée. Ce privilège ayant amené de graves abus, une ordonnance royale dut intervenir en 1823, qui abolit définitivement ces usages si longtemps soutenus (1).

Les allocations familiales, basées sur le principe actuel, fonctionnent dans les sociétés ardoisières depuis juin 1917, alors qu'elles n'ont été rendues obligatoires par le législateur que depuis le 11 mars 1932, c'est-à-dire quinze ans plus tard.

Le taux des allocations, qui s'élevait à 0,25 par enfant au début, a subi constamment une marche ascendante jusqu'à 1926, où elle atteint par journée de travail :

1 fr. 50 pour le premier et le deuxième ;

2 francs pour le troisième, le quatrième, etc...

Ce taux a été maintenu jusqu'en 1932.



Fig. 2. — Une des salles de l'infirmerie.

En 1933, la crise économique a imposé la réduction du taux des allocations familiales, qui ont dû être ramenées à :

1 franc pour le premier et le deuxième enfant ;

1 fr. 50 pour le troisième, le quatrième, etc...

Ces chiffres, qui sont ceux pratiqués actuellement sont supérieurs au taux légal qui est, rappelons-le, 0 fr. 70 pour le premier enfant ; 0 fr. 90 pour le deuxième ; 1 fr. 10 pour le troisième, quatrième, etc...

Les allocations familiales sont garanties par la *Caisse de compensation des Industries extractives de la région de l'Ouest*, qui fonctionne depuis 1933, avant même qu'elle n'ait été rendue obligatoire dans l'industrie ardoisière.

Indépendamment des allocations familiales, les Sociétés ardoisières subviennent encore aux besoins des familles nombreuses, en allouant à chaque nouveau-né de leurs ouvriers une somme de 80 francs destinée au premier achat de la layette.

4° *Coopératives d'achat.*

Autrefois il existait dans les ardoisières des chambres de dépenses qui mettaient à la disposition des ouvriers « du vin, des aliments de bonne qualité et autres fournitures distribuées au prix coûtant ».

Actuellement ces chambres de dépenses sont devenues des coopératives d'achat que gèrent quelques employés dévoués.

* * *

Parmi d'autres institutions, plus spécialement organisées ou soutenues par les Sociétés ardoisières, il faut citer les écoles corporatives, les sociétés sportives, musicales et de préparations militaires qui, par les succès qu'elles remportent dans les concours, montrent leur remarquable fonctionnement ; les Bureaux de bienfaisance des localités, ainsi que les colonies de vacances.

Trois œuvres sociales méritent de retenir notre attention :

L'organisation médicale ;

L'apprentissage ;

Les cités ouvrières.

5° *Organisation médicale.*

Dès 1860, il existait à Trelazé un centre médical avec dispensaire gratuit. Ce centre est actuellement dirigé par un médecin qui donne chaque jour ses consultations. Les ouvriers s'adressent à lui en toute liberté. Le service des pansements aux blessés et des soins aux malades est assuré par des religieuses attachées à l'infirmerie. Cette infirmerie, fort bien installée, possède, en annexe, un petit établissement de bains dont les baignoires sont mises à la disposition des ouvriers et de leurs familles.

A Renazé a été organisé, à l'hospice *Daudier*, grâce aux libéralités du fondateur et à l'aide des sociétés ardoisières, un centre médico-chirurgical, tout à fait remarquable, que dirige actuellement avec une compétence et un dévouement que nous avons pu apprécier, le Docteur Jallot. Nous y avons remarqué un service de radiologie des plus modernes.

La lutte antituberculeuse est énergiquement menée à Renazé par le Docteur Jallot, qui a fondé dans la commune un service d'hygiène sociale avec infirmière visiteuse. Sous son impulsion des résultats remarquables ont été obtenus.

Les enfants chétifs des ouvriers sont envoyés aux frais des Sociétés, ou aux frais partagés, dans les preventoria ou sanatoria, particulièrement à Pen-Bron et à Kerpape, au bord de l'Océan.

On s'efforce aussi d'éclairer les ouvriers sur les méfaits de l'alcoolisme, qui était jadis très répandu parmi les ardoisiers. Avant la guerre, il n'était pas rare de voir les ouvriers absorber « le cinquième de gnole » avant de commencer leur travail. Un progrès incontestable a été réalisé, à ce point de vue, depuis la guerre ; mais nombreux sont encore les anciens ouvriers, dans le métier depuis trente et quarante ans, qui ont bu exagérément dans leur jeunesse et dont l'état physique garde des traces de ces excès.

6° *L'apprentissage.*

L'apprentissage de l'ouvrier du jour est resté longtemps une institution familiale. Le fendeur n'instruisait que son fils, refusant de prendre des apprentis étrangers.

Si cette tradition persiste encore, la pénurie de la main-d'œuvre, dans les périodes de prospérité d'après-guerre, obligea les Sociétés à élargir le recrutement de la main-d'œuvre et à instruire de nouveaux ouvriers. Les Sociétés fondèrent des ateliers où furent admis les jeunes gens dès l'âge de 13 ans. Ces ateliers existent encore ; ils ont été maintenus par les Sociétés malgré la réduction intense qu'a subie la production ; sous la conduite d'un contre-maître l'apprenti apprend la fente et le rondissage ; il est d'abord payé à la journée ; au bout d'un an il est rémunéré aux pièces ; plus tard on l'initie aux opérations plus fatigantes : le débitage, le quernage et le répartonage. Un enseignement théorique : technologie, dessin, complète sa formation professionnelle. En fin d'apprentissage, c'est-à-dire après trois ou quatre années, le jeune ouvrier passe un examen devant une commission locale qui lui

(1) Noyer de Melqué. — L'industrie ardoisière en France, Paris, 1931, p. 78.

délivre, en cas de succès, un certificat d'aptitude professionnelle.

L'apprentissage de l'ouvrier du fond demande moins de soin que celui de l'ouvrier fendeur ; le jeune homme n'est pas confié à un maître ; il débute, en général, vers l'âge de 18 ans comme manœuvre, puis il se spécialise sous la direction d'un ouvrier qualifié.

7° *Cités ouvrières.*

C'est là certainement la plus belle réalisation sociale qui ait été conçue et menée à bien par les Sociétés ardoisières pour augmenter le bien-être de leurs ouvriers. Pour une population moyenne de 5.000 travailleurs de l'ardoise, il existait en 1932, 2.100 maisons ouvrières, dont 1.300 à Trélazé, 390 à Renazé, 400 à Misangrain et à Combrée.

La première construction d'une cité ardoisière semble avoir été entreprise en 1865 par la *Commission des Ardoisières d'Angers*. La population ardoisière vivait alors dans de très mauvaises conditions d'hygiène ; les Sociétés s'employèrent à améliorer ces conditions, espérant en même temps s'attacher davantage leurs ouvriers et favoriser le recrutement familial de la main-d'œuvre. En 1905, la Commission des Ardoisières possédait 300 logements ouvriers.

Mais, c'est depuis la guerre que furent créées ces magnifiques cités-jardins qui réunissent toutes les conditions modernes du confort et de l'hygiène. Les photographies ci-jointes, qui nous ont été communiquées par les Sociétés ardoisières, montrent mieux que toute description l'ampleur de l'œuvre réalisée.



Fig. 3. — Une Cité ouvrière dans une ardoisière.

On remarque sur ces photographies la diversité d'aspect des maisons qui forme un heureux contraste avec l'uniformité des corons monotones d'autrefois. Chaque habitation diffère de la voisine par quelque disposition de détails, l'orientation, les couleurs, tout en conservant les dispositions intérieures et des formes extérieures qui se rapprochent autant que possible de celles que l'expérience séculaire a fait adopter aux habitants des villages environnants.

Les maisons sont bâties en retrait, avec des matériaux du pays et de solidité éprouvée ; largement éclairées et aérées, ces maisons sont les unes isolées, les autres jumelées par deux mais possédant des accès séparés. Elles comportent toutes une entrée couverte, trois ou quatre pièces, une cave, un clapier, un poulailler, des water-closets et un jardin de 400 à 700 mètres carrés.

L'eau est distribuée en abondance dans la cuisine, les dépendances et les water-closets. La lumière électrique est dispensée partout.

L'hygiène de l'agglomération est obtenue par un réseau très complet d'égouts, de fosses septiques, une fosse d'épuration générale, et partout de l'eau en grande abondance élevée d'un puits à grand débit dans un château-d'eau.

L'aspect général de ces cités jardins est fort séduisant. A Misengrain, par exemple, les beaux arbres qui ombrageaient les champs primitifs ont été conservés ; de-ci, de-là un banc s'offre au promeneur paresseux, rien ne manque, pas même un terrain de sport pour la jeunesse active.

Ces maisons sont parfaitement entretenues par leurs habitants, ainsi que nous avons pu nous en assurer lors d'une visite inopinée.

L'une des sociétés ardoisières organise, chaque année, au printemps, un concours de maisons fleuries ; chacune des maîtresses de maisons tient à cœur d'être placée en bon rang et l'on voit tout le long de l'année les habitants s'ingénier à embellir leurs façades par des buissons de roses, des arbustes, réalisant une décoration naturelle, dont les fleurs disposées sur les fenêtres, viennent compléter le charme et l'harmonie.

Ces cités-jardins, pour la construction desquelles les Compagnies ont consenti de très lourds sacrifices, des millions de francs, sont remises aux ouvriers en échange d'un faible loyer, très inférieur à la valeur normale. Un logement, comprenant trois pièces et une cuisine, en bordure de la route, se loue 30 à 40 francs par mois. L'une des sociétés facilite même l'accession de la propriété par des prêts à longs termes.

On a pu constater, à *Misengrain* comme ailleurs, qu'un logement sain et agréable a sur ses habitants une influence favorable. Les ouvriers du centre de *Misengrain* sont aujourd'hui les plus calmes et les plus paisibles de tout le Bassin minier d'Anjou. D'autre part, le nombre des naissances est, dans cette localité, double de celui des décès ; il est bien difficile d'attribuer cela au hasard, et beaucoup plus logique de penser que ce résultat est dû à l'hygiène et à l'agrément de la cité qui favorise la vie familiale.

Ce rapide exposé des œuvres sociales et de prévoyance créées par les Sociétés ardoisières de l'Anjou et de la Mayenne n'a pas besoin d'être commenté ; il fait grand honneur aux Sociétés qui les ont conçues ; beaucoup de municipalités pourraient s'en inspirer et les prendre pour modèle.

Concluons en donnant quelques chiffres : l'ensemble des charges sociales, ramenées à une tonne d'ardoises, représente actuellement presque 25 fois le chiffre d'avant-guerre ; il s'élevait en 1929 à 18 francs, et à 28 francs en 1933.

C'est peut-être l'occasion de rappeler que si les Compagnies ardoisières souffrent grandement de la crise et sont en difficulté actuellement, c'est parce que, dans les périodes de prospérité, elles ont consacré la plus grande partie de leur avoir à donner du bien-être à leurs collaborateurs ouvriers, en créant ces œuvres sociales.

Il serait juste que les ouvriers n'oublient pas les sacrifices qui ont été faits pour eux.

« Elles (laborantines) furent à l'origine des infirmières, professionnelles ou bénévoles, mutées des salles de malades ou d'opérations. Mais bientôt, il se publia qu'une nouvelle carrière s'ouvrait au féminisme ; et ce fut la ruée. Comme toujours en France, le népotisme et les recommandations jouèrent et l'on vit des ex-sténodactylos, des ex-vendeuses de grands magasins, des ex-tout ce qu'on voudra, mais actuelles chômeuses se vouer soudain à la bactériologie. Le pharmacien chef d'un hospice des environs de Paris m'affirme même qu'on peut fort bien être à la fois laborantine et petite amie d'un conseiller municipal, ceci menant à cela. Mais ce pharmacien est peut-être aussi une mauvaise langue.......................................

Nous, en tout cas, médecins français, qui prétendons mettre en état de défense notre domaine contre les illégaux et les pilleurs de tout poil, quelle figure ferions-nous devant des juges qui nous diraient : vous êtes les premiers à introduire des profanes dans le sanctuaire et à leur confier des besognes qui, par leur importance scientifique et sociale, vous reviennent. Quelle confiance accorder à un Corps médical qui abdique à ce point ? Vous prononcez des sentences aussi graves et même plus lourdes que les nôtres, et vous vous laissez souffler le verdict par des sous-ordres ? » (G. Lavalée. Les laborantines. *Le Concours Médical*, 18 août 1935.)

Le traitement des hydrocèles vaginales et des kystes de l'épididyme par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée [1]

Par Charles MOTZ

Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

Au point de vue thérapeutique l'hydrocèle vaginale est justiciable de deux modes de traitement absolument différents : l'un chirurgical, le retournement de la vaginale, l'autre médical, la ponction suivie ou non d'injection modificatrice.

La première de ces deux méthodes est incontestablement la plus sûre, car elle évite toute récidive. Elle présente cependant quelques petits inconvénients : immobilisation du patient au lit durant au minimum dix jours, aléas de toute opération comportant une anesthésie, risques rares, il est vrai, d'une complication opératoire (hématome et suppuration secondaire).

Devant ces inconvénients, étant donnée la bénignité de l'affection, on a cherché un mode plus simple de guérison. La ponction simple ne donnant aucun résultat le liquide se reproduisant toujours, on a cherché par des injections modificatrices à empêcher cette reproduction. On s'est heurté à de nouvelles difficultés quel que soit le liquide injecté (teinture d'iode, glycérine phéniquée, sublimé) : réactions inflammatoires violentes, douleurs locales marquées, symptômes d'intoxications variables avec le liquide modificateur employé (iodisme, intoxication mercurielle).

Ces inconvénients réduisaient singulièrement les avantages du traitement médical, d'autant qu'il se produisait assez souvent des récidives.

Les progrès réalisés dans l'emploi des substances sclérosantes pour la cure des varices et des hémorroïdes a fait penser que l'utilisation de ces nouveaux médicaments pourrait être intéressante dans le traitement de l'hydrocèle. Dès le début de leur emploi on s'est aperçu que la plupart des défauts du traitement médical disparaissait et que cette méthode devenait de ce fait facilement ambulatoire. Blavier (2), de Liége, a publié le premier en 1934 un article très documenté sur le traitement des hydrocèles vaginales par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 25 % en eau glycérinée. D'après cet auteur sur 18 hydrocèles traitées, 18 guérisons. Nous avons à la consultation de l'hôpital Saint-Louis vérifié les résultats de cette méthode sur 14 cas auxquels nous ajouterons cinq observations qui nous ont été obligeamment communiquées par nos collègues Jean Tissot et R. Giard.

La technique employée est celle que préconise Blavier, avec cette différence que nos solutions sont à 30 % de produit actif. Pour une hydrocèle dont le volume n'excède pas 75 c.c. nous faisons, après évacuation totale du liquide, une seule injection de 3 c.c. de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée. Si le volume est plus élevé nous injectons en une seule fois 6 c.c. de la solution. Pour obvier à l'inconvénient de piquer et de pousser l'injection dans le testicule, ce qui occasionnerait une douleur vive, nous utilisons les fins trocarts employés pour le pneumothorax artificiel. La ponction est très facilement supportée, même quand il s'agit de sujets particulièrement pusillanimes. La pénétration du liquide modificateur est indolore. Dans les deux heures qui suivent la douleur est toujours absente et elle n'apparaît, d'ailleurs le plus souvent que très légère, qu'après ce laps de temps.

Voici d'abord le résumé des dix-neuf observations :

OBS. I. (Ch. Motz). — D... L., 64 ans. Hydrocèle datant de trois ans, ponctionnée le 4 juillet 1934 (225 c. c.). Injection de 6 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en trois semaines. A été revu trois mois et quinze mois après l'injection sans récidive. Guérison.

OBS. II (Ch. Motz). — L... C., 25 ans. Hydrocèle datant de trois mois, survenue après une épididymite gonococcique ponctionnée le 28 août 1934 (150 c.c.), 6 c.c de liquide modificateur. Légère douleur pendant vingt-quatre heures. Résorption en six semaines. Revu un mois et quatorze mois après. Guérison.

OBS. III (Ch. Motz). — C... L., 28 ans. Hydrocèle datant de deux ans. ponctionnée le 17 novembre 1934 (300 c.c.), 6 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en deux mois. Revu huit mois après. Guérison.

OBS. IV (Ch. Motz). — R... P., 33 ans. Hydrocèle datant de trois mois ponctionnée le 17 novembre 1934 (250 c c.), 6 c.c. de liquide modificateur. Légère douleur pendant vingt-quatre heures. Résorption en six semaines. Revu onze mois après. Guérison.

OBS. V (Ch. Motz). — A... J., 71 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée le 23 novembre 1934 (125 c.c.) 6 c.c. de liquide modificateur. Légère douleur pendant douze heures. Résorption en un mois. Revu un mois et onze mois après. Guérison.

OBS. VI (Ch. Motz). — N... C., 55 ans. Hydrocèle gauche datant de trois ans, ponctionnée le 24 novembre 1934 (180 c.c.) 6 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en un mois. Revu un mois, six mois, et dix mois après. Guérison.

OBS. VII (Ch. Motz). — Même malade que l'obs. VI. Hydrocèle droite datant de deux ans, ponctionnée le 23 mars 1935 (70 c. c.). 3 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en six semaines. Revu quatre mois après. Guérison.

OBS. VIII (Ch. Motz). — S... A., 46 ans. Hydrocèle datant de quatre mois, ponctionnée le 2 novembre 1934 (160 c.c.). 6 c.c. de liquide modificateur. Douleurs assez vives pendant 48 heures. Résorption en un mois. Revu un mois et six mois après. Guérison

OBS. IX (Ch. Motz). — H... P., 23 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée le 2 novembre 1935 (340 c.c.), 6 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en six semaines. Revu six mois et neuf mois après. Guérison.

OBS. X. (Ch. Motz). — C... A., 47 ans. Hydrocèle datant de deux mois et demi, ponctionnée le 19 janvier 1935 (350 c.c.), 6 c.c. de liquide modificateur. Douleurs pendant huit jours empêchant le malade de travailler. Résorption en six semaines. Revu neuf mois après. Guérison.

OBS. XI (Ch. Motz). — V... A., 26 ans. Hydrocèle, datant de quatre mois, ponctionnée le 14 février 1935 (160 c c.), 6 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en six semaines. Revu deux et huit mois après. Guérison.

OBS. XII (J. Tissot). — S... B., 63 ans. Hydrocèle datant de sept ans, ponctionnée le 22 février 1935 (360 c.c.), 3 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu cinq mois et sept mois après. Guérison.

OBS. XIII (J. Tissot). — A... V., 47 ans. Hydrocèle datant de dix-huit mois, ponctionnée le 15 mars 1935 (180 c.c.), 3 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu cinq mois après. Guérison.

OBS. XIV (J. Tissot). — Dr T., 40 ans. Hydrocèle datant de six ans ayant subi une ponction simple en 1934 (300 c. c.). Le 21 juin 1935 on retire 450 c.c. de liquide d'hydrocèle et on injecte 3 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu quatre mois après. Guérison

OBS. XV (R. Giard). — S... L., 48 ans. Hydrocèle datant d'un

(1) Travail du service de M. le Docteur R. Gouverneur.

(2) L. BLAVIER. — Traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée. *Presse Médicale*, n° 35, 2 mai 1934, p. 705.

BIBLIOGRAPHIE

La Radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. *Sympathicotonies, vagotonies, amphotonies*, par L. Delherm et Henri Beau. Un volume de 158 pages avec 6 figures (Collection médecine et chirurgie pratique). Prix : 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'objet de ce livre est strictement limité à une question de thérapeutique, néanmoins les auteurs font un rappel anatomo-physiologique.

La technique est précisée, aussi bien pour la radiothérapie moyennement pénétrante de l'axe rachidien que pour la radiothérapie superficielle ou les irradiations périphériques. En effet, dans la radiothérapie du sympathique, il faut chercher à provoquer une modification fonctionnelle en évitant l'action destructrice sur les tissus, cette radiothérapie doit donc n'utiliser que les doses minima suffisantes pour redresser la fonction sans léser l'organe.

Puis sont successivement étudiés les syndromes tégumentaires, cardio-vasculaires, nerveux, endocriniens, respiratoires, digestifs et complexes, dans lequel le clinicien relève des facteurs sympathiques.

Une bibliographie méthodique termine l'ouvrage.

On appréciera l'utilité de ce petit livre qui permettra l'application précise d'une thérapeutique reconnue efficace dans la plupart des affections ou des troubles d'origine neuro-végétative.

Actualités médico chirurgicales (*Troisième série*). Treize conférences par les chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. Un volume de 214 pages. Prix : 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Deux séries de ces conférences ont déjà été publiées précédemment avec succès.

On trouvera dans le présent volume une mise au point de quelques grandes questions de la pratique actuelle, intéressantes pour le praticien parce qu'elles sont quelquefois discutées.

Treize conférences. — Le neurotropisme infectieux ; données générales (Yves Poursines). — Cancers secondaires de l'os (J. Dor). — Les hémorragies des cirrhotiques (Jean Olmer). — L'importance du facteur « temps » en curiethérapie, son application au traitement du cancer du col (Raymond Imbert). — Le domaine de l'hépatite parenchymateuse dans la séméiologie des cirrhoses (Jean Brahic). — La paralysie faciale et sa correction esthétique par les opérations plastiques (M. Prévot). — Le facteur rénal dans le diabète sucré (A.-Maurice Recordier). — Maladie de Nicolas et Favre et rétrécissement du rectum (M. Brugeas). — Etiologie, pathogénie et prophylaxie des complications pleuro-pulmonaires après les interventions gastro-duodénales (D. Léna). — Considérations sur la pathogénie et le traitement de la maladie de Volkmann (François Luccioni). — Localisations médiastinales et digestives de la neuro-gliomatose de Recklinghausen (J. Alliez). — Les arthrites vertébrales chroniques (P. Silhol). — L'électrocardiographie dans la maladie rhumatismale (P. Buisson).

La Tuberculose ostéo articulaire. *Evolution. Diagnostic de début le traitement*, par Jacques Calvé, de Berck, avec la collaboration de M. Galland et M. Mozer, de Berck. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce n'est pas un Traité et encore moins un Manuel. L'auteur s'est attaché à mettre en relief dans cet ouvrage, les principes qui caractérisent l'école de Berck fondée par Victor Ménard. Le Docteur Jacques Calvé, qui a été pendant près de quinze ans l'assistant de celui-ci, était plus qualifié que tout autre pour décrire cette charte de la tuberculose ostéo-articulaire avec l'autorité que lui confère une pratique de près de trente ans. Il dégage d'abord le caractère original de la tuberculose ostéo-articulaire, maladie générale comme toutes les localisations du bacille tuberculeux, mais qui se distingue de celles-ci par une évolution particulière, l'évolution cyclique, lorsqu'elle est soumise à certaines conditions de traitement locales et générales.

Un chapitre est consacré aux difficultés du diagnostic précoce de certaines localisations ostéo-articulaires du bacille de Koch. Le Docteur Galland établit les règles précises qui permettent de lire une radiographie et ainsi d'éviter de grossières erreurs.

Le diagnostic de laboratoire est exposé par le Docteur Mozer, depuis plusieurs années chef du laboratoire de l'hôpital maritime de Berck.

Dans un chapitre — peut-être le plus important — le Docteur Jacques Calvé envisage d'une façon générale le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire et il établit les possibilités et les limites de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose chirurgicale.

L'ouvrage se termine par un exposé très court et pratique, accompagné de plusieurs figures et schémas, des méthodes et techniques qu'il emploie en collaboration avec le Docteur Galland depuis plusieurs années, et en particulier dans le traitement de la coxalgie, du mal de Pott, de la tuberculose du genou et du cou-de-pied.

Etudiants et Etudiantes, par Fortunat Strowski. Un vol. de la collection « Voir et Savoir ». Prix : 5 fr. 50. Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Nombreuses illustrations, tirage en néogravure ; texte inédit digne de la plume qui l'a signé.

L'Almanach indispensable c'est l'**Almanach Hachette 1936** le plus utile, le moins cher. Prix : 5 francs.

an. Ponction simple en juillet 1934 (200 c.c.). Le 19 décembre 1934 nouvelle ponction (320 c.c.) suivie d'une injection de 6 c.c. de liquide modificateur. La douleur n'est apparue que treize jours après très vive ; à ce moment bourse énorme, tendue. La marche est devenue très pénible. État grippal : toux, courbatures. Un mois après l'injection les douleurs ont disparu, mais la bourse reste volumineuse. On reponctionne (200 c.c.) sans injection de médicament. Revu deux mois et cinq mois après : état parfait. Guérison.

OBS. XVI (Ch. Motz). — B.. R., 23 ans. Hydrocèle datant d'un an, ponctionnée le 13 décembre 1934 (40 c.c.), 3 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu cinq mois et dix mois après, le volume de l'hydrocèle ne semble pas s'être modifié (environ 40 c.c.). On note une translucidité très nette. Echec.

OBS. XVII (Ch. Motz). — L... A., 73 ans. Hydrocèle datant de dix ans, ponctionnée le 20 décembre 1934 (40 c.c.). 3 c. c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu un mois et dix mois après le volume de l'hydrocèle ne semble pas s'être modifié (environ 40 c.c.). Au dixième mois la translucidité a reparu. Echec.

OBS. XVIII (Ch. Motz). — C. E., 54 ans. Hydrocèle datant de trente ans, ponctionnée le 14 février 1935 (300 c.c.), 6 c.c. de liquide modificateur. Aucune douleur. Pas de résorption appréciable. Le 9 mai 1935 la translucidité ayant reparu, on reponctionne et on retire 225 c.c. de liquide citrin. On fait à nouveau une injection de 6 c.c. de liquide modificateur. On revoit le malade en octobre 1935 : on estime à environ 100 c.c. le volume du liquide contenu dans la vaginale. Il n'y a pas de translucidité. Echec.

OBS. XIX (J. Tissot). — Dr Y., 53 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée en juillet 1935 (250 c.c.), 5 c.c. de liquide modificateur. Revu en octobre 1935 : il existe un léger épanchement qui n'a pas encore été reponctionné. Echec.

Nous avons ainsi obtenu quinze guérisons apparentes et quatre échecs que nous allons brièvement analyser pour en montrer les modalités et les incidents.

La douleur en dehors de la piqûre, a été complètement absente dans 13 cas. Elle a été légère pendant vingt-quatre heures chez trois de nos malades. Elle s'est révélée vive durant quarante-huit heures dans une de nos observations. Dans un seul cas elle a persisté suffisamment intense pendant huit jours pour empêcher le malade de travailler. Elle a été tardive (treize jours après l'injection) et vive dans l'observation XV.

Dans tous les cas traités, le jour même ou au plus tard le lendemain de la séance de traitement, on constate l'apparition d'un liquide réactionnel dans la vaginale. En un à quatre jours le volume de la bourse redevient à peu près équivalent à celui qu'il présentait avant la ponction évacuatrice. Un fait est à noter : jamais n'apparaissent ni rougeur ni œdème de la peau des bourses.

Après cinq à huit jours la translucidité de la vaginale disparaît (1).

La suite de l'évolution est variable : dans l'immense majorité des cas (15 sur 19) il y a résorption lente du liquide ; en trois semaines, un mois ou deux au maximum, celle-ci est complète. Dans toutes nos observations où l'évolution a été favorable le résultat s'est maintenu ; celles-ci se répartissent sur un temps variant entre quatre et quinze mois.

Les échecs sont jusqu'à un certain point prévisibles. Dans les quatre cas où ils se sont produits nous avons constaté le maintien de l'augmentation de volume du liquide réactionnel, ainsi que la *réapparition de la translucidité dans le cours du deuxième mois*. La plupart de nos échecs se sont manifestés dans des lésions très anciennes (dix ans obs. XVII et 30 ans obs. XVIII). Contrairement à ce que pense Blavier, la guérison n'est pas toujours le résultat d'une seule injection. Dans deux de nos échecs (obs. XVI et XVII) nous n'avons volontairement pas renouvelé l'injection pendant dix mois et aucune réduction de liquide ne s'est produite.

Ces échecs ne sont peut-être pas définitifs. Dans l'observation XVIII nous avons pratiqué à trois mois d'intervalle deux injections de liquide modificateur à cause de la non-résorption de l'épanchement et la réapparition de la translucidité. Cinq mois après cette deuxième séance de traitement le volume du liquide est estimé à environ 100 c.c. mais avec disparition de la translucidité. Rien ne nous permet de dire que ce cas, en apparence défavorable, ne finisse par une guérison.

***

Kystes de l'épididyme. — Devant les résultats heureux obtenus dans les hydrocèles vaginales, nous avons pensé étendre cette méthode de traitement aux kystes de l'épididyme. Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas, dont le liquide laiteux et contenant des spermatozoïdes atteignait 40 et 50 c.c. Après évacuation, nous avons injecté 3 c.c. de solution modificatrice. Les phénomènes observés ont été identiques dans leur évolution à ceux des hydrocèles : apparition d'un liquide réactionnel pendant quelques jours, résorption lente en un mois environ sans aucun symptôme douloureux. La guérison complète se maintient depuis un an.

***

Conclusion. — Les solutions de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 30 % en eau glycérinée constituent une médication réductrice de choix pour les hydrocèles vaginales. La rareté des phénomènes douloureux, l'absence de réactions inflammatoires, l'innocuité du médicament aux doses indiquées rendent cette méthode de traitement médical très nettement supérieure à celles préconisées jusqu'à présent.

La même technique appliquée aux kystes de l'épididyme semble donner des résultats encourageants.

(1) On n'est pas fixé sur la cause exacte de ce phénomène. Deux faits peuvent l'expliquer : épaississement de la vaginale, modification de couleur du liquide par du sang épanché (BLAVIER).

« Il est illusoire de penser qu'une amélioration de la qualité du pain, qui d'ailleurs n'est pas, en gros tellement mauvais, puisse nous ramener aux consommations d'antan.

« Le régime alimentaire de la bourgeoisie, qui est devenu celui d'une grande partie de la population française, comporte environ 300 grammes de pain par jour ; les restrictions volontaires que peuvent provoquer sur une telle ration les défauts gustatifs ou digestifs du pain sont peu de chose auprès des deux phénomènes sociaux que voici :

« D'abord, cette généralisation du régime de la bourgeoisie, remplaçant des régimes populaires où le pain tenait une bien plus large place.

« Et surtout le remplacement, dans presque tous les domaines, de la force musculaire de l'homme par celle des machines.

« A la ville comme à la campagne, le travailleur devient de plus en plus un conducteur de machine au lieu d'être lui-même producteur d'énergie mécanique.

« Le travailleur de force était un grand consommateur de pain ; c'est surtout avec cet aliment qu'il couvrait les milliers de calories dont la dépense excédait la nôtre ; il en mangeait par jour un kilogramme et davantage.

« Le *moteur à pain* est presque disparu devant le moteur à charbon, à pétrole ou à électricité. Il est naturel que la demande de son combustible particulier ait diminué. »

(Louis LAPICQUE. — *Académie de médecine*, S. du 8 octobre 1935.)

ACTUALITÉS

Les fêtes de l'Université de Rome

Par M. Ch. ACHARD

L'Université de Rome, fondée en 1306, vient de fêter l'inauguration d'une grande Cité universitaire. Entendez par là, non pas comme celle de Paris, des constructions destinées à loger des étudiants de toutes nations, mais un ensemble de bâtiments affectés à l'enseignement supérieur et aux recherches scientifiques.

Voisine du Policlinico, d'une architecture toute moderne, la nouvelle Cité comprend de vastes bâtiments affectés à la Faculté des lettres et de philosophie, à celle de jurisprudence, à celle des sciences politiques, à l'Ecole de mathématiques ; à des Instituts de physique, de chimie, de minéralogie, géologie et paléontologie, de botanique, de zoologie, d'anthropologie, d'anatomie humaine, d'anatomie comparée, d'histologie, de physiologie, de pharmacologie, d'hygiène et bactériologie, d'anatomie pathologique, de pathologie générale, de pathologie spéciale médicale et chirurgicale, de sémiotique médicale, de parasitologie, de malariologie, de radiologie, de psychologie expérimentale, du cancer ; à des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et gynécologique, pédiatrique, dermo syphilo-pathologique, oculistique, oto iatrique, neuro-psychiatrique, orthopédique, à des cliniques des maladies contagieuses et des maladies tropicales.

Outre certains bâtiments administratifs, on y voit encore une maison d'étudiants, une caserne pour la milice universitaire, un rectorat, un cercle des professeurs, une bibliothèque, des terrains de sports, une somptueuse *Aula magna* où ont eu lieu les cérémonies grandioses auxquelles étaient conviées non seulement les Universités d'Italie, mais aussi les principales Universités et Académies étrangères.

Il serait superflu d'insister sur l'utilité d'un tel groupement qui a pu être réalisé dans un quartier de la ville très facilement abordable.

La première séance, le matin du 31 octobre, était présidée par M. Mussolini qui, après le recteur M. Pietro di Francisci et le ministre de l'Instruction publique M. de Vecchi, prit la parole et prononça un discours qui souleva dans l'assistance des vivats enthousiastes, des applaudissements frénétiques, accompagnés de saluts à la romaine.

Suivant son habitude, le chef du Gouvernement se plut à poser à l'auditoire des questions auxquelles répondaient les approbations des assistants. Nombreuses furent les allusions à la guerre en Ethiopie et aux sanctions de Genève qui suscitent dans l'opinion de nos amis italiens, dont la sensibilité est toujours vive, des réactions violentes.

A cette cérémonie, la plupart des professeurs avaient revêtu l'uniforme fasciste. Il en était de même à la réception offerte l'après-midi par le gouverneur de Rome au Campidoglio, dans les salons magnifiques du Palais des Conservateurs

Le lendemain 1er novembre, dans la matinée, eut lieu la seconde cérémonie universitaire au cours de laquelle fut conféré à S. M. le Roi le diplôme de lauréat ès lettres. Au discours du recteur, le roi répondit, exaltant, comme le Duce la veille, le triomphe de l'esprit sur la matière. Enthousiasme, applaudissements et vivats ne manquèrent pas non plus à cette cérémonie où les robes professorales étaient nombreuses sur l'estrade et dans l'hémicycle, et jetaient une note pittoresque dans l'assistance.

L'après-midi fut consacrée à une excursion des plus intéressantes dans la région des Marais Pontins, presque entièrement transformés en des champs fertiles. On sait que cette œuvre d'assainissement, reconnue depuis fort longtemps nécessaire, avait fait l'objet de tentatives répétées, de la part des empereurs romains et des papes qui n'avaient pu la mener à bien. Elle est aujourd'hui accomplie et mérite une admiration sans réserve. C'est le 28 août 1931 que fut signé le décret royal attribuant à l'Œuvre des Anciens combattants 18.000 hectares de terrains à assainir. Or, actuellement, grâce au travail de près de 7 millions de journées d'ouvriers, trois lots successifs formant une superficie de 41.600 hectares sont transformés. Deux villes nouvelles ont été construites, Littoria dans l'intérieur des terres et Sabaudia sur le bord de la mer. L'ordre, la propreté, le confort y règnent. Elles sont destinées à se peupler et à s'agrandir. A Sabaudia, on projette l'aménagement d'une plage de bains de mer, sur la lagune qui la sépare de l'étroite bande de dunes longeant la Méditerranée. Ce serait pour les habitants de Rome un lieu de villégiature fort agréable, avec la vue des lignes harmonieuses du mont Circé.

Un banquet de clôture fut offert aux délégués des Académies et Universités italiennes et étrangères par le recteur, dont la bonne grâce et l'accueil cordial ont laissé à tous les invités le meilleur souvenir.

Des adresses à l'Université de Rome ont été déposées au cours des cérémonies. Voici le texte de celles de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

L'Académie des Sciences de l'Institut de France
à l'Université de Rome,

le Ve jour des calendes de novembre 1935.

L'Académie des Sciences de l'Institut de France est heureuse d'apporter son salut à l'illustre et vénérable Université de Rome, plus que six fois centenaire.

Rome était déjà la capitale du Monde quand la petite Lutèce des Parisiens n'était encore qu'un pauvre village, enserré dans une île de la Seine. Conquise par Labienus, notre cité s'augmenta bientôt d'une ville gallo-romaine édifiée sur la rive gauche du fleuve. Là se développa un foyer de culture spirituelle où affluèrent les étudiants de tous pays, et c'est à cette partie de notre ville que le langage populaire conserve encore le nom symbolique de Quartier latin.

Pendant tout le Moyen-Age, le latin fut en France la langue savante et, dans l'ordre de la médecine, c'est seulement au XVIe siècle que le chirurgien Ambroise Paré osa rompre cette tradition et publiant des livres en français.

La science, n'a jamais cessé de fleurir dans la patrie de Galilée et c'est avec admiration et respect que les savants de France saluent les grands noms de ceux qui honorent l'Italie.

C'est pour affermir cette tradition que nous sommes venus à ces cérémonies, apportant à l'Italie notre espoir de voir briller du même éclat ses générations futures et le vœu que notre affection mutuelle, semblable à la galère qui figure dans les armes de notre Lutèce, ballottée par les flots sans jamais sombrer, résiste à tous les orages que la politique ne réussit pas toujours à calmer, mais que la science a le devoir d'ignorer.

Le Président : P.-A. DANGEARD.

Les secrétaires perpétuels : Emile PICARD, A. LACROIX.

L'Académie de Médecine de France
à l'Université royale de Rome,

L'Académie de médecine de France se réjouit d'apporter son salut cordial à l'illustre Université de Rome. Parmi les nations représentées à cette belle cérémonie, la France est une de celles qui ont le plus de raisons d'offrir leur hommage à la ville glorieuse, mère de la culture latine. N'en est-elle pas la fille spirituelle ? Ses penseurs, ses savants, ses lettrés, ses artistes, n'ont

ils pas puisé à la même source latine les éléments de leur idéal ?

Aujourd'hui, ce n'est pas seulement à une fête italienne, mais à une fête de la civilisation que nous convie l'Université romaine en s'adressant aux élites intellectuelles de tous les peuples. Faciliter les études, répandre et développer la science en accord avec toutes les nations, c'est travailler efficacement à la bonne entente entre tous les peuples. S'unir par l'esprit, c'est préparer l'union des sentiments et des volontés.

En médecine, cette union est facile. D'abord, les faits scientifiques ignorent les frontières, quelque diverse que soit la manière de les découvrir, de les démontrer et de les enseigner. Puis, sur un autre terrain que celui du savoir, sur celui du bien que la science peut faire à l'humanité, l'accord entre les médecins de tous les pays n'est pas moins parfait.

Mais, pour compléter le délicat triptyque dont se compose notre idéal latin, au vrai et au bien doit s'ajouter le beau. Or, le médecin aime la beauté, non seulement dans le détail des formes matérielles — peut-être parce qu'il a trop souvent sous les yeux l'image de laideurs physiques — mais encore dans ce que la beauté a de plus général, l'harmonie, l'eurythmie dont il trouve la marque dans tous les actes biologiques et qu'il s'efforce à rétablir dans l'organisme malade, ne sont pas pour lui accessoires négligeables. Il se plaît à voir régner l'ordre, les proportions, la mesure. Volontiers, il rehausse d'élégante simplicité sa façon de mettre son savoir au service de sa bienfaisance. De sa conscience et de son dévouement, sa profession gagne une beauté morale qui n'est surpassée dans aucune autre.

L'Italie depuis des siècles s'est illustrée dans la médecine. Dans les fastes de son histoire brillent de nombreux et grands médecins qui ont honoré leur patrie et bien servi l'humanité. L'Italie nouvelle ne pouvait manquer de connaître un regain de gloire médicale et déjà elle peut s'enorgueillir d'avoir mené à bien, avec une admirable célérité, des œuvres grandioses d'hygiène publique, telles que la lutte contre la malaria, la création de la Littoria, la fondation du magnifique hospice de la tuberculose à Milan.

Les médecins français applaudissent de tout cœur à ces succès. Ils expriment à l'Université de Rome leurs meilleurs vœux de prospérité ; ils lui sont reconnaissants de leur avoir donné l'occasion d'adresser à leurs confrères d'Italie leurs espoirs de collaboration féconde et le témoignage de leur fraternelle amitié.

Le Président : A. SIREDEY.

Le secrétaire général : Ch. ACHARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1935

A propos de deux observations de spirochétose ictéro-hémorragique, dont une avec myocardite mortelle. Contribution à l'étude de la réaction méningée des formes typiques ictérigènes. — *MM. P. Mollaret* et *J. Ferroir* rapportent deux observations de spirochétose ictérigène typique, l'une bénigne, l'autre mortelle. La mort, dans ce cas, fut causée par une complication exceptionnelle, une myocardite, dont les auteurs détaillent les caractères cliniques et anatomiques.

Ces deux malades ont été une occasion d'étudier les réactions méningées des formes ictérigènes de la maladie. Les réactions méningées peuvent présenter un désaccord très marqué entre les signes cliniques et les modifications liquidiennes. Ces dernières revêtent exactement les mêmes caractères que dans la spirochétose méningée pure. Dans ce cas, les auteurs ont constaté une précipitation jusqu'ici non décrite de benjoin colloïdal dans les premiers tubes.

Le titrage des agglutinines du sang et du liquide céphalo-rachidien montre un contraste très net. D'autre part, l'épreuve de la perméabilité méningée à la fuchsine est négative. La perméabilité ne paraît donc guère modifiée, tout au moins « de dehors en dedans ».

Contribution à l'étude du diagnostic microbiologique de la spirochétose méningée pure. — *M. P. Mollaret* et *Mlle B. Erber* rapportent les résultats de leurs recherches concernant les trois malades de Julien Marie et Gabriel et exposent l'état actuel des procédés de diagnostic de la spirochétose méningée.

La place fondamentale revient en pratique au séro-diagnostic. Fait selon la méthode de Martin et Pettit, il met en évidence un phénomène de zone de réelle valeur diagnostique et de grand intérêt doctrinal. Un séro-diagnostic positif pourrait être discuté et considéré comme la signature d'une infection ancienne méconnue, deux recherches complémentaires peuvent être faites : le titrage des agglutinines qui donnait des taux considérables chez les trois enfants précédents (1/100.000, 1/5000.000 et 1/5.000.000) et les courbes de ces taux, qui présentaient des phases ascendantes, stationnaire et descendante légèrement décalées par rapport à l'épisode méningé clinique.

Les auteurs discutent le rôle pathogène éventuel des spirochètes aquicoles. Le sero-diagnostic, pratiqué avec ces derniers, ne décelait chez ces malades que des agglutinines de groupe et à des taux très faibles.

Il existe cependant des cas cliniquement imprécis où le séro-diagnostic avec différents spirochètes indique un type particulier d'agglutinines, sans phénomène de zone ; leur interprétation demeure encore réservée, la preuve du rôle pathogène éventuel des spirochètes aquicoles ne pouvant être acquise que par les inoculations et les réactions des immunisines.

Contribution à l'étude physio pathologique de la spirochétose méningée pure. — *M. P. Mollaret* et *Mlle B. Erber* exposent les problèmes d'ordre physio-pathologique posés par cette affection.

Chez l'homme, l'étude comparée des agglutinines du sang et du liquide céphalo-rachidien, montre un contraste considérable entre leurs taux (différence de 1/100e à 1/1.000.000e), ainsi que la précession chronologique de la formation des agglutinines dans le sang.

L'épreuve de la perméabilité méningée à la fuchsine ne permet pas de constater le passage de ce colorant dans le liquide céphalo-rachidien. L'étude de la spirochétose méningée expérimentale du singe aboutit aux mêmes conclusions.

Dans ces conditions, rien ne sépare, au point de vue physio pathologique, les réactions méningées des spirochétoses ictérigènes, de celles des spirochétoses méningées pures. Il n'est donc pas indispensable de donner à celles-ci une place à part dans l'infection spirochétosique, avec une source de contamination spéciale, un mode de pénétration particulier du parasite, ni même des spirochètes différents, tout ceci ne préjugeant nullement de la pathogénie exacte de la spirochétose en général.

Néphrite aiguë hématurique, manifestation initiale d'une tuberculose pulmonaire évolutive. — *MM. A. Cain, Cattan* et *A. Bensaude*. — Chez une jeune fille de 17 ans une néphrite aiguë hématurique et cylindrurique, sans azotémie ni hypertension, marque le début clinique d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse à marche rapide. L'inoculation des urines est négative à plusieurs reprises. Les altérations rénales se bornent à une glomérulite congestive.

On est conduit, en l'absence de toute autre hypothèse, et par analogie avec le purpura et l'érythème noueux « pré-tuberculeux », à faire de cette néphrite une manifestation allergique et précoce de la tuberculose, distincte des néphrites terminales qui ont été décrites.

Chez cette jeune fille, transplantée, l'hypothèse de primo-infection tuberculeuse peut être soulevée avec beaucoup de réserves.

M. Paraf note que ces faits s'observent le plus souvent peu de temps après la fin de la période pré-allergique. Il a observé, avec M. Debré, une néphrite aiguë quelques semaines après le virage de la cuti-réaction. On observe des faits analogues après l'injection de tuberculine chez l'animal.

Sur les propriétés coagulantes du venin de vipère Daboia. — *MM. Laignel Lavastine, P.-C. Huet* et *N.-T. Koressies*. — Des recherches physiologiques et cliniques effectuées afin de déterminer la possibilité d'utiliser comme agent hémostatique le venin de vipère Daboia dont les propriétés coagulantes sont connues, il résulte :

1) Que le venin de vipère Daboia possède des propriétés coagulantes remarquables. Des doses d'un dixième de milligramme à un demi-milligramme arrivent à coaguler en une minute vingt centimètres cubes de sang total humain. Il agit seul et

son action n'est pas augmentée par l'adjonction de chlorure de calcium.

2) *In vivo*, il forme un caillot noirâtre, consistant, adhésif.

3) De l'étude d'une cinquantaine de malades chez lesquels on en a fait l'application, il resulte que ce venin n'est pas caustique. Il ne donne lieu à aucun phénomène d'intoxication immédiat ou lointain. Il agirait à la façon d'un extrait d'organe.

4) Des recherches ultérieures en fixeront l'utilisation et les applications dans diverses branches de la thérapeutique.

Maladie de Basedow et insuffisance cardiaque. — *MM. Marcel Labbé, P. Uhry, Sylvain-Blondin* et *Ménétrel* rapportent l'observation d'une malade basedowienne antérieurement traitée par la radiothérapie et qui présenta des manifestations d'insuffisance cardiaque avec tachyarythmie rebelles à la cure digitalique. Une thyroïdectomie en un temps pratiquée en pleine asystolie amena la guérison de la maladie de Basedow et des manifestations cardio-vasculaires. Les électrocardiogrammes antérieurs et postérieurs à l'intervention extériorisent nettement les modifications de la contractilité myocardique : la tachyarythmie avec modification des complexes ventriculaires, absence d'onde P, inversion ou aplatissement de l'onde T, ont fait place à un tracé strictement normal.

M. Lemaire fait remarquer que la thyroïdectomie totale fait disparaître non seulement l'insuffisance cardiaque mais aussi les signes neurotoniques.

M. H. Velti rappelle qu'il a pratiqué la thyroïdectomie dans 24 cas d'asystolie basedowienne. La mortalité opératoire a été nulle et les résultats tardifs ont été des plus satisfaisants. Dans 26 cas, les accidents ont rétrocédé et la guérison a été durable.

Il insiste sur la nécessité des thyroïdectomies très larges en ne ménageant qu'une étroite bande de tissu. Il ne pense pas qu'en dehors de certains cas très rares, la thyroïdectomie totale soit utile.

M. Laubry a toujours obtenu des succès frappants en faisant pratiquer la thyroïdectomie subtotale, à condition que l'intervention soit précoce.

Un cas de purpura hémorragique avec granulocytopénie — *MM. J. Weill, L. Lebourg* et *Frechin* présentent un homme de 31 ans, atteint d'un purpura hémorragique avec anémie, leucopénie et surtout neutropénie très marquée. Au bout de douze jours, la fièvre s'élève, une gingivite nécrotique se développe le long des deux arcades dentaires, sans angine. L'agranulocytose devient presque absolue. Le lendemain d'une transfusion sanguine de 250 c. c., l'état général et la formule sanguine sont améliorés dans des proportions considérables. La guérison survient mais la granulocytose persiste à un moindre degré pour ne disparaître qu'au bout de huit mois.

Les auteurs discutent : 1° L'intoxication arsenicale possible, que rappelle l'allure des accidents et qu'on pourrait attribuer à la faveur d'une idiosyncrasie à l'usage d'un dépuratif ; 2° le rôle de la transfusion hors de proportion avec son volume et qui sauf coïncidence, semblerait avoir mis fin à la sidération médullaire.

Troubles myocardiques dans les états anémiques. — *MM. Georges Marchal, P. Soulié* et *A. Roy* rapportent 5 cas de défaillance myocardique dans des anémies de causes diverses. Les plus sûrs critères en sont le bruit de galop présystolique et les altérations de l'électrocardiogramme.

Au cours des anémies sévères et progressives, l'intensité de la déglobulisation et la carence de l'hémoglobine jouent le rôle principal par anoxémie du tissu myocardique. La défaillance cardiaque, purement fonctionnelle, disparaît dès que s'améliore la série rouge : il s'agit de myocardie anémique. Dans les anémies post-hémorragiques, les troubles électrocardiographiques, essentiellement transitoires, disparaissent à la suite d'une transfusion sanguine. Ils sont dûs, principalement, à l'insuffisance de la circulation sanguine de retour, ce qui apporte une nouvelle consécration à l'hypothèse de *Laubry* et *Tzanck*. L'insuffisance fonctionnelle du cœur, dans les anémies, reconnaît, toujours, un traitement de choix, la transfusion sanguine, complétée par un traitement étiologique plus soutenu : hépatothérapie et ingestion de fer à fortes doses. La digitale et le strophantus ne sont que des palliatifs d'action inconstante dans ces cas de myocardie anémique.

Spirochétose. Bacillémie concomittante à bacille paratyphique B. Troubles mentaux de la convalescence. — *MM. Maurice Hamburger, Queillien* et *Baruk* rapportent l'histoire d'une néphrite spirochétosique au cours de laquelle on isola du sang à deux reprises le bacille paratyphique B ; le sérodiagnostic était positif pour la spirochétose, négatif pour le bacille paratyphique B. Cette association de germes peut être attribuée à l'origine hydrique de ces maladies. Ils insistent sur le fait qu'il y avait bacillémie à bacille paratyphique B sans évolution de fièvre paratyphoïde.

Au cours de la convalescence, des troubles mentaux survinrent ; il s'agissait d'hypomanie, phénomène assez rare car ces troubles mentaux au cours de la spicochétose appartiennent généralement au cadre de la confusion mentale.

Diabète grave insulino résistant. Réduction notable de l'insulino résistance par la radiothérapie hypophysaire. — *MM. J. Piéri* et *B. Sarradon* (Marseille), relatent ce cas observé chez un sujet jeune. Il fut insulino-résistant au début. Après six séances d'irradiations de la région hypophysaire, l'action de l'insuline fut aussi énergique et puissante que dans les cas courants. Le poids augmenta, la glycosurie et la glycémie diminuèrent et la polyurie se fixa pour s'y maintenir à un litre.

Un cas mortel de brucellose grave pseudo-typhique avec anergie, survenue au cours d'une épidémie rurale bénigne. Étude clinique et épidémiologique. — *MM. L. Béthoux* (Grenoble), et *G. Giraud* (Hostun).

Bilieuse hémoglobinurique grave au cours du paludisme secondaire en activité avec anurie déclenchée manifestement par traitement quinique. Trêve paludéenne pendant l'étape anurique. Reprise d'activité paludéenne après rétablissement de la diurèse. Rechute hémoglobinurique après reprise du traitement quinique progressif. Nouvelle poussée paludéenne finalement jugulée par l'atébrine. Guérison définitive. — *MM. N. Bensis* et *A. Gouttas* (d'Athènes).

Transmission de l'ecthyma contagieux des lèvres de l'animal à l'homme. — *MM. H. Eschbach* (Bourges), et *L. Apard* (Reuilly), relatent ce cas dû au bacille de la nécrose des animaux de Bang et qui guérit rapidement par des badigeonnages à la glycérine iodée.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Essais de traitement de la fièvre typhoïde par le novarsénobenzol

MM. Janbon, Mathieu et Dénoyés (*S. des S. M. et B. de Montpellier*, juillet 1935) font connaître les résultats de leurs essais de traitement de la fièvre typhoïde par le novarsénobenzol. Vingt-trois malades ont été ainsi traités et quarante-deux traités autrement — l'hydrothérapie froide ayant été employée dans tous les cas.

Le novarsénobenzol abaisse le taux de la mortalité — qui a été de 13 pour 100 au lieu de 21,8 pour 100 — et a une action sur le tuphos. Les injections ont été pratiquées tous les trois jours (doses faibles).

Les résultats les plus favorables sont obtenus quand cette thérapeutique est entreprise de bonne heure — avant le quinzième jour — et continuée jusqu'à l'apyrexie confirmée.

Résultats du traitement des porteurs de germes diphtériques par le sulfate neutre d'O-oxyquinoléine

Ce traitement a donné à MM. Lisbonne, Janbon et Gayraud (*S. des S. M. et B. de Montpellier*, juillet 1935) des résultats sensiblement supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes. Des pulvérisations à 1 p. 100 — 1 gr. pour 100 de carbonate de bismuth — puis à 2 p. 100 ont été utilisées.

Résultats favorables (stérilisation en huit jours environ) 81,8 p. 100.

Résultats médiocres : 10,2 pour 100.

Échecs : 2,7 pour 100.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Un centenaire à l'Académie des sciences. *De M. Henri Dehérain dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

En 1835, l'Académie des Sciences de l'Institut de France qui, après s'être appelée la Classe des sciences physiques et mathématiques, avait repris, en 1816, son ancien nom, comptait déjà quarante années d'existence.

Les savants qui, pendant ces quatre décades, y avaient siégé ensemble ou successivement, lui avaient conféré une illustration sans égale. Quelle Compagnie, en effet, que celle qui pouvait se glorifier d'avoir compté parmi ses membres Laplace et Lagrange, Legendre et Monge, Fresnel et Gay-Lussac, Berthollet et Haüy, Lamarck et Cuvier, pour ne citer que les plus célèbres.

Cependant les travaux de l'Académie ne furent connus du public que par la *Notice* annuelle rédigée par les secrétaires perpétuels et résumant les communications des membres.

Sous la Restauration, l'Académie éprouva dans ses relations avec le public une modification grave. La porte des séances hebdomadaires, longtemps entre-bâillée en faveur de quelques privilégiés, s'ouvrait de plus en plus largement. Une conséquence s'ensuivit. Des journalistes figurèrent parmi les assistants, et, à partir de 1822, des articles sur les travaux de l'Académie commencèrent à paraître dans les journaux. Mais il était impossible à un publiciste même instruit de saisir au vol les communications portant sur les sujets scientifiques les plus variés. Les rédacteurs furent donc autorisés à se réunir après la séance dans une salle de l'Institut, où l'on mit à leur disposition les notes qui venaient d'être lues. Ce groupement s'intitulait en plaisantant « la sixième classe de l'Institut ». Quelques-uns de ces comptes rendus furent remarquables, ceux par exemple du Docteur Alexandre Bertrand (père du célèbre mathématicien et du célèbre archéologue), dans le *Globe*, ceux du Docteur Désiré Roulin (mon lointain et éminent prédécesseur comme conservateur de la bibliothèque de l'Institut), dans *Le Temps*.

Il se rencontra pourtant des rédacteurs qui beaucoup moins corrects que leurs collègues, profitèrent de la faveur qui leur était accordée pour attaquer violemment l'Académie. Mais François Arago, qui, en 1830, avait succédé à Fourier dans le secrétariat perpétuel, n'était pas d'humeur à supporter longtemps de pareilles incartades. Il reprocha rudement à Raspail, directeur du *Réformateur*, « les erreurs volontaires, le langage inconvenant de certains comptes rendus » et même « les injures grossières qu'on adressait chaque semaine à presque tous ceux qui présentaient leurs travaux à l'Académie ».

Que l'Académie prît elle-même l'initiative de faire connaître ses travaux au public, tel était, se dit Arago, le moyen de couper court à des procédés aussi fâcheux. A la séance du 23 mars 1835, il exposa les motifs qui devaient faire désirer que l'Académie publiât chaque semaine un compte rendu détaillé et fidèle de ses séances hebdomadaires. Son confrère Flourens et lui-même, ajoutait-il, se chargeraient volontiers de cette publication. L'Académie agréa cette proposition et nomma une Commission pour l'étudier. Une discussion s'ouvrit à la séance du 27 avril sur les propositions de la Commission. A celle du 13 juillet, le projet de comptes rendus hebdomadaires fut adopté.

Le premier numéro parut le 3 août 1835. Depuis cent ans, les secrétaires perpétuels, assistés d'un secrétaire de rédaction, qui est lui-même un savant qualifié, secondés par la ponctualité des éditeurs, ont fait paraître le samedi de chaque semaine le compte rendu de la séance du lundi précédent. Deux cents volumes constituent actuellement cette admirable collection scientifique, qui a été imitée par les grandes Académies des pays étrangers.

Le cerveau et la pensée. *Sous ce titre, un article de M. Léon Daudet, dans l'*ACTION FRANÇAISE (16 novembre 1935) :

« La pensée, fonction du cerveau », du temps de mes études médicales (époque Broca-Charcot), c'était là un axiome qui ne souffrait aucune discussion ; de même que personne ne contestait la doctrine ou mieux, le dogme des localisations cérébral

les, fondement du matérialisme alors régnant. J'ai exposé tout cela dans le *Stupide dix-neuvième siècle*, en même temps que la chute de cet autre dogme l' « Evolution ». Aussi ai-je lu avec un vif plaisir, dans le beau volume tout récemment paru du Docteur Alexis Carrel, *L'Homme, cet inconnu* (p. 169), les lignes que voici : « La dépendance étroite des activités de la conscience « et des activités physiologiques s'accorde mal avec la concep- « tion classique qui place l'âme dans le cerveau. En réalité, le « corps tout entier paraît être le substratum des énergies menta- « les et spirituelles. La pensée est fille des glandes à sécrétion « interne, aussi bien que de l'écorce cérébrale. L'intégrité de « l'organisme est indispensable aux manifestations de la cons- « cience. L'homme pense, aime, souffre, admire et prie à la fois « avec son cerveau et avec tous ses organes. » Tout au plus ajouterai-je à cela la distinction essentielle entre l'esprit et l'âme, que faisaient déjà les Grecs, mais qui est généralement considérée aujourd'hui comme séparant deux parties hétérogènes de la personnalité.

De son côté, le Docteur Bouquet, ces jours derniers, étudiait dans sa chronique du *Temps* « le paradoxe du cerveau », à savoir ce fait que l'intégrité de la pensée, de la sensibilité et du mouvement peut coexister avec des pertes considérables, par abcès ou traumatisme, d'une portion de la substance cérébrale, voire d'un lobe entier et davantage. La guerre de quatre ans a multiplié ces cas singuliers, considérés jadis comme invraisemblables, parce qu'ils bousculaient le fameux principe : « La pensée, fonction du cerveau ». Avant la guerre, grande école de neurologie et de physiologie, j'avais vu déjà à l'hôpital de la Charité un homme qui avait, logées dans son cerveau, trois balles de revolver, qui n'avait aucun trouble de la vision, ni de la parole, dont les réflexes étaient intacts et qui souffrait seulement de coliques de plomb !

Le Docteur Bouquet concluait ainsi :

« Certes, la théorie des localisations cérébrales a reçu de rudes assauts, et, chose curieuse, de la part quelquefois de ceux-là mêmes qui avaient le plus contribué, par leurs recherches, à sa naissance (notamment Pierre Marie). Il n'en reste pas moins que la destruction d'une partie limitée du lobe frontal gauche détermine presque constamment l'aphasie, que la lésion de certains centres provoque à coup sûr une paralysie dont la topographie peut être fixée à l'avance, etc... Mais, d'autre part, les faits que nous venons de rapporter ne s'opposent-ils pas victorieusement à ces certitudes ? N'avons-nous pas constaté que la destruction de tout le lobe frontal gauche n'est pas toujours suivie de la suppression du langage ? Ne remarquons-nous pas que la disparition d'un lobe occipital n'entraîne pas fatalement la cécité ? Ne voyons-nous pas que la suppression d'une moitié du cerveau est compatible parfois avec une existence supportable ?

« Il paraît difficile de soutenir qu'il se fasse en ces cas des suppléances, les parties intactes du cerveau se chargeant de la besogne qu'assumaient jusqu'alors les parties détruites. Outre que ces suppléances auraient dû s'effectuer avec une singulière rapidité dans certains des faits rapportés, comment peut-on admettre un remplacement aussi aisé de la part de centres aussi spécialisés ? »

La suppléance était en effet le dernier refuge des tenants de l'axiome ci-dessus. Ceux-ci ne s'apercevaient pas qu'en l'adoptant, ils ruinaient du même coup leur thèse de la spécialisation de certaines parties ou localités de l'écorce cérébrale. Quant aux localisations du vouloir, du percevoir, du comprendre, il n'y fallait plus songer, pas plus qu'aux anciennes « bosses » de Gall.

Si le cerveau n'est plus le siège de la pensée, à quoi donc peut-il bien servir ? Serait-il un simple organe de coordination sensoriel et mnémonique ? Une sorte de gare centrale où s'entrecroiseraient des trains d'ondes de réception, d'émission, de mutation, etc... Mais, dans cette hypothèse, comme dans la précédente, une perte importante de substance devraient amener des troubles cérébraux correspondants, et cela de façon constante. Nous venons de voir que, dans de nombreux cas, il n'en est rien. Le problème demeure donc entier.

Cela prouve qu'en psycho-physiologie, comme en anthropologie, comme dans toutes les sciences concernant l'être humain, il faut se méfier des solutions trop simples. Montaigne l'avait déjà remarqué : les perspectives qu'on croyait le mieux définies, lorsqu'on s'approche d'elles avec l'outil de l'attention, s'estompent, s'effilochent et disparaissent comme des brumes légères. On croyait connaître les fonctions du cerveau. En fait, on ne les connaissait pas.

Le Professeur Léon Fredericq (de Liége) pendant l'occupation allemande. — *Passage détaché de l'éloge prononcé par M. André Mayer à l'Académie de Médecine* (S. du 15 octobre 1935) :

Dans sa vie, un soir d'août tomba la guerre. Comme dans les temps anciens qu'on croyait révolus, ce bourgeois de Liége vit sa paisible cité assaillie, ses fils prenant hâtivement les armes et courant aux forts, le gouverneur faisant sauter ceux-ci plutôt que de les rendre, la ville envahie, un de ses fils s'évadant pour rejoindre l'armée en campagne, et lui-même arrêté, placé toute la nuit comme otage sur le pont de la Meuse et voyant de là brûler les maisons qui entouraient l'Université, enfin, jeté en prison comme complice de l'évasion de son fils. Sa fermeté, sa bravoure simple en imposèrent à ses geôliers. On le relâcha. Dans ces circonstances terribles, il n'avait rien perdu de sa tranquillité narquoise. Au général ennemi qui croyait devoir lui exprimer l'espoir que ces fâcheux incidents ne nuiraient pas aux relations qu'ils auraient par la suite, « Bien au contraire, Monsieur le Général, bien au contraire », répondait Léon Fredericq. On sait assez tout ce qu'il fit pendant l'occupation, bien qu'il fût plein d'inquiétude pour les siens dont il ne savait rien, pour aider ses concitoyens, pour maintenir leur moral, leur occuper l'esprit. Les Liégeois n'ont pas oublié ces conférences scientifiques faites sous la surveillance de l'ennemi, et qu'il semait d'allusions avidement saisies, — comme cette leçon qu'au moment de la réquisition du cuivre qui donnait lieu à tant de tracasseries domestiques, il fit sur l'Hémocyanine. « Il y a des êtres qui, comme nous, quand ils se sentent faibles, ont besoin de fer. Il y en a d'autres, comme les mollusques, qui ont alors un grand besoin de cuivre. »

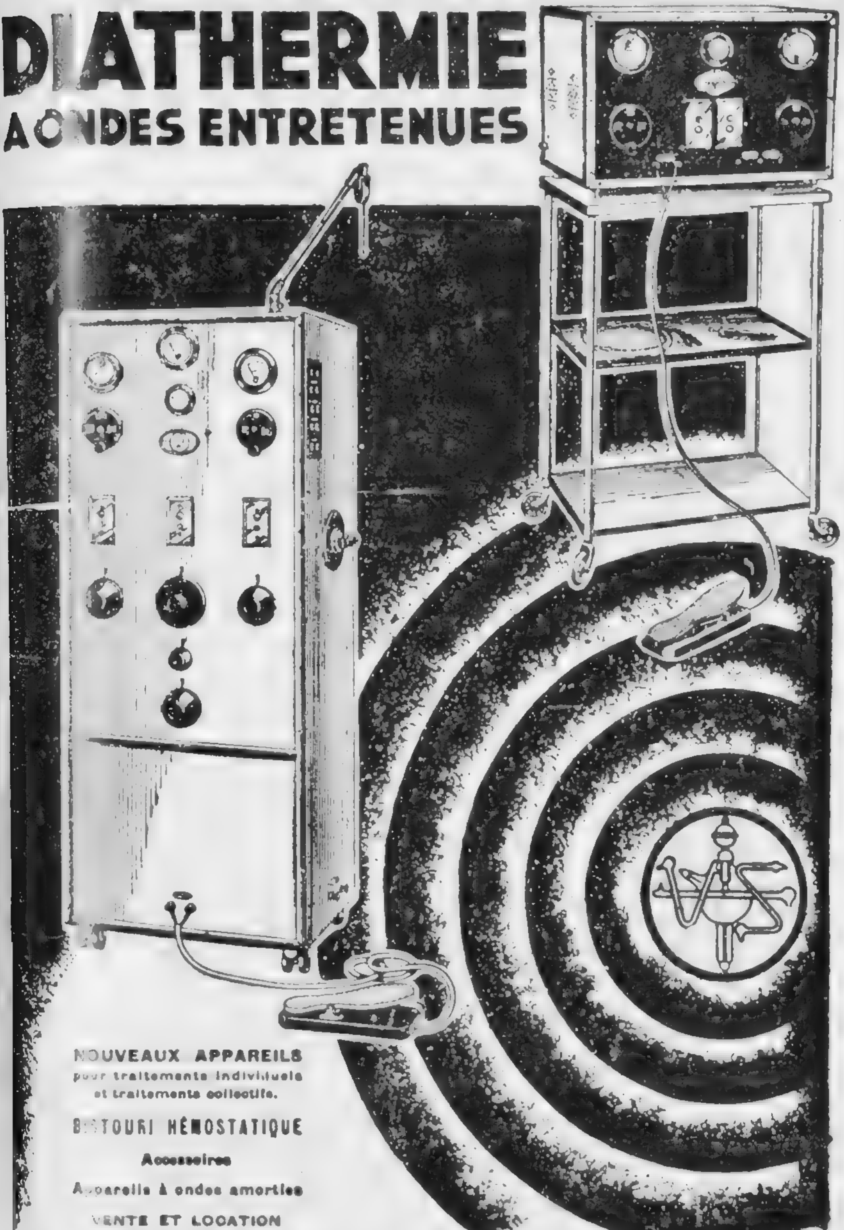
La tempête passée, il rouvrit son laboratoire, et se remit tranquillement à ses travaux.

Le panaris de Monseigneur. — Journal des Débats :

Le 28 avril 1732, un chroniqueur de Metz, Belchamp, écrivait dans son journal : « Mgr l'évêque a un panaris au doigt et la gangrène y est ». Le prélat dont il s'agissait était Henry Charles du Cambout, duc de Coislin, successeur depuis 1697 de Georges d'Aubusson de la Feuillade.

A l'annonce du mal, bénin à première vue, les Messins s'émurent. Une députation urbaine se rendit au palais épiscopal et l'un des délégués prit la parole devant l'évêque qui semblait près de se rétablir :

« Après avoir tremblé si longtemps pour des jours si chers, si utiles et si précieux à la ville et au public, nous ne saurions trop nous applaudir du bonheur de voir nos craintes dissipées par le rétablissement d'une santé qui a fait l'objet le plus intéressant et le plus empressé de nos vœux. Il ne nous reste, Mon-



seigneur, qu'à rendre au ciel nos très humbles actions de grâces, de les avoir exaucés et qu'à redoubler nos prières les plus ardentes pour la conservation du plus digne, du plus charitable, du plus magnifique et du plus respectables des prélats. C'est le moindre tribut que les bienfaits dont il nous a comblés puissent exiger de notre reconnaissance.

On s'était réjoui trop vite. En réalité, M. de Coislin était dangeureusement atteint et le mal ne cédait pas. Le panaris n'était qu'un accident dans un état général mauvais.

« On commença à soupçonner quelque altération dans sa santé, dira un peu plus tard de Boze, dès qu'on ne lui vit plus le même feu et la même gaîté. Insensiblement, il eut moins de monde à la ville et à la campagne, il se retrancha tous les exercices de plaisir ou d'amusement, et une vie si différente de celle qu'il avait menée jusque-là lui échauffa et lui corrompit le sang. Il ne s'en aperçut que par une petite douleur qu'il ressentait au bout du pouce de la main droite. Il l'irrita en voulant la sonder avec une plume ; il fallut appeler les chirurgiens qui, jugeant le mal sérieux, ouvrirent plus méthodiquement le pouce malade et lui en firent tomber les deux phalanges. Sa dernière ressource fut de venir à Paris où il ne trouva pas plus de soulagement et où ses forces diminuèrent d'un jour à l'autre. »

Effectivement, la gazette eut à enregistrer le décès à la fin de l'année : « Henry-Charles de Cambout de Coislin, évêque de Metz, duc de Coislin, pair de France, premier aumônier du roi, commandeur de l'Ordre du Saint-Esprit, abbé de l'abbaye de Saint-Georges de Boscherville, l'un des quarante de l'Académie française et honoraire de celle des Inscriptions et Belles-Lettres, mourut en ceste ville de Paris le 28 du mois de novembre dans la soixante-neuvième année de son âge. »

Nous empruntons ces renseignements à l'étude biographique de M. E. Fleur, parue dans les *Mémoires de l'Académie de Metz*.

C. R.

L'écueil des désinences. — *M. João Coelho qui avait déjà présenté, au Congrès de la Presse latine de 1934, un rapport sur « La langue médicale et la presse » revient sur cette question du langage médical et plus particulièrement sur l'écueil des désinences, dans un article récent de la* Presse Médicale *(20 novembre 1935). Il s'y élève avec raison contre le jargon médical, contre la formation des nouveaux termes, en dépit de toute règle philologique.*

Et voici quelques-uns des exemples qu'il cite :

Actuellement, l'on observe, à chaque pas, en particulier dans les mots composés (soulignons fortement *mots composés*), que certaines particules, les désinences se trouvent corrompues.

Prenons comme premier modèle un des termes les plus en vogue : *néoplasie*. En le décomposant, nous avons le préfixe *néo* et le mot *plasie*. Comment presque tous les médecins latins écrivent-ils son adjectif ? Presque tous disons-nous, parce que plusieurs ne se ploient pas à cette mode. Ils écrivent néoplasique. En séparant ces deux éléments sémantiques, il nous reste d'un côté *néo* — parfaitement, — de l'autre *plasique*. Plasique ? Qu'est-ce qu'est plasique ? Moins que rien. C'est *plastique* qui est l'adjectif correct, comme correct est le terme *néoplastique*, identifié avec sa signification lexicographique. Mais, si nous observons, ces auteurs qui écrivent néoplasique, écrivent, parfois dans la même page, *hyperplastique*, *métaplastique*, comme, ils écrivent aussi les formes exactes : *aplastique*, *orthoplastique fibroplastique*, *achondroplastique*, etc... D'ailleurs, dans la nomenclature scientifique latine, l'on ne peut employer une autre désinence, exemple : *Gongylonema neoplasticum* (Fibiger et Ditlevesen).

Encore d'autres exemples : *hémoclasie* et son partenaire *colloïdoclasie*. En disséquant le premier, nous voyons : le préfixe *hémo* et la racine *clasie*. A la suite de l'introduction de ce terme, l'on inventa immédiatement l'adjectif hémoclasique. Pour quelle raison et pourquoi, quand l'adjectif *clastique* existe dans toutes les langues latines ? On dit bien : roches *clastiques*, comme l'on dit anatomie *clastique* et l'on continue à écrire et à dire traditionnellement : *anaclastique*, *ostéoclastique*, *amyloclastique*, etc.

Autres exemples courants : si de *stase* l'on forme l'adjectif *statique* pourquoi les médecins insistent-ils à écrire, avec quelques rares exceptions que nous connaissons, métastasique ? Dans les autres termes composés de ce mot ces mêmes médecins écrivent correctement *hémostatique*, *hydrostatique*, *électrostatique*, etc...

Les termes formés du mot *genèse* se trouvent changés dans la dérivation adjective. Or, genèse a son adjectif consacré : *génétique*, de manière que c'est celui-ci qui doit être employé pour tous les mots composés quelle que soit la circonstance. Il est erroné de dire et d'écrire génésique. L'on peut bien dire ou écrire pathogénique correspondant à pathogénie, mais si l'on emploie le mot correct *pathogénèse*, l'adjectif ne peut être que *pathogénétique*.

Citons encore au hasard, pour ne pas fatiguer, les termes suivants qui se rencontrent aussi dénaturés : névrosique pour *névrotique* ; mycosique pour *mycotique* ; amnésique pour *amnestique* (le malade qui souffre d'amnésie est un *amnésiaque*, comme celui qui est atteint de manie est un *maniaque*, ou d'hypocondrie, *hypocondriaque*) ; biopsique pour *bioptique* (rappelons que biopsie n'est pas l'acte de prélever un fragment de tissu vivant, mais l'examen histologique immédiat de celui-ci) ; kinésique ou cinésique pour *kinétique* ou *cinétique* ; anesthésique pour *anesthétique* et ainsi, pullulant, des innombrables barbarismes de cette nature.

Conservons, dit M. Coelho en terminant, la morphologie originelle qui donne de la limpidité à nos langues analytiques. Cette question de la corruption des désinences est à peine minime au milieu du cyclone dans lequel se tourne et retourne la terminologie médicale ; mais si minime soit-elle, disons-le avec sincérité, cela est suffisamment humiliant pour tous les Latins. Après tout, pour éviter ces dérèglements, il n'est pas nécessaire de connaître à fond le latin et le grec : il suffit de l'application soigneuse des analogies, la confrontation des dérivations et un peu de bon sens, ce qui ne demande pas, accessoirement, un grand effort cérébral.

Les médecins, hommes de méthodes précises et observateurs d'intimes phénomènes, ne peuvent pas se passer d'employer la méthode et l'observation dans le maniement du premier instrument de leur intelligence.

L'épidémie radiesthésiste se répand dans tous les milieux sociaux, les « pendulistes » trouvent partout des adeptes ; des capitalistes n'hésitent pas à engager des sommes énormes pour aller, sur la foi des baguettes, à la recherche de mines de métaux ou de pétrole ; les malades affluent en foule chez telle ou tel dit-on, en consultation les clients de diagnostic difficile, pour radiesthésiste extralucide, chez qui certains médecins envoient, lesquels ils réclamaient jadis, l'avis de leurs maîtres de la Faculté ou des hôpitaux.

(P. Desfosses. — Quelques gloses sur la radiesthésie. *La Presse Médicale*, 2 novembre 1935.)

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 49 LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 DÉCEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : M. Jacquier-Laforge, Mlle Cohen, MM. Trouillas, Loisy, Alacoque, Mlles Fournel, Pasquet, MM. Faure, Pons, Berger, Guyot, Gerbay.

Internes provisoires : MM. Dubreuil, Folliet, Laval, Jullien, Ehrwein, Joly, Pétigny, Jardon, Gourbeyre, Mlle Lecanet.

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'assistant d'électro-radiologie.* — Jury définitif : MM. Mallet, Thibonneau, Maingot, Desmarest, Lesné.

— *Concours des prix de l'internat.* — *Médecine.* — Jury définitif : MM. May, Decourt, Tixier, Richet, Léon-Kindgerg.

Chirurgie et accouchement. — Jury définitif : MM. Duval, Marion, J. Bloch, Fèvre, Sureau.

Service de santé. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Aubert, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 4e région du Mans.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Guillois, médecin-chef de l'hôpital militaire annexe d'Haguenau, est affecté comme médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges. Désigné comme président de Commission de réforme.

Médecins commandants. — M. Godar, des salles militaires de l'hospice mixte du Mans, est affecté comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres ; M. Sortat, de l'hôpital militaire Sédillot, à Nancy, est affecté comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 20 et 21 décembre 1935. S'inscrire avant le 10 décembre prochain auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

Association pour l'étude de la culture soviétique. — La Commission médicale de l'Association pour l'étude de la culture soviétique organise le mardi 3 décembre, à 20 h. 45, Maison de la Mutualité (salle F), 24, rue Saint-Victor (Ve), une conférence sur « L'enseignement médical et les Instituts scientifiques en U. R. S. S. », par le Docteur Edouard Joltrain.

Société de pathologie comparée. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) aura lieu le mardi 10 décembre prochain, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

ORDRE DU JOUR. — *Les leishmanioses humaines et animales.* — Rapporteurs : M. le Professeur VERGE : Biologie du parasite. — M. le Professeur NATTAN-LARRIER : Les leishmanioses humaines. — MM. DONATIEN et LESTOQUARD : Les leishmanioses animales, pathogénie, pathologie et traitement.

Communications : M. FAURE-BRAC : 1° La lésion cutanée dans la leishmaniose canine représente-t-elle la porte d'entrée ? 2° Quelques considérations sur la leishmaniose canine. — M. PÉRARD : Présentation d'un cas de leishmaniose canine expérimentale. Réflexions sur le diagnostic. — MM. J. COLAS-BELCOUR et J. TILLEUL : Nouvelle contribution à la répartition des phlébotomes en France.

Prière de se faire inscrire immédiatement pour le banquet qui aura lieu à 8 heures précises au Palais d'Orsay, 9, quai d'Orsay. (Prix : 45 francs, tout compris, tenue de ville). Les dames sont priées d'honorer le banquet de leur présence.

Changement de nom de la Société de chirurgie. — Le *Journal Officiel* du 3 décembre a publié un décret autorisant la Société de chirurgie à prendre le nom d'Académie de chirurgie.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le jeudi 19 décembre, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

XVIe Salon des médecins et du Corps médical. — Le XVIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 2 au 9 février, à la Galerie Bernheim jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique, le ministre d'État et les maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les sections peinture, sculpture, art décoratif et photographique seront présentées dans l'une des toutes premières Galeries d'art de Paris. D'autre part une section nouvelle sera ouverte à l' « Art dans la littérature médicale ». Les médecins, écrivains et romanciers, les journaux et revues médicales dont l'esprit est empreint d'une note artistique auront leur place dans ce groupe.

Aussi, à l'effort fourni par les organisateurs, faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures, répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 10 janvier 1936.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

Faculté de droit. — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours de *Psychiatrie médico-légale élémentaire*, à la Faculté de droit le jeudi 12 décembre 1935 à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 12 décembre 1935 : Expertise psychiatrique. — Jeudi 19 décembre 1935 : Capacité pénale. — Jeudi 9 janvier 1936 : Réactions antisociales des alcooliques. — Jeudi 16 janvier 1936 : Réactions antisociales des toxicomanes. — Jeudi 23 janvier 1936 : Réactions antisociales des déments. — Jeudi 30 janvier 1936 : Réactions antisociales des délirants. — Jeudi 6 février 1936 : Réactions antisociales des déséquilibrés. — Jeudi 13 février 1936 : L'homicide pathologique. — Jeudi 20 février 1936 : Limite du vol morbide. — Jeudi 27 février 1936 : Attentats aux mœurs. — Jeudi 5 mars 1936 : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Docteur Maurice HAMBURGER. Un vol. grand in-8 de 81 pages, 12 francs. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ». Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Avant d'envisager les divers modes de traitement de la dysenterie amibienne, il est indispensable de préciser les circonstances cliniques où ce traitement doit être prescrit. Il ne s'agit pas, en effet, de connaître et de combattre la seule dysenterie amibienne aiguë de première atteinte, décrite depuis fort longtemps, mais de dépister et de traiter tous les méfaits de l'amibiase, affection qui du fait de la guerre est devenue en France une maladie endémique et malheureusement trop souvent méconnue.

Trois méthodes d'investigation permettent de déceler l'existence d'une amibiase : 1° l'examen des selles ; 2° la rectoscopie ; 3° le traitement d'épreuve.

L'auteur développe dans les chapitres suivants trois méthodes et indique les traitements appropriés :

Notions générales. Ipéca. Émétine. Les arsenicaux, novarsénobensol, narsénol, sanluol, tréparsol, stovarsol. Le yatrène. Rivanol. Autres médications, garcinia mangostana, mangostana, kho-sam, simarouba, uzara, benzo-méta-crésol. Modes de traitements. Résistances et échecs. Prophylaxie.

Traitement et prophylaxie de la diphtérie, par le Professeur Robert DEBRÉ. Un volume grand in-8 de 62 pages, 12 francs. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ». Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille Paris (VIe).

Depuis ces dernières années, la sérothérapie a paru moins efficace aux yeux de certains médecins. En réalité c'est la gravité du mal, la fréquence des formes hypertoxiques qui ont augmenté. Le sérum, tel qu'il est fabriqué actuellement à l'Institut Pasteur et fourni aux médecins français est supérieur à celui du début de l'ère sérothérapique, il reste une arme excellente entre les mains du praticien, qui l'applique à bon escient, et avec une bonne posologie.

On dit couramment qu'il ne faut pas appliquer sans discrimination à l'homme les résultats fournis par l'expérience sur l'animal, rien n'est plus vrai, aussi l'auteur a joint aux recherches expérimentales l'étude critiques des cas cliniques. Mais inversement il est bien dangereux de croire vraisemblables des éventualités, que des expériences bien faites ont démontrées impossibles : en matière de sérothérapie antidiphtérique tous les progrès et toute la compréhension même des problèmes dérivent de l'expérimentation poursuivie au laboratoire.

L'avenir apportera, sans doute, de nouveaux progrès encore à la sérothérapie antidiphtérique ; il n'en reste pas moins que l'effort ne doit pas être ralenti en faveur de l'immunisation active par la vaccination, essayée il y a vingt ans par Behring et que la découverte de l'anatoxine par G. Ramond rend aujourd'hui largement applicable.

Lésions traumatiques des articulations (Membre inférieur), par ROUVILLOIS et MAISONNET (tome IX *bis* du Nouveau Traité de Chirurgie publié sous la direction de P. Delbet et A. Schwartz). Un vol. gr. in-8, de 468 pages, avec 110 figures. Broché : 110 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Le classique Traité de chirurgie vient de s'enrichir d'un important ouvrage consacré aux lésions traumatiques des articulations. Les remarquables progrès réalisés dans cette chirurgie articulaire, grâce à la radiologie et aux enseignements de la grande guerre, rendaient nécessaire une telle mise au point. La compétence fort appréciée de ses auteurs laisse prévoir l'intérêt avec lequel les chirurgiens accueilleront ce livre qu'ils attendaient.

Le premier volume de cet ouvrage (Généralités et membre supérieur) était consacré à l'étude générale des lésions traumatiques des articulations, les auteurs envisagent successivement :

Le deuxième volume est consacré au *Membre inférieur*, envisageant les *lésions traumatiques du bassin, de la hanche, du genou, du cou-de-pied et du tarse postérieur, au tarse antérieur, de la région tarso-métatarsienne et des orteils.*

Chaque chapitre comprend les mêmes divisions établies dans le premier volume, alliant l'examen clinique et radiographique aux divers traitements.

Comme dans les autres fascicules de la collection, chaque chapitre est accompagné d'une importante bibliographie. L'illustration de l'ouvrage est particulièrement riche et comprend de belles photographies, des dessins de pièces anatomiques, de nombreux schémas montrant les différents temps d'une réduction et d'excellentes radiographies.

Néodiathermie à ondes courtes, par le Docteur Henry BORDIER et le Docteur T. KOFMAN. Un volume in-8 (13 × 20) de 140 pages avec 57 figures, 21 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Le livre de MM. Bordier et Kofman sera utile non seulement aux spécialistes, mais aussi à tous les médecins et chirurgiens qui le liront et le consulteront avec le plus grand profit. Les auteurs, sans entrer dans des détails superflus, ont exposé clairement, quoique succinctement, les principes sur lesquels repose l'emploi des ondes courtes en thérapeutique : leur production, leurs propriétés physico-chimiques, leurs effets physiologiques sont étudiés d'une façon complète : les travaux publiés tant à l'étranger qu'en France ont été traduits ou analysés.

Les applications thérapeutiques de la darsonvalisation à ondes courtes sont énumérées avec ordre et les résultats cliniques sont discutés avec la grande autorité qu'ont acquise les auteurs grâce à leurs travaux antérieurs et à leur expérience.

Enfin, de nombreuses figures aident à la compréhension du texte, qui d'ailleurs n'offre aucune difficulté ; les auteurs ont eu soin, en effet, de ne pas employer de formules mathématiques, bonnes pour des physiciens ou des ingénieurs, mais pas pour des médecins.

En un mot, le livre de MM. Bordier et Kofman est simple, efficace et pratique.

Précis de médecine catholique par le Docteur Henri BON. Un volume in-8 de XII-768 pages, 40 francs. Librairie Félix Alcan, Paris.

Cet ouvrage présente pour la première fois un exposé condensé et objectif des questions où médecine et religion se compénètrent. Après un rapide *aperçu historique* sur les rapports de la médecine et des religions, l'auteur passe en revue la *collaboration du médecin* avec les autorités ecclésiastiques pour expertises dans les procès de canonisations matrimoniales, etc.

Un chapitre est consacré à *l'étude médicale de la vie et de la Passion du Christ.*

L'anatomie offre son rôle apologétique, son essor grâce au christianisme les théories de l'origine du corps humain.

La *physiologie* présente les relations de l'âme et du corps dans la vie physique, la vie spirituelle, la vie mystique. Elle étudie les fonctions de reproduction, l'agonie, la mort.

Quatre chapitres étudient les *Prodiges biologiques* : jeûne absolu, stigmatisation, incombustibilité, lévitation, luminosité, osmogénèse, etc. incorruptibilité des corps, apparitions, télesthésie, prophéties, possession, spiritisme, sorcellerie, métapsychique.

La *pathologie* rencontre le facteur religieux dans les maladies, les guérisons surnaturelles, les résurrections, les saints médicaux, les maladies des saints, les névroses et délires de croyance, de scepticisme et d'athéisme.

La *thérapeutique* soulève le problème de la souffrance et de l'euthanasie, la psychothérapie religieuse, certaines interventions obstétricales.

L'abstinence et le jeûne, la médecine militaire, l'exercice de la médecine par prêtres et religieux, la déontologie, l'expérimentation, le duel, le suicide, la crémation ont passé en revue.

Les *Sacrements* : Baptême et Pénitence, Communion, Ordre, Mariage, Extrême Onction sont examinés au point de vue médical.

La XIe Partie énumère rapidement les *Institutions catholiques* (des treize facultés catholiques, la médecine missionnaire, les associations de médecins, etc). Des bibliographies mentionnant près de 150 Thèses de médecine et 500 titres divers, et un index alphabétique, donnent toutes facilités pour utilisér aisément les renseignements contenus dans ce *Précis* qui paraît indispensable à toute personne préoccupée des questions médico-religieuse.

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis VIDAL (17e édition, 1936). L'ouvrage de 2.148 pages, de format 10 1/2-16 1/2 de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties.

1° Table des chapitres, suivie de la Table de spécialités par actions médicamenteuses et Indications thérapeutiques, revue et tenue à jour. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner de conseils déplacés, de retrouver la liste des spécialités indiquées dans une affection déterminée.

2° Dans la deuxième partie sont groupées de nombreuses documentations nouvelles. Les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés. Les prix sont mentionnés et une sélection rigoureuse permet la prescription aux assurés sociaux, sans risquer la moindre réaction administrative.

3° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresse des fabricants, a également été mise à jour ainsi que :

4° La nomenclature des spécialités classées par laboratoires, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

Où en sont les Assurances sociales ? Questions controverses à propos des Assurances sociales. Les problèmes actuels ressortissant à l'application de la loi des Aussurances sociales sont étudiés sans parti-pris dans ces ouvrages et des solutions précises sont préconisées par les auteurs pour faire face aux difficultés qui ont été constatées.

En vente au prix de 12 francs et 3 francs au siège de la Caisse « La Famille », 26, rue du Château, Roubaix.

Comment élever nos bêtes, par le Docteur FOVEAU DE COURMELLES. Un volume de 192 pages, 10 francs. Editions Eugène Figuière, 166, boulevard Montparnasse, Paris (XIVe).

Ce livre du Docteur Foveau de Courmelles qui cependant n'a rien de particulièrement médical et prouve une fois de plus la grande sincérité de ce médecin d'élite dont on sait quelles campagnes il mena contre le vivisection. F. de Courmelles aime les bêtes. Il nous raconte ici tout ce qu'il doit de joie, à celles qu'il eut en propre, à d'autres qu'il connaît. En même temps, il nous documente, il nous apprend à élever nos animaux domestiques et familiers. Enfin, il termine son volume par des considérations pédagogiques et juridiques concluant par cette jolie phrase : Sans l'animal, la Tesse serait inhabitable !

Foveau de Courmelles a écrit au moins cinquante volumes ou brochures. Ce nouvel effort de science et de bonté intelligentes ajoute à son bagage émouvant et consciencieux. Il faut l'en louer hautement.

La vraie figure de Charlotte Corday, par G. GILBERT-CLÉMENT. Un volume in-8°, 320 pages, 18 francs. Emile-Paul frères, éditeurs, 14 rue de l'Abbaye, Paris.

Le principal attrait de cet ouvrage est de revivre, en compagnie d'une Charlotte Corday attentive, vibrante et sincère, les étapes de la Révolution, d'apercevoir, d'un coin de province, le déroulement des évènements dont les contre-coups se font sentir dans l'entourage de l'héroïne. La vigueur et la pertinence avec lesquelles sont évoqués le milieu, l'époque, les incidents, ouvrent au lecteur d'intéressants horizons.

Qu'il s'agisse des émeutes locales, des massacres, ou des troubles profonds qui suivirent la Constitution civile du clergé, on voit en action le mécanisme révolutionnaire et la psychologie des acteurs ; on devine les perplexités et les angoisses de l'héroïne. On assiste à l'éclosion et à l'effondrement tragi-comique de l'insurrection fédéraliste normande, dont l'ambiance explique autant l'acte de l'arrière-petite-fille de Corneille que l'exaltation civique qu'elle puisa dans les œuvres de son aïeul et dans les curieux opuscules de son propre père, restés jusqu'ici inconnus.

Une entière sincérité de couleur et de caractère fait découvrir la vraie figure de Charlotte Corday, encore mal connue et obscurcie de légendes contradictoires. Des faits et des textes nouveaux révèlent les gestes anciens de cette vieille famille rurale très typique, la vie patriarcale du grand-père, ou encore la vie secrète de Marat en Angleterre. Le milieu intime où vivait celui-ci, le drame de l'assassinat et les heures qui l'ont précédé sont reconstitués jusque dans les détails les plus familiers et les plus évocateurs.

Ainsi se dégage, de curieuses recherches historiques, de notations vivantes sur les enseignements et les analogies du passé, l'attachante figure d'un belle jeune fille, spirituelle et intrépide.

Devant la Révolution. (*La Vie et le Règne de Nicolas II*), par ESSAD BEY. Avant-propos et traduction de Maurice TENINE. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris

M. Ténine présente ainsi ce livre au lecteur :

« Un jugement, d'une vérité cruelle, a été, dit-on, prononcé par Raspoutine, en présence du prince Youssoupov : « Le Tsar, aurait dit le staretz, il devrait jouer avec les enfants, s'occuper des petites fleurs, mais non gouverner un Empire. » Cette vérité cruelle, Essad Bey la confirme tout au long de son livre, ouvrage à coup sûr objectif, ou perce cependant parfois une pointe de tendresse pour l'impérial personnage, « le plus malheureux des hommes.

« Le lecteur français connaît depuis longtemps Essad Bey, le connaît et l'apprécie. Il est donc inutile de dire que le présent ouvrage, qui vient après plusieurs autres sur le même sujet, se distingue essentiellement de ces derniers, par la couleur surtout. Est-il besoin de préciser que la plume-pinceau d'Essad Bey ne pouvait qu'être à son aise avec un sujet comme-

celui de Nicolas II, tsar et homme, petit tsar et bon père de famille, empereur de l'immensité russe, avec ses coupoles dorées, ses Kremlins, le clair-obscur de ses églises, les salles d'apparat de ses palais, les potences, les étendues neigeuses du Nord, les côtes ensoleillées de Crimée, la brume, les généraux, les popes, les policiers de l'Okhrana, les révolutionnaires ? Quelle belle matière pour Essad Bey que ce tsar dont la vie consciente, ponctuée par la dynamite, commence avec la mort d'Alexandre II, déchiré par la bombe, pour se terminer par le massacre — ou l'exécution de toute sa famille dans les caves de la maison Ipatiev ?

« Sujet vaste ! Car Essad Bey, à son corps défendant peut-être, a écrit un magnifique livre d'histoire ; il fait revivre toute la Russie de 1868 à 1918, cinquante ans d'histoire russe qui virent la plus grande transformation sociale de tous les temps. L'auteur possède d'ailleurs toutes les qualités requises. Il est partial — juste autant qu'il faut pour faire un bon historien — et objectif, juste assez pour laisser parfois planer chez le lecteur un doute sur son jugement définitif. Il est aussi scientifique. Et son étude du milieu où s'est formé Nicolas et des événements qui devaient déterminer sa vie est du plus haut intérêt. Son analyse de la situation et des forces économiques à la veille de la révolution de 1905 est d'une haute tenue, bien qu'Essad Bey semble avoir négligé quelque peu le rôle du jeune capitalisme russe.

« Enfin, l'auteur avance une grande thèse :

« Le principal soutien du tsarisme aurait été non pas la noblesse, la police, les officiers ou les cosaques, mais, chose paradoxale, la paysannerie, celle-là même qui brûlait les demeures seigneuriales. La notion de tsar, spécifiquement slave, que l'auteur oppose à celle de césar, notion latine, s'appliquerait au souverain paysan, lié à la terre. C'est de n'avoir pas compris ce lien « magique », comme dit Essad Bey, que serait mort le tsarisme.

« Ce livre présente encore un autre intérêt. A la vague de fond d'après-guerre, qui emporta tant de trônes, succède aujourd'hui un mouvement contraire qui, sous la forme monarchique ou sous un dérivé — la dictature — semble nous ramener à la situation d'avant-guerre. A tous, partisans ou adversaires du régime autoritaire, nous ne saurions conseiller lecture plus attachante — et plus instructive — que *Devant la Révolution*. »

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Les délires de jalousie

Par le Professeur **Henri CLAUDE**

Dès le commencement des âges la jalousie fut familière au cœur de l'homme, et ne lui épargna pas ses angoissantes meurtrissures. Le meurtre d'Abel a ouvert une série funeste qui s'est prolongée dans l'histoire des dieux, des héros et des humbles, et dont les résonnances, généralement contées ou dramatiquement vécues, sont présentes à toutes les mémoires.

Les délires de jalousie n'apportent leurs richesses psychopathologiques que dans un domaine dont quelques remarques veulent nettement limiter les frontières. La jalousie n'est nullement l'apanage de l'homme adulte. La psychologie des enfants et des animaux pouvait apporter de précieux documents dont il n'est pas ici possible de faire état ; de ces observations, l'aspect clinique sera abandonné, mais non l'intérêt génétique.

D'autre part, la jalousie peut s'exercer dans tous les domaines : avantages physiques, surface sociale, succès mondains ou politiques, qualités intellectuelles ou morales. Mais on réserve plutôt le nom de jalousie à la jalousie amoureuse. Celle-ci jouit de cette limitation nominale en sa faveur du fait de l'intensité de son caractère passionnel et de la gravité des réactions qu'elle provoque. Et c'est cette atmosphère hautement dramatique, créée par le jaloux et devenue son aliment, qui explique l'intérêt qu'ont apporté à l'analyse de ces sentiment psychologues et littérateurs.

Dans son traité des Passions, Descartes définit la jalousie comme « une espèce de crainte qui se rapporte au désir que l'on a de conserver la possession de quelque bien. »

Spinoza, dans une proposition de l'Ethique, ne craint pas d'affirmer : « Celui qui s'imagine que la femme qu'il aime se prostitue à un autre, ne s'attriste pas seulement de l'obstacle que cette infidélité peut dresser entre sa passion et lui, mais il est forcé d'unir à l'image de celle qu'il aime l'image du sexe et des excrétions de cet autre. A cette vue, il prend cette femme en haine et c'est la jalousie qui consiste en un trouble de l'âme obligée d'aimer et de haïr à la fois le même objet. »

Tout le monde connaît l'appréciation si perspicace de La Rochefoucauld : « Il y a dans la jalousie plus d'amour-propre que d'amour ».

Dans le « Plaidoyer d'un fou », voici Strindberg : « La jalousie, c'est la crainte de perdre ce que l'on a de plus précieux. Le jaloux ? C'est un homme ridicule, par le ridicule motif qu'il ne se résoud pas à perdre ce qu'il a de plus précieux. »

* * *

Toutes ces citations — et on pourrait les multiplier — sont plus que de simples définitions. Elles cherchent à donner une explication psychologique de la jalousie, ou tout au moins à en noter certaines caractéristiques. Chacun s'est mis en face d'un aspect de la jalousie, et ces notations bien que très poussées dans leur perspective, demeurent souvent parcellaires et n'expriment pas toute la complexité du problème.

En essayant d'appréhender ces multiples aspects ainsi analysés, il peut être posible de fixer les quelques traits essentiels de la jalousie.

Il y a le sentiment vif de se sentir frustré d'un bien sur lequel on se considérait avoir des droits.

Il y a une blessure profonde de l'amour-propre à se sentir atteint dans sa dignité.

Il y a cette ambivalance pour l'objet aimé. « L'amour ne survit pas à l'estime » enseignait la carte de Tendre. Survit-il à la haine ? Spinoza l'affirme vigoureusement ; cependant qu'un autre constate : « La jalousie éteint l'amour comme les cendres éteignent le feu ».

Il y a encore une autre ambivalence : malgré la conviction profonde de son malheur, le jaloux s'enlise dans une recherche vertigineuse de preuves, qui apparaîtront toujours sans force au moment où il croira les atteindre. « La jalousie se nourrit dans les doutes, c'est une passion qui cherche toujours de nouveaux objets d'inquiétude et de nouveaux tourments ». (La Rochefoucauld). Et si le « Cocu magnifique » doute perpétuellement, c'est que, peut-être, il espère toujours.

Ce tourment, ce regret douloureux, peut très facilement prendre une allure obsédante, comme il arrive fréquemment aux mouvements passionnels. Et c'est souvent en fonction de ce caractère que se mesurera le danger social d'un jaloux. La rumination sur cet objet odieux, à la fois adoré et abhorré, peut amener en effet des réactions violentes et même meurtrières : que l'objet ne lui appartienne plus, soit ! Mais qu'il n'appartienne à personne : et c'est l'homicide ou cet acte le plus typique, la défiguration au vitriol.

Ces traits psychologiques demeurent, malgré tout, schématiques, d'autant que la jalousie n'a que rarement ce caractère de pureté que l'analyse paraît lui conférer. Chaque cas de jalousie a une architecture personnelle, originale et à côté des pièces maîtresses il serait facile de saisir d'autres composantes envie, intérêt, sentiment particulier de l'honneur, multiples traditions ou préjugés de la vie sociale, qui viennent s'enchevêtrer et occuper parfois un rôle majeur.

Ces considérations acheminent vers les délires de jalousie, mais n'y aboutissent pas. La jalousie est un état normal dans certaines circonstances. C'est même l'absence de jalousie qui pourrait parfois paraître anormale. Mais la jalousie, comme tout état passionnel, peut subir une altération morbide. Il y a des jalousies pathologiques, comme il y a des amours pathologiques. Et si les cas extrêmes n'offrent pas grosses difficultés à l'analyse, les cas limites posent des problèmes infiniment délicats de diagnostic psychologique, d'autant plus que la plupart du temps la question se double d'une mesure de défense sociale à prendre : responsable ou non ? prison ou asile ? Les cours d'assises sont les témoins répétés de ce grave problème qui se pose journellement : où commence le caractère morbide d'un état passionnel ?

Le problème de la jalousie pathologique ne se pose cependant pas toujours avec la même acuité, ni la même difficulté.

Il y a des jalousies qui manifestent avec évidence une idée délirante : les preuves apportées pour accabler le conjoint défient la plus élémentaire ou au moins la plus vérifiable des vraisemblances. Les apports imaginatifs ou interprétatifs éclatent dans les propos du malade, et la qualité morbide de ses attitudes s'impose rapidement.

Mais l'argumentation du malheureux jaloux peut être parfaitement plausible, soutenable et même étayée par des faits exacts. Cela suffit-il pour considérer sa passion comme l'expression irréprochable d'un juste ressentiment ? C'est là que gît, au maximum, l'angoissante difficulté des états passionnels. A toute passion correspond un équivalent psychopathique, une stricte limite est impossible à tracer. On retrouve en-deçà le même déterminisme qu'au-delà, les mêmes composantes, les mêmes interférences. Il faut quitter alors le terrain purement descriptif et apprécier la valeur humaine et sociale des éléments qui sont en quelque sorte la chair de cette passion.

Appréciation audacieuse, car le médecin ne peut échapper à un certain subjectivisme, mais appréciation possible dans une certaine mesure. Plusieurs caractères ont été décrits pour opposer jalousie simple et jalousie délirante. Ils ne sont qu'exceptionnellement réunis au complet, mais même isolés ils apportent une orientation précieuse dans une aussi subtile discrimination.

Une jalousie délirante provoque fréquemment, presque immanquablement, des réactions violentes. Sont presque de règle les accès de colère, les attitudes vindicatives, les revendications agressives.

(1) Cours fait à Sainte-Anne les 20, 27 janvier et le 3 février 1935. Recueilli par Mlle Derombies et C.-H. Nodet, internes du service.

Elle se distingue de la simple passion par le caractère excessif, absurde, extensif que prennent rapidement les idées de jalousie. Les actes supposés sont imaginés avec une extravagance qui ferait sourire : le mari de la jalouse a un nombre inconcevable de maîtresses, il emploie des ruses dignes de la Pampa pour tromper sa femme, qui du reste ne lui cède en rien en fait de constructions imaginatives pour le traquer dans ses exploits extra-conjugaux. Othello s'enfoncera dans les dédales les plus conjecturaux pour forcer une vérité pour lui déjà évidente bien que mal prouvée, en fait toujours fantômatique.

Il est également d'un très haut intérêt de replacer l'idée de jalousie dans son contexte psychologique et comparer cet état passionnel avec les autres attitudes vitales du sujet. C'est ainsi que pourra apparaître nettement le caractère pathologique d'un état jaloux quand on constatera qu'il n'est pas un phénomène isolé, mais qu'il s'insère au contraire dans tout un délire de persécution par exemple, contruit sur un large réseau d'illusions ou d'interprétations.

D'autres fois ce qui fera pencher vers le caractère morbide de la passion étudiée, c'est non pas la continuité de la jalousie avec une psychose dûment identifiée, mais au contraire le hiatus avec le caractère des actes quotidiens et celui des actes liés à l'état de jalousie. Il est bien admis qu'une passion violente met « hors de soi », mais il faut être très prudent quand on voit s'affirmer chez un individu, dont toutes les autres démarches paraissent empreintes d'une sereine sagesse, une telle absence de jugement, de logique, une si désastreuse incapacité d'accepter un raisonnement et sa conclusion.

Parfois c'est le caractère anormal de la personnalité du jaloux en dehors de ses manifestations jalouses qui fera pencher les présomptions en faveur d'un délire. Ceci est apparemment contradictoire avec ce qui vient d'être dit, cela montre simplement la difficulté d'une appréciation qu'il est impossible de codifier à l'avance sur le papier. Il est plus fréquent que la jalousie prenne son caractère délirant chez un individu dont on peut signaler quelques tares psychiques : intoxication, déséquilibre, manifestations psychopathiques antérieures, hérédité vésanique.

On peut également tirer un argument de l'attitude du jaloux devant sa victime, quand il a réalisé sa vindicte. Après un crime, alors que le passionnel est en général désespéré, anéanti, parfois même avide de se détruire à son tour, le délirant manifeste au contraire le plus souvent une impassibilité déconcertante et assez instructive. Des exceptions peuvent être relevées toutefois chez certains passionnels très sthéniques se posant en justiciers.

Enfin le caractère paroxystique de manifestations jalouses, leur évolution par bouffées est plutôt en faveur d'un trouble psychopathique.

Mais il ne faut pas dissimuler — et ce serait du reste inutile — la difficulté parfois extrême de cette distinction et le caractère relatif, très subjectif et souvent critiquabe de ces éléments. Dans nombreux cas il n'y a pas de criterium certain. Et le problème de défense sociale demeure toujours posé avec autant d'acuité. D'autant que le simple passionnel, véritable obsédé, bien que relevant de mesures de protection différentes, est souvent aussi dangereux que le délirant jaloux. Chaque cas se pose avec sa propre originalité qui défie toute systématisation de la solution : d'authentiques malades passent en cour d'assises ; à l'opposé, que d'individus internés dont souvent le délire tombe rapidement après quelques semaines d'isolement. Les difficulté médico-légales ainsi soulevées paraissent même insurmontables quand l'individu est mort et que c'est rétrospectivement qu'il faut apprécier son comportement. Le testament de Max Linder a donné prise à une discussion de ce genre : la jalousie manifestée était-elle morbide au point de frapper l'acte de nullité ? Il va sans dire que les meilleurs arguments furent trouvés contradictoirement de part et d'autre, et chaque partie défendit sans nuance son point de vue.

* *

Cette distinction entre jalousie passionnelle et jalousie délirante n'épuise pas toutes les multiples manifestations de la jalousie. D'une part il y a des formes de passages, à propos desquelles éclatent ces difficultés dont il a été parlé plus haut ; d'autre part il n'y a pas un délire jaloux : la jalousie est un aspect sémiologique de certains délires, mais ce n'est pas cette coloration qui seule crée un cadre nosographique, ni à plus forte raison sur laquelle on pourra fonder un pronostic. Il faudra aller plus loin et qualifier un délire d'après sa structure.

On peut d'un point de vue systématique classer les différentes variétés de jalousie d'après les catégories suivantes :

I La jalousie morbide.
II La jalousie passionnelle.
III Les types de jalousie par développement de la personnalité.
IV Les types de jalousies liées à un processus psychique.
V Et enfin les jalousies symptomatiques de troubles mentaux divers.

Il n'y a pas à insister sur la jalousie normale, ce tourment banal que cause la crainte ou la certitude d'être trahi par la personne qu'on aime, d'être aimé d'elle moins qu'une autre personne. Cette réaction de dépossession est à ce point instinctive que c'est son absence qui surprendrait. Cette réaction peut être parfaitement légitimée par les faits. Elle peut également reposer sur une erreur de jugement, et normalement doit disparaître quand l'erreur est démontrée. Ce type commun, peu dramatique, n'a pas été dédaigné de la littérature qui a en surtout dégagé le côté comique.

La jalousie passionnelle correspond à une exaltation du sentiment de jalousie se tradisant par son intensité, sa durée, la disproportion des réactions qu'elle commande. C'est ce que Mairet a décrit sous le nom d' « hyperesthésie jalouse ». Comme tous les états passionnels, elle revêt un caractère *obsédant*, sur lequel j'ai maintes fois insisté, ne laissant aucune liberté à l'esprit du sujet. Elle n'est pas sans relations avec les circonstances extérieures. Elle est au contraire en rapport étroit, admissible avec l'élément originel, sans lui elle ne serait pas née : la jalousie est en quelque sorte réactionnelle. Tel est le cas du Don Guttière de Calderon. C'est aussi celui d'Othello qui, poussé par Iago sent les ravages progressifs de la jalousie et s'exalte au point d'étouffer Desdémone.

Observation N° 1. — Cas Thi... Il s'agit d'une femme de 34 ans, présentant depuis plusieurs années un état passionnel de jalousie avec des recrudescences épisodiques qui l'ont amenée plusieurs fois à prendre en public des attitudes scandaleuses.

Elle s'est mariée à 21 ans, sans plaisir, uniquement pour éviter de suivre sa mère remariée en Amérique. Elle a quitté depuis deux trois ans son mari dont elle a un enfant âgé de 12 ans. Toute sa vie conjugale fut pénible : sa nuit de noces lui a laissé un souvenir horrible de brutalité ; son mari, végétarien, théosophe et noceur, la soumit à un régime moral et alimentaire contre lequel elle résista toujours. Il ne semble pas qu'elle fut jamais jalouse de lui. Mais depuis deux ans, elle vit avec un ami connu au restaurant végétarien où il venait par économie. D'abord pitoyable, elle devint amoureuse et c'est dès qu'ils firent ménage commun qu'elle manifesta sa jalousie. D'une exaltation sexuelle très supérieure à celle de son ami, elle conclut vite que cette différence signait évidemment son infidélité. C'est par bouffées que sa passion la mettait hors d'elle-même : elle faisait des scènes horribles aussi bien à la maison que dehors, en public. Elle lui reprochait et lui défendait de regarder la moindre femme dans le métro, dans l'autobus. Elle déchirait les photographies du journal pour qu'il n'en vit pas.

Elle en voulait particulièrement à une secrétaire de son ami, qui travaillait dans le même bureau, et qui de toute logique, était sa maîtresse. Elle est venue les surprendre et les a vu parler ensemble en riant au téléphone. Une autre fois la secrétaire avait une pose alanguie, et sa robe était relevée d'une façon tout à fait provoquante. Du reste elle a des boutons sur les bras, elle est sûrement syphilitique. Finalement Thi... va un jour à midi chercher son mari au bureau et rencontrant sur la porte sa rivale, la cravache.

A la clinique une infirmière lui paraît très suspecte. Elle l'a regardée par le carreau de la porte. Elle est toujours là quand son ami vient, elle part presque en même temps que lui. Son ami lui fait sûrement la cour, et même doit être aussi son amant.

La malade, dans ses moments calmes est très lucide, cohérente, compréhensive. Elle reconnaît bien que ces agissements sont ridicules, reconnaît même qu'elle n'a jamais aucun début sérieux de preuves. Elle sait qu'elle est «une jalouse» mais il y a des moments

où toute critique devient impossible. Elle souligne le caractère obsédant de sa passion « Je ne pense qu'à cela ».

On met facilement en évidence une composante sociale de sa jalousie (indépendamment de données psychanalytiques proposées plus loin). Elle souffre du caractère irrégulier de sa liaison. Elle est gênée de son ami devant sa famille, surtout devant ses neveux. Elle voudra une situation sociale plus assise et supplie son ami de l'épouser, car elle sent qu'alors elle ne sera plus jalouse. Celui-ci ne refuse pas l'idée du mariage, mais en discute fortement l'opportunité actuelle.

Très fréquemment c'est sur un terrain particulier qu'éclôt cet éréthisme passionnel, surtout sur un fond de déséquilibre, soit constitutionnel (qu'il s'agisse de dégénérés, d'obsédés, d'hyperémotifs) soit transitoire (cyclothymes) soit acquis (intoxication et autointoxication).

Observation N° 2. — Cas Lam.... Il s'agit d'un homme de 49 ans qui est avant tout un grand déséquilibré et un pervers. Son délire de jalousie ne date que de deux ou trois ans.

Marié deux fois, il a une fille du premier mariage. Il aime son enfant mais n'en veut pas d'autre. Aussi quand en 1929 sa deuxième femme fait une fausse couche, il s'étonne, doute, mais se calme vite et le ménage coule ensuite pendant de nombreuses années une existence assez paisible, affirme-t-il. En 1932 c'est lui qui met en vedette la jalousie de sa femme, qui lui aurait reproché ses amours avec sa première femme. En réalité il semble bien que dès le début du mariage il se soit montré jaloux, mais tout s'est exaspéré depuis quatre ans. C'est un mélange de scènes terribles et de grandes réconciliations amoureuses.

Il avoue des abus épisodiques d'alcool et d'éther. Récemment encore il buvait régulièrement au moins deux litres de vin par jour.

Ses emportements contre sa femme deviennent de plus en plus violents et pervers. Il témoigne d'un érotisme sadique très particulier: il fait mettre sa femme la nuit dans des poses invraisemblables, lui commande une cuisine scatogique repoussante, lui fait écrire la liste de ceux qu'il accuse d'être ses amants. De son côté il lui raconte complaisamment toutes ses débauches antérieures et veut l'entraîner dans une maison close. Plusieurs fois il l'a menacée de mort et a même essayé après une poursuite d'étrangler sa fille.

Maintenant Lam.... cherche à diminuer tous ces faits en mentant ou en invoquant des absences de mémoire. Il s'attendrit facilement, promet de s'amender et ne demande qu'à reprendre la vie commune.

Cette hyperesthésie jalouse se distingue de la jalousie normale par une « réactivité d'entente plus facile et plus grande » (Mairet). Avec les types de jalousie par développement d'une personnalité, on aborde les délires authentiques et indiscutables. Ce « développement lent de symptômes selon un mode analogue au progrès normal de la vie » (Jaspers) aboutit au délire systématisé de jalousie qu'on a très tôt rattaché à la paranoïa. L'idée morbide peut persister isolée, prévalente, sans abandonner son intensité. C'est ce que l'on a décrit sous le nom de monomanie jalouse pure.

Observation N° 3. — Cas Men... Il s'agit d'un malade de 44 ans, qui présente depuis plusieurs années un délire de jalousie basé sur de multiples interprétations. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. A 30 ans il se marie et s'installe comme coiffeur. Sa femme travaille avec lui. Il est sobre, travailleur, économe, d'humeur égale.

Les idées de jalousie ont fait leur apparition à deux époques différentes : en 1926 et 1933.

Après deux ans de mariage il commence à avoir des doutes sur la fidélité de sa femme : elle travaille moins régulièrement, elle est toujours à sa fenêtre, à regarder du côté d'un locataire qui est un de leurs clients. Il surprend des gestes, des sourires, des clins d'œil. Elle trouve toujours d'excellents prétextes pour sortir. La nuit elle sortait, mais auparavant vérifiait si son mari dormait en mettant son talon contre sa cheville pour sentir si le cœur battait ou non, ou bien en mettant son coude contre la colonne vertébrale. Mais lui se réveillait et elle faisait alors semblant de dormir. Il essaie de tendre des pièges en répandant de la poussière ou de la cendre de cigarette pour déceler des traces de pas. Du reste il n'y a pas qu'un amant, mais « toute une confrérie », et sa femme leur sert d'amusement.

Au bout d'un an, ils déménagent : sa femme redevient sérieuse et ne s'occupe plus que de son travail. Lui-même, aux dires de sa femme, est irréprochable.

En décembre 1933, Men... s'aperçoit de nouveau de quelque chose. Sa femme a repris un amant qu'elle reçoit pendant que son mari travaille. C'est un chauffeur d'auto. Et de nouveau recommencent les clins d'œil, les sourires. L'amant doit venir avec une échelle par la fenêtre. Ils sont encore plusieurs cette fois. Le malade met des [illegible] son oreiller. Malheureusement le concierge est complice et aide les amants à le jouer. Jamais à lui seul il ne pourra les prendre sur le fait. Sa femme non seulement le trompait, mais encore a cherché plusieurs fois à l'empoisonner, ou plutôt elle cherchait à le faire dormir pour pouvoir recevoir en paix ses amants. En fin de compte, un dimanche il poursuit sa femme jusque chez le concierge, d'où dispute et Police-Secours.

Le malade est très lucide et cohérent. Il reconnaît n'avoir jamais eu un commencement de preuve certaine à l'appui de ses craintes et expose, avec beaucoup de calme, tout son invraisemblable échafaudage d'interprétations.

Observation N° 4. — Cas Bar... Il s'agit d'un malade de 35 ans, meurtrier de sa femme, interné après non-lieu, qui présente depuis plusieurs années un délire systématisé de jalousie, servi par des dispositions paranoïaques très impulsives.

Très susceptible, il accuse un sentiment extrêmement vif de la justice, et la plus petite injustice est pour lui une peine effroyable. Le malade est calme, lucide, mais réticent : il n'est pas tenu de tout raconter à n'importe qui.

Dès avant son mariage en 1923, il avait déjà remarqué un attachement exagéré entre son frère et sa femme. Il n'y attacha pas beaucoup d'importance, mais plus tard cette réminiscence confirma ses soupçons, ceux-ci naquirent et s'amplifièrent assez vite, mais toujours alimentés par des interprétations sans nombre. Il finit par claustrer complètement sa femme chez lui, il transporte son atelier de dessin à son domicile même pour pouvoir la surveiller. Car sa femme avait un amant, et cet amant était le propre frère de cette femme, qui était également éprise de la femme de son amant. Elle lui avait souvent fait comprendre qu'elle s'était donnée à plusieurs amis. Elle jouait le rôle des femmes qui fréquentent les maisons closes. Elle s'habillait avec recherche dans l'intention de se moquer de lui : c'était une ruse pour le rendre jaloux, le mettre hors de lui, afin que tous les voisins soient au courant. Si du reste elle courait les maisons de rendez-vous, c'était pour cacher sa passion pour son frère. En juillet 1934, à la vue d'une lettre que tenait son enfant, il acquit enfin la certitude absolue que sa femme est bien la maîtresse de son frère. Il surprend encore plus tard des signes de connivence entre elle et le postier. Elle cherche toujours à se poser en victime, victime d'un mari jaloux. Finalement toute sa famille en arrive à le traiter de fou.

La vie du ménage devient intolérable : « cent fois par jour, il y avait dispute » reconnaît le malade. Lui-même se sent tendu, exaspéré. La veille du drame, dans une nouvelle scène, sa femme le griffe et le frappe aux oreilles. Le lendemain, sa femme dit quelque chose qui l'irrite, il se souvient mal. Il bondit sur elle. Sa mémoire est complètement perdue. Il ne se souvient que de sa femme étendue par terre, morte, lardée de 57 coups dont il vient de la frapper avec un bistouri qui lui servait à tailler son crayon.

Mais parfois l'idée fixe n'est que « le pivot autour duquel se cristallisent les idées de persécution ». Le malade devient un persécuté-persécuteur jaloux dont le délire va rayonnant diffusant, noyant parfois la jalousie initiale dans tout un réseau luxuriant, compréhensible, dramatique.

L'éclosion d'un délire de jalousie par développement d'un processus vient se greffer, sans continuité, sur la personnalité du malade. Il y a quelque chose d'hétérogène qui s'inaugure. Et le décours des symptômes mentaux reflétera par son irrégularité le bouleversement processuel. Même d'apparition récente, le délire sera vite complexe, diffus. La jalousie sera très vite intriquée à tout un ensemble d'autres manifestations psychopathologiques. Des intentions, des pseudo-hallucinations, un sentiment de malaise, d'inquiétude et même d'influence réaliseront un syndrome complexe d'action extérieure.

Observation N° 3. — Cas Bou... Il s'agit d'une malade de 35 ans dont le délire a subi une évolution par étapes assez nettes.

Pendant un an — jusqu'en octobre 34 environ — la malade a présenté un délire de jalousie à peu près pur. Pendant une de ses absences son mari a été soigné d'une congestion pulmonaire par une jeune voisine. Depuis elle sent son mari gêné, indifférent, n'osant pas l'embrasser devant l'autre. Ses soupçons d'abord refoulés s'exagèrent, et sans la moindre preuve, se transforment en conviction absolue. La jeune femme devient enceinte : c'est un enfant de son mari. Elle comprend toutes leurs manigances. Et cependant elle a beau espionner les tournées de son mari qui est facteur, elle ne peut rien déceler de tangible, sauf cependant certaines stations inutilement longues

dans certains immeubles. Elle croit même maintenant qu'il a deux maîtresses.

Dans une deuxième étape, elle va croire que son mari veut l'empoisonner pour se débarrasser d'elle. Elle sent des odeurs bizarres. Elle sent surtout sur elle un sentiment d'emprise qui n'est pas normal : ses pensées sont modifiées, ses actes entravés, son mari la délaisse et même a amené un nègre pour abuser d'elle pendant la nuit : elle n'a rien vu, mais à l'état où elle se trouve le matin, elle ne peut donner une autre explication.

Puis finalement tout son entourage va être incorporé au délire : les infirmières sont les maîtresses de son mari, les médecins sont de connivence pour tout laisser faire. Eux-mêmes viennent la nuit la violer. Bien que son mari et sa fille viennent la voir deux fois par semaine, elle est toujours sûre, entre deux visites, que son mari l'a abandonnée et emmené la petite. Elle ne veut pas être dupe de tout le monde. On lui fait signer des papiers pour qu'elle reconnaisse des enfants qu'elle n'a pas eus. On abîme sa santé, on met de l'urine dans son chocolat pour qu'elle ne puisse pas le boire....

Tantôt elle conserve un air enjoué comme quelqu'un de très malin qui ne s'en laisse pas conter, tantôt elle est violemment agressive, tantôt elle pleure abondamment et supplie qu'on lui rende sa fille, pour qui elle a conservé toute son affection.

On ne note aucune imprégnation éthylique, mais peut-être une légère atteinte bacillaire des poumons.

Parfois le tableau morbide pourra présenter des recrudescences épisodiques provoquées par des éléments toxiques surajoutés.

Enfin certains états délirants jaloux ne sont qu'une manifestation d'une psychopathie caractérisée. Parmi celles qui conditionnent le plus fréquemment un tel délire il faut citer les diverses intoxications, l'encéphalite épidémique, la chorée l'épilepsie, certains troubles endocriniens, en particulier ceux ressortissant à la ménopause, à la grossesse, la démence sénile comme en témoigne l'observation suivante :

Observation N° 6. — Cas Des... Il s'agit d'un homme de 61 ans qui présente un délire d'interprétation à thème de jalousie. Déjà pendant la guerre, il lui arrivait de revenir chez lui inopinément et d'être très soupçonneux mais des hommes qu'il pouvait voir autour de sa femme. Mais ce n'est qu'en 1934 que le délire s'est manifesté clairement. Quelque temps auparavant le malade avait dû avouer à sa femme une syphilis de jeunesse. Celle-ci cessa toutes relations sexuelles avec lui. Quand elle les reprend, deux ans plus tard, elle montre alors un tel enthousiasme que le mari conçoit immédiatement des doutes : sa femme, telle qu'elle se montre, n'a pas pu rester ainsi deux ans sans le tromper. La jalousie est ancrée, et de multiples interprétations vont la justifier : c'est un voisin qui est le rival et la façon dont sa femme ouvre et ferme les volets est pleine d'indications pour lui. Celui-ci porte sur lui des fleurs bizarres, il aide sa femme à porter sa lessiveuse.... Le malade va surveiller l'infidèle par tous les moyens, il la suit même à la longue-vue pendant ses déplacements. Il se fâche, jette des pierres dans le jardin du voisin, le menace avec une pièce de fer. Celui-ci ne répond rien, c'est une preuve de plus de sa complicité.

Le délire s'étend : plusieurs hommes sont maintenant incriminés. Il les surveille, n'acquiert aucune preuve mais ses soupçons ne font que s'accroître.

A la clinique, le malade paraît réduire son activité délirante ; il est prêt à faire « la paix avec tout le monde ». En réalité il fait encore des scènes de jalousie quand sa femme vient le voir. Il est d'une émotivité très visible, témoignant de l'impossibilité d'une maîtrise de soi telle qu'il semblait la promettre. De plus, il faut signaler un léger affaiblissement intellectuel, imputable à une sénilité précoce.

Mais il faut donner nettement la première place à la jalousie alcoolique. Elle est fréquente au point que devant toute manifestation jalouse, il faut toujours rechercher soigneusement l'imprégnation éthylique. Kraft-Ebing prétend la retrouver dans 80 % des cas.

On peut observer des ivresses jalouses, des états oniriques jaloux, mais c'est surtout dans l'alcoolisme chronique que le délire est le plus fréquent. Il peut du reste se développer à partir des reliquats post-oniriques. Il s'agit en général de malades lucides, à humeur plutôt triste, aux tendances agressives. Ils systématisent assez vite leur ressentiment, cherchent des causes, des explications, et demeurent sensibles à des preuves souvent puériles. L'évolution peut être assez rapidement favorable, grâce à une abstinence précoce et prolongée. Mais le délire peut demeurer persistant et il faut s'attacher à modifier les perturbations organiques par lesquelles semble agir l'alcool : insuffisance hépatique, impuissance et troubles sexuels, déséquilibre psychique.

Observation N° 7. — Cas Oll.... Il s'agit d'un homme de 43 ans, atteint d'alcoolisme subaigu et présentant d'une façon épisodique des idées de jalousie. Il est en proie à une vive agitation anxieuse, il répète indéfiniment le même gémissement « Mettez-moi dans un trou en terre comme tout le monde, mais ne me tuez pas autrement... » On l'a amené de l'hôpital Tenon parce qu'il a tué son voisin de lit d'un coup d'urinal sur la tête.

C'est depuis son séjour à Tenon qu'il se plaint d'être victime d'une jalousie diffuse. Personne n'est plus le même avec lui. La suspicion se porte partout : sur ses voisins, ses camarades, sa femme. Il est très halluciné, et des voix lui disent qu'on va lui enlever sa femme, que celle-ci va le tromper, qu'il sera complètement abandonné ; un de ses voisins, en particulier, en parle avec insistance. Il s'est vengé.

Mais ici les idées de jalousies sont assez secondaires et noyées dans l'état anxieux qui parait ressortir à un alcoolisme certain et avoué.

Observation N° 8. — Cas Ove... Il s'agit d'un homme de 35 ans, se présentant avant tout comme un alcoolique avéré et qui depuis quelque temps se montre jaloux. Sa femme en précise assez simplement l'origine : quand il rentrait ivre, elle se refusait au devoir conjugal, et il en concluait qu'elle devait donc le tromper.

De plus en plus méfiant, il se faisait préciser avec une minutie tyrannique tout l'emploi de son temps. Cette jalousie augmentait sans cesse, et d'autant plus que les rapports sexuels étaient moins fréquents.

Après l'abstinence forcée du séjour dans le service libre, les idées de jalousie ont à peu près disparu.

*
* *

Ces documents et considérations cliniques exposés, il reste encore à aborder le très ardu et très captivant problème de la genèse de la jalousie. C'est un sujet encore très mal connu mais où les investigations analytiques viennent d'apporter des lumières très séduisantes, et à coup sûr nullement négligeables.

La passion jalouse a toujours intrigué, d'autant plus que la violence de ces réactions semble dépasser en agressivité, en cruauté celle des attitudes ressortissant à tous les autres cas de vengeance.

Dire que la jalousie est une réaction instinctive, commune aussi bien au tigre qu'à l'homme, c'est affirmer un fait et non proposer une explication ? La théorie sociologique qui voit la jalousie provoquée par la rupture du contrat consacré par le mariage, souligne une composante intéressante dans l'éclosion de cette passion. Mais cela ne suffit pas à rendre compte de ce qu'il y a d'irréductible entre la condition d'un homme qui se croit trompé par sa femme et celle de celui qui croit être moins aimé que son frère par ses parents.

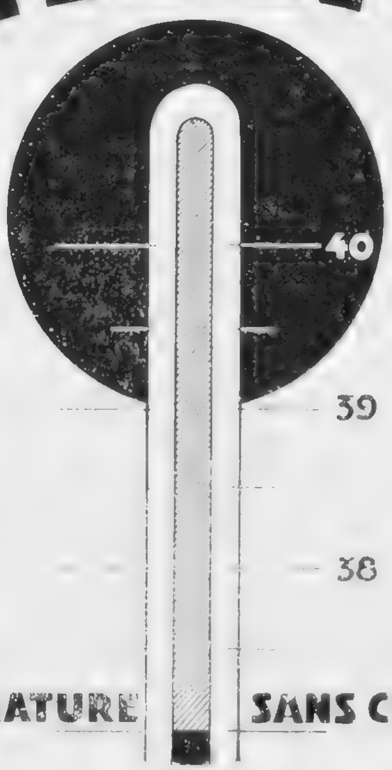
Wallon a apporté des précisions psychologiques de choix : la jalousie traduirait « la persistance d'une confusion entre soi et autrui que la rivalité n'arrive pas à dissoudre et à remplacer. Elle peut se résoudre dans l'acte normal d'écarter le rival mais bien souvent elle reste fidèle à elle-même, c'est sur son propre objet qu'elle aboutit à l'acte (homicide, suicide partiel) bientôt suivi d'un suicide total. »

D'où le sadisme avec lequel le jaloux torture l'être aimé, sadisme qui implique encore la même indistinction entre soi et autrui. Plus souvent c'est le masochisme qui l'emporte : le jaloux par sa surveillance, ses agissements, stimule son anxiété et par son anxiété, le plaisir sexuel.

Ce dernier mot ouvre de nouveaux horizons : on ne pourra pas avancer dans le déterminisme d'une passion jalouse si on ne voit pas toute l'importance des rapports qui unissent jalousie et sexualité. C'est dans cette perspective qu'il faudra avancer si on veut tenter avec fruit un essai d'explication de la psychologie du jaloux.

Dans son ouvrage « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa, l'homosexualité », Freud a formulé les idées fondamentales sur la jalousie. Et, sauf quelques insignifiantes modifications, ce sont aujourd'hui ces considérations qui prévalent encore.

Il semble qu'on puisse décrire trois aspects de la jalousie : la *jalousie de concurrence*, la *jalousie par homosexualité*, la *jalousie par projection.*


40
39
38

La jalousie de concurrence paraît correspondre à la forme la plus normale de la jalousie. En tant qu'état affectif normal, cette réaction jalouse adéquate est fonction du narcissisme offensé. Ce narcissisme lui-même a été conditionné par des mécanismes inconscients, lors de la formation ontogénique du caractère. Les causes de la jalousie doivent donc être également cherchées dans l'inconscient. La pléïade des sentiments qui autrefois dans la situation triangulaire due au complexe d'Œdipe furent ressentis et refoulés, entrent en jeu quand des situations analogues se présentent plus tard. La position ambivalente à l'égard des parents peut dans certaines conditions réapparaître avec force. C'est avec raison que Jones rappelle ces paroles de Diderot dans « le Neveu de Rameau » : « Si le petit sauvage était abandonné à lui-même, qu'il conservât toute son imbécillité et qu'il réunît au peu de raison de l'enfant au berceau la violence des passions de l'homme de 20 à 30 ans, il tordrait le cou de son père et coucherait avec sa mère ».

Dans d'autres cas, et plutôt dans le cas de jalousie délirante, paraît entrer en jeu une composante homosexuelle, profondément refoulée dans l'inconscient, mais pouvant reparaître. L'amour inconscient pour le rival trouve son expression subite dans l'exaltation de l'amour pour l'objet qu'on vient de perdre. Cette forme de jalousie où les manifestations affectives apparaissent comme simple réaction de défense contre l'amour homosexuel interdit, peut prendre une forme morbide et constituer un véritable délire systématisé. Le malade se substitue alors à l'objet de son amour, et il lui prête ses propres désirs inconscients qu'il lui faut répudier. C'est l'histoire d'une femme frigide que j'ai observée que son mari trompe, et qui le sait. Elle reprend ses rapports sexuels, n'est pas frigide mais se figure que son mari dans l'acte évoque sa maîtresse. En réalité c'est elle qui l'évoque, car elle avait tenu à connaître la femme. Elle n'est plus frigide mais devient mélancolique par refoulement de ses tendances interdites. L'exagération des manifestations affectives est déjà l'indice d'une jalousie à base homosexuelle.

La jalousie par projection tient le milieu entre ces deux formes : c'est une jalousie par sentiment de culpabilité pour des infidélités commises et refoulées. L'individu pour se réhabiliter projette hors de lui ses propres délits et crée lui-même sa jalousie. Ce sont ses propres sentiments de culpabilité qui le conduisent à cette situation par besoin d'autopunition. Pour Jones cette jalousie n'est en général qu'un sentiment d'infériorité, peut-être même d'impuissance dans la vie amoureuse. L'infidèle devient un jaloux « en perspective » et il se demande s'il pourra conserver l'objet de son amour. Plus le narcissisme sera profondément blessé, plus la capacité amoureuse sera petite. Cela revient à la rencontre de La Rochefoucauld : « Il y a plus d'amour-propre que d'amour...... » Un auteur des plus modernes, Sacha Guitry, n'a-t-il pas mis en scène dans une pièce sur la jalousie le cas d'un homme qui venant de tromper sa femme et ne trouvant pas celle-ci à son retour chez lui, devient féroce ment jaloux.

Cette constatation est assez curieuse sous la plume d'un écrivain qui ne passe pas pour un adepte des conceptions psychanalytiques, mais qui a un sens très aigu de l'observation de la vie.

Il est de toute évidence que l'étude d'un cas de jalousie ne doit pas négliger tout l'apport des modifications morbides somatiques. Et il n'est pas permis à une psychothérapie, qu'elle soit analytique ou synthétique, d'ignorer et de ne pas combattre un terrain alcoolique, un état d'intoxication, un syndrome infectieux. Ces données ont un rôle occasionnel et non efficient dans le développement psychologique de la passion. Ce sont ces mécanismes, révélés par la psychanalyse, qu'il faut rechercher et étudier.

Mais naturellement telle jalousie ne relèvera pas strictement d'un seul mécanisme, dogmatiquement précisé. La réalité est beaucoup plus complexe. Concurrence, homosexualité, projection, peuvent s'entremêler, à titre de composantes de plus ou moindre efficacité. Il en est ainsi notamment en clinique.

La pénétration analytique pour autant qu'elle s'avère exacte apporte la possibilité d'une thérapeutique souvent mieux adaptée. Le cœur humain n'est pas écartelé en vain. On apporte peut-être un remède à ses tourments ; ses tourments si âcres, si térébrants, que le malheureux refuse parfois d'avouer sa morsure : « Même à une servante, une esclave, si elle faisait lever en moi une ombre de jalousie, je lui arracherais le cœur, je lui arracherais l'âme ; son sang ne suffirait pas à apaiser ma soif de vengeance... Mais pourquoi parler de la sorte ? Il n'est pas question de jalousie. » (1).

MOUVEMENT MEDICAL

L'exploration fonctionnelle du pancréas

Par Jean COTTET,

Chef de Clinique à la Faculté

L'exploration de la glande pancréatique se heurte aux plus grandes difficultés. Il est inutile de rappeler qu'exceptionnellement l'examen clinique peut donner quelque renseignement. D'autre part le nombre imposant des épreuves de laboratoire proposées suffit à dire leur insuffisance, aussi ne peut-on accueillir qu'avec le plus grand intérêt le très important travail de M. Marc Bolgert. Nous allons exposer comment on peut concevoir à l'heure actuelle, grâce aux recherches de M. Marc Bolgert (2), l'exploration de la fonction externe du pancréas.

Le syndrome pancréatique clinique est des plus polymorphes. Les troubles dyspeptiques peuvent se manifester soit par de l'anorexie, soit par de la boulimie ; la diarrhée serait plus caractéristique, mais si elle n'existe que dans les altérations profondes de la glande, elle peut, même dans ce cas, manquer. Si l'amaigrissement est fréquent, il s'agit là d'un symptôme bien banal. Les autres signes d'altération pancréatique sont des symptômes d'emprunt, relevant de l'atteinte des organes voisins : douleur épigastrique, ictère, tumeur, ascite, mélanodermie pouvant émailler le tableau des pancréatites. La radiographie de l'organe n'apportera de précision que dans la lithiase en montrant les calculs ; à côté de ces signes directs il ne faut pas négliger certains signes radioscopiques indirects tels que l'élargissement ou la distension du cadre duodénal, tels que les troubles du transit duodénal.

Le manque de précision de cette symptomatologie fait comprendre tout l'intérêt des épreuves fonctionnelles d'exploration de l'organe ; mais nous n'aurons en vue, ici, que les procédés destinés à la mise en évidence des troubles de la sécrétion interne. En effet, il semble « qu'on puisse admettre que la présence de troubles de la sécrétion interne (au cours des affections pancréatiques) exige des lésions prononcées et diffuses de la glande. Les altérations de la sécrétion externe seraient plus précoces et de ce fait plus intéressantes » (Bolgert).

Rappelons tout d'abord que le pancréas déverse dans le duodénum trois ferments : la trypsine continuant la dégradation des protéiques commencée dans l'estomac — une lipase qui émulsionne les graisses et les dédouble en acides gras et glycérine — une amylase enfin qui saccharifie les hydrates de carbone et produit du maltose. Toutes les méthode d'exploration fonctionnelle du pancréas sont basées

(1) Calderon. — Le médecin de son honneur.

(2) Marc Bolgert. Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. Diagnostics en clinique par l'épreuve de la sécrétine purifiée. Masson et Cie éditeurs.

sur le dosage de ces ferments en mesurant leur activité diastasique ; la grande variété des procédés vient du milieu de l'organisme où l'on a tenté de déceler ces ferments. On les a recherché dans les fèces, le sang, les urines ; mais alors les causes d'erreur sont si nombreuses, qu'à l'heure actuelle on préfère prélever directement le suc pancréatique dans le duodénum grâce au tube d'Einhorn. Pour provoquer la sécrétion pancréatique l'instillation duodénale de graisses, d'acide chlorhydrique dilué, de sulfate de magnésie, d'éther, de lait ont tour à tour été proposés ; les physiologistes nous ont en effet appris qu'expérimentalement, chez le chien, ces substances produisent une sécrétion de la glande ; mais de telles méthodes augmentent encore les causes d'erreur en apportant une dilution, de taux inconnu, du liquide duodénal. Aussi Bolgert, à la suite de Chiray et de ses collaborateurs Lebon, Maire, Salmon et Mme Jeandel, préfère-t-il provoquer la sécrétion pancréatique par une injection intraveineuse de sécrétine purifiée.

Technique de l'épreuve. — Voici la technique de l'épreuve : on pratique un tubage duodénal ; l'olive de la sonde d'Einhorn étant en place la bile A est prélevée, puis la bile B, après épreuve de Meltzer-Lyon, et enfin la bile C ; 80 unités de sécrétine purifiée sont injectées par voie veineuse. La réponse pancréatique est quasi immédiate ; on recueille alors le liquide toutes les cinq ou dix minutes, suivant l'abondance de l'écoulement, pour y doser la lipase et la trypsine. L'auteur ne recherche pas l'activité amylotique pensant, avec Marcel Labbé et Chiray, ce dosage trop fallacieux ; la ptyaline de la salive et l'invertine de l'intestin agissent en effet sur les hydrates de carbone. Pour interpréter l'épreuve l'auteur dose l'activité lipasique et l'activité trypsique sur chacun des échantillons, puis en calcule a moyenne arithmétique ; il arrive ainsi, chez les sujets normaux, à une activité trypsique moyenne comprise entre 7,5 et 12,5 et à une activité lipasique moyenne comprise entre 35 et 55. Il calcule également le rapport lipasique ; or ce rapport est

$$\frac{\text{l'activité lipasique moyenne corrigée}}{\text{l'activité lipasique moyenne simple}}$$

l'activité lipasique moyenne étant corrigée en fonction de la richesse en sels biliaires du liquide duodénal.

Après avoir minutieusement étudié les rapports entre l'activité diastasique et le volume de liquide sécrété, la préparation des milieux et l'influence des sels biliaires, l'auteur expose les résultats de l'épreuve en clinique.

Après la pratique d'une ou plusieurs épreuves fonctionnelle à la sécrétine chez neuf malades atteints d'affections pancréatiques se répartissant ainsi : trois pancréatites avec ictère, une pancréatite chronique, une lithiase généralisée du pancréas, un kyste de la queue du pancréas, un cancer de l'ampoule de Vater, voyons quelle modifications Bolgert a observé. Le volume de suc pancréatique recueilli, après sécrétine, diminué dans les lésions glandulaires diffuses graves, est variable dans les lésions relativement limitées en intensité ou en étendue. Il y a un abaissement des coefficients diastasiques, compte tenu du volume sécrété, indiquant sûrement l'existence d'une insuffisance fonctionnelle et témoignant en règle d'une atteinte diffuse de la glande ; si le plus souvent cet abaissement porte à la fois sur les activités lipasiques et trypsiques, il existe des insuffisances pancréatiques à prédominance lipasique ou trypsique.

Il y aurait une certaine concordance entre le pronostic de l'affection et les chiffres donnés par l'épreuve à la sécrétine puisque Bolgert admet que le degré d'abaissement des coefficients semble approximativement proportionnel à l'intensité de l'atteinte glandulaire. Dans les lésions localisées du pancréas l'épreuve donne des résultats variables. Elle était normale dans un cas de kyste de la queue du pancréas, franchement troublée dans la lithiase localisée du canal de Wirsung. Dans les affections localisées à la tête du pancréas l'auteur a noté un suc d'aspect rétentionnel caractérisé par un faible volume et des coefficients diastasiques élevés ; d'autre part, il insiste dans ces cas de lésion céphalique sur trois ordres de signes révélés par le tubage et qu'il a appelés « triade pancréatique » ; cette triade est caractérisée qar la constatation successive : d'un suc spontané à peu près complètement incolore (ou hémorragique), d'une absence de réponse vésiculaire après un Meltzer chaud et un Meltzer froid, d'un suc constamment incolore (ou hémorragique) après sécrétine.

Deux autres signes ont encore une grande valeur diagnostique : l'existence d'un suc duodénal spontanément hémorragique est en faveur d'un ampullome Vatérien ; ce signe avait d'ailleurs été bien mis en évidence par Carnot et Libert ; deuxièmement si le suc recueilli après sécrétine, d'abord incolore, devient brusquement sanglant, il s'agit d'une « hémorragie provoquée » en rapport avec une tumeur à siège intrapancréatique ; ce signe aurait la même valeur que l'hémorragie provoquée par le toucher digital dans le cancer du col de l'utérus.

Nous voyons donc tout l'intérêt du tubage duodénal et de l'épreuve à la sécrétine, indépendamment même du dosage des activités diastasiques, dans l'étude clinique des pancréatites.

La participation du pancréas dans la genèse des ictères catarrhaux a été fréquemment invoquée. Klippel et Chabrol, Carrié, Mayo Robson pensent qu'une congestion inflammatoire du pancréas pourrait provoquer une obstruction du canal cholédoque ; O. Weill, Pavel, Florian et Radvan ont noté dans un certain nombre de cas d'ictères infectieux une déficience lipasique et trypsique à l'apogée de l'ictère. Loeper et Soulié ont montré qu'au cours de l'ictère catarrhal le pouvoir lipasique, abaissé à la période d'état de l'ictère, revient peu à peu à un chiffre normal tandis que s'affirme la convalescence ; sans voir uniquement dans la pancréatite une cause de compression cholédocienne, ces auteurs pensent que l'ictère catarrhal résulte peut-être d'une hépato-pancréatite aiguë et passagère. Dans ces cas d'ictères catarrhaux Bolgert note les résultats suivants : les activités lipasiques moyennes ont été quatre fois quasi normales et six fois notablement abaissées ; les activités trypsiques moyennes ont été également normales quatre fois et abaissées six fois. L'insuffisance pancréatique serait particulièrement marquée dans les cas d'ictère catarrhal prolongé et expliquerait, pour Bolgert, l'asthénie et l'amaigrissement rencontrés chez ces malades.

Dans trois cas de cirrhose les résultats ont été variables : chez un premier sujet il y avait déficience trypsique nette avec activité lipasique quasi normale ; chez le second l'insuffisance prédominait sur l'activité trypsique ; chez le troisième les activités diastasiques étaient toutes deux normales.

Dans six cas d'affection vésiculaire il est noté un seul cas normal et cinq déficiences des deux ferments. Au cours des affections de l'estomac (cancer, ulcère, troubles fonctionnels), au cours des colites, au cours des diarrhées de la tuberculose pulmonaire, au cours de l'anémie de Biermer les résultats montrent tantôt une sécrétion normale, tantôt une déficience portant soit sur les deux ferments, soit sur l'un des deux.

L'épreuve à la sécrétine n'a pas qu'un intérêt physiologique. Bolgert, en codifiant étroitement cette épreuve après avoir étudié toutes les erreurs pouvant en modifier les résultats, apporte une technique qui semble suffisamment simple et suffisamment sensible pour donner d'utiles indications dans le diagnostic et le pronostic des affections du pancréas. Mais cette épreuve permettra encore peut-être, en interrogeant la fonction pancréatique, d'orienter la thérapeutique d'affections où l'on ne soupçonnait pas, jusqu'à présent, la participation pancréatique.

PHARMACOLOGIE

Le Phénylethylbarbiturate de quinine et son action pharmacodynamique

Par H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC

Les dérivés de la malonylurée peuvent se combiner avec les bases minérales et avec les alcaloïdes qui ont une basicité suffisante, tels que, par exemple, la spartéine (F. Mercier et J.-H. Mercier) (1) et la quinine. Parmi les combinaisons de ce dernier alcaloïde avec les barbituriques, on connaît déjà le diéthyl et le dipropylbarbiturate (Merck). Le phényléthylbarbiturate, dont nous présentons ici une étude détaillée, a déjà été réalisé par Bayer (2) ; mais, jusqu'à ce jour, ce corps n'était pas sorti du domaine du laboratoire. L'étude pharmacodynamique de ce produit nous a amenés à penser qu'il méritait d'être mieux connu.

A. Préparation, propriétés et composition

I. **Préparation**. — Dissoudre au bain-marie 25 grammes d'hydrate de quinine dans 66 grammes d'alcool à 80°. Filtrer. Dissoudre d'autre part au bain-marie, avec un réfrigérant à reflux, 13 gr. 3 d'acide phényléthylbarbiturique dans 66 grammes d'alcool à 80°. Verser cette dernière solution chaude dans celle de quinine. Bien mélanger et abandonner à la cristallisation pendant 24 heures.

Le produit cristallise en houppes mamelonnées. Essorer les cristaux, redissoudre dans l'alcool chaud, laisser de nouveau cristalliser pendant 24 heures. Essorer les cristaux, laver une fois à l'éther pur et laisser sécher à l'air sur papier filtre.

II. **Propriétés chimiques**. — Le produit ainsi obtenu est pur. Il fond au bloc Maquenne à 182°-183°. Il cristallise anhydre. Séché à l'étuve à 100° pendant trois heures, il ne perd pas de son poids.

Très peu soluble dans l'eau et l'éther, il se dissout dans l'alcool concentré et surtout dans le chloroforme.

III. **Composition**. — Il est formé par la combinaison d'une molécule de quinine anhydre et d'une molécule d'acide phényléthylbarbiturique.

Il correspond par conséquent à la formule suivante :

$$\begin{matrix} C^6H^5 \\ C^2H^5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} CO-NH \\ CO-NH \end{matrix} > CO \quad C^{20}H^{24}N^2O^2 \quad \text{P. M. } 556$$

Quinine = 58,2 %

Acide barbiturique = 41,7 %

En effet, le dosage des constituants de ce composé conduit à des chiffres pratiquement théoriques. Il peut être effectué de la manière suivante :

Dosage de la quinine. — Peser 2 grammes de phényléthylbarbiturate de quinine. Délayer la poudre avec 10 c.c. de soude à 15 %, transvaser dans une ampoule à décantation, bien rincer la capsule à plusieurs reprises avec quelques centimètres cubes d'eau chaque fois et ajouter les eaux de lavage à la suspension alcaline. Épuiser le liquide alcalin avec 50, puis 30, puis 20 centimètres cubes d'éther. Réunir les solutions éthérées dans une ampoule à décantation. Laver l'éther avec 3 centimètres cubes d'eau. Soutirer l'eau de lavage. Verser l'éther dans une capsule tarée, évaporer l'éther, sécher le résidu à l'étuve à 100°. Peser. On trouve généralement un chiffre approchant 1 gr. 20. Le chiffre théorique pour la quinine anhydre étant de 1 gr. 16, il y a une petite quantité d'acide barbiturique entraîné.

(1) Mercier et J.-H. Mercier. — *C. R. Ac. sc.*, 1933, t. 197, p. 941.
(2) Bayer. — *Chem. Centralblatt*, 1912.

Dosage de l'acide phényléthylbarbiturique. — Délayer 2 grammes de phényléthylbarbiturate de quinine dans 20 grammes d'eau contenant un léger excès d'acide chlorhydrique. Laisser digérer la poudre à froid, pendant 15 minutes, par l'eau acidulée. Filtrer sur un filtre taré, laver le précipité jusqu'à élimination complète d'acide chlorhydrique. Sécher le précipité à l'étuve à 100°. Peser. Pourcentage trouvé 40,5 %. Pourcentage théorique 41,7 %. L'acide barbiturique est partiellement hydrolysé par l'acide chlorhydrique. Le rendement est voisin du rendement théorique.

Nota. — L'hydrolyse de l'acide barbiturique par les acides minéraux est fonction de la concentration de l'acide, de la température et de la durée de l'opération. En opérant au bain-marie en milieu suffisamment acide, on arrive même à hydrolyser entièrement l'acide barbiturique et à faire disparaître, par conséquent, le précipité.

B. Étude pharmacodynamique

I. — **Toxicité**. — Elle a été étudiée par voie intraveineuse chez le rat, chez le lapin et chez le chien chloralosé.

La préparation injectée était une solution à 2 p. 100 dans l'alcool à 40°. La dose mortelle par kilo est de 0 gr. 05 chez ces divers animaux (1). Avec ces doses, on obtient une mort à peu près immédiate. Les doses inférieures (0.03 par kilo) provoquent chez le lapin et chez le rat, un état soporeux qui dure quelques heures sans entraîner la mort.

Par voie sous-cutanée, la dose toxique, chez le lapin, est de 0 gr. 40 par kilo.

II. — **Action locale**. — En injection sous-cutanée, chez le lapin et le rat, la solution de 2 % dans l'alcool à 40° provoque de la rougeur avec infiltration de la peau, parfois des abcès.

III. — **Action cardiaque**. — Le produit a été administré à des chiens chloralosés, à thorax ouvert et soumis à la respiration artificielle, dont on inscrivait la pression artérielle et les contractions du cœur *in situ*. La solution injectée était à 2 %, préparée extemporanément dans l'alcool à 40°.

Par *voie intra-veineuse*, à la dose de 0 gr. 01 par kilo, le phényléthylbarbiturate de quinine provoque une augmentation de l'amplitude des battements cardiaques ; par contre, on obtient un affaiblissement avec 0 gr. 03 par kilo.

Par *injection sous-cutanée*, le phényléthylbarbiturate de quinine augmente très nettement l'amplitude des contractions cardiaques, même à la dose de 0 gr. 03 et de 0 gr. 05 par kilo ; l'effet se manifeste progressivement et atteint toute sa valeur au bout de 20 à 30 minutes après l'injection. Par cette voie, le produit est donc cardiotonique, même à dose élevée.

IV. — **Action vaso-dilatatrice**. — L'action vaso-motrice de la quinine a donné lieu à de très nombreux travaux contradictoires. Toutefois, la plupart des auteurs considèrent cet alcaloïde comme vaso-dilatateur. Chirone (2) a constaté la dilatation des vaisseaux de l'oreille, chez le lapin, après administration de quinine. Kobert (3) et Thomson (4) concluent à l'action vaso dilatatrice à la suite d'expériences de perfusion sur des organes isolés. Nelson (5) a également admis la vaso-dilatation d'après des résultats obtenus par la pléthysmographie. Tout récemment, Raymond Hamet (6), en utilisant le principe de la méthode de Schiff (7), a constaté une accélération du débit sanguin dans la veine fémorale après injection d'éthane-sulfonate de quinine dans l'artère fémorale profonde ; cet auteur a également signalé l'action sympatholytique et, par conséquent, vaso-dilatatrice des sels de quinine.

(1) Dans la toxicité de la solution alcoolique, l'alcool intervient certainement pour une part importante, quand on utilise la voie intraveineuse.
(2) Chirone. — *Le Sperimentale*, 1874, t. 34, pp. 129, 257 et 618.
(3) R. Kobert. — *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.* 1887, t. [illegible], p. [illegible].
(4) H. Thomson. — *Inaug. Dissertat., Dorpat.*, 1886.
(5) E. E. Nelson. — *Arch. intern. de Pharmacodyn.*, 1927, t. 33, p. 186.
(6) R. Hamet. — *C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, p. 231.
(7) F. Schiff. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, 1927, t. 126, p. 38.

Avec notre produit nous retrouvons la confirmation très nette de cette action vaso-dilatatrice de l'alcaloïde (1).

Toute substance vaso-dilatatrice doit normalement provoquer de l'hypotension ; or, il est facile de montrer qu'il en est bien ainsi avec le phényléthylbarbiturate de quinine. Par *injection intraveineuse*, à la dose de 0,01 par kilo, il fait baisser la pression ; à des doses plus fortes, l'hypotension atteint des proportions considérables. Par *voie sous-cutanée*, l'administration de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 par kilo (dose cardiotonique) provoque au bout de 15 à 20 minutes une baisse notable et prolongée de la pression artérielle.

Reste à prouver que cette hypotension est causée par une vaso-dilatation. La comparaison des actions s'exerçant simultanément sur le cœur et sur la pression artérielle permet de fournir cette preuve. En effet, les faibles doses intraveineuses (0 gr. 01 par kilo), qui non seulement n'affaiblissent pas le cœur, mais le renforcent, produisent une chute de la pression, ce qui ne peut s'expliquer que par une dilatation des vaisseaux. Par voie sous-cutanée, le produit, même à doses élevées, renforce également le cœur, en même temps qu'il fait baisser la pression. La coexistence de ces deux phénomènes prouve avec évidence que les vaisseaux se sont dilatés.

D'après ce qui précède, on pourrait croire qu'en raison de cette action vaso-dilatatrice, le volume des organes splanchniques doit augmenter pendant qu'apparaît l'hypotension. En réalité, il n'en est rien ; le volume du rein et celui de la rate diminuent pendant que s'accomplit la chute de la pression artérielle, probablement parce que ces organes subissent passivement la conséquence de l'hypotension générale. La vaso-dilatation paraît siéger principalement sur les vaisseaux des membres, comme semblent l'indiquer les expériences de Raymond-Hamet.

V. — **Action sur les organes à fibres lisses**. — Le relâchement que produit le phényléthylbarbiturate de quinine sur les muscles vasculaires permettait de supposer qu'un effet semblable allait se retrouver sur les divers organes à fibres lisses.

Des fragments d'intestin et d'utérus de lapin ont été entretenus en survie dans du liquide de Tyrode. L'addition de 0 gr. 01 du dérivé barbiturique à 100 grammes de liquide nourricier provoque l'arrêt des contractions et une chute importante du tonus. D'ailleurs, ces effets ne sont pas particuliers à notre produit et on les trouve avec les divers sels de quinine.

VI. — **Action hypnotique**. — Elle a été étudiée chez les mammifères et chez les poissons.

Le lapin présente un endormissement net par injection sous-cutanée de 0 gr. 08 par kilo ; la durée de ce sommeil est assez brève et ne dépasse pas une demi-heure. Chez le chien et le rat, la dose hypnotique est de 0 gr. 03 par kilo, par voie intraveineuse. La durée du sommeil, chez le chien, est de trois heures environ.

Chez les poissons, l'action hypnotique est particulièrement intéressante. Elle a été étudiée en immergeant les animaux (cyprins) dans de l'eau ordinaire additionnée de phényléthylbarbiturate de quinine, de façon à réaliser une solution à 0,4 p. 1.000. Au bout d'une heure, les poissons ne présentent plus de mouvements ; mais, si on les soumet à une excitation cutanée, ils réagissent ; il semble donc qu'ils se trouvent dans un état tout à fait comparable au sommeil des mammifères. Si on prolonge l'expérience, il se produit une véritable anesthésie.

Il était intéressant de comparer les doses hypnotiques du phényléthylbarbiturate de quinine et celles de la phényléthylmalonylurée non combinée à l'alcaloïde. Dans 0 gr. 40 de phényléthylbarbiturate de quinine, on trouve 0 gr. 16 de phényléthylmalonylurée. Or, l'expérience prouve que cette dose de barbiturique est totalement inactive. Pour avoir, avec la phényléthylmalonylurée seule, l'effet provoqué par 0 gr. 40 de phénylbarbiturate de quinine, il en faut 0 gr. 33. En résumé, notre produit provoque le sommeil avec une dose de 0 gr. 16 de phényléthylmalonylurée, tandis qu'avec la phényléthylmalonylurée seule, il faut 0 gr. 33 ; la combinaison de l'acide phényléthylbarbiturique avec la quinine permet donc d'obtenir l'hypnose avec des doses deux fois plus faibles de barbiturique.

Il convient de signaler que l'immersion dans l'eau ordinaire permet aux poissons traités de se débarrasser de l'hypnotique et de récupérer complètement leur mobilité.

Chez l'homme, le phényléthylbarbiturate de quinine provoque le sommeil parfois à la dose de 0 gr. 05 et toujours à la dose de 0 gr. 10, c'est-à-dire avec une quantité qui correspond soit à 0 gr. 02 soit à 0 gr. 04 de phényléthylmalonylurée, doses qui, avec ce dernier barbiturique, ne sont généralement pas hypnotiques chez l'homme.

Au point de vue qualitatif, notre produit agit comme les autres dérivés de la malonylurée. Mais il convient de signaler qu'avec lui, les sujets traités ont un réveil dépourvu de tout malaise et la plupart du temps euphorique. Cette particularité tient vraisemblablement à la faible dose de barbiturique employée.

VII. — **Actions diverses**. — Le phényléthylbarbiturate de quinine n'influence ni la respiration ni la digestion. Administré par les veines à forte dose, il produit de l'hématurie, chez le chien et le rat. Chez ce dernier animal, on observe, en outre, une congestion très marquée des testicules. Cette réaction se produit, d'ailleurs, avec d'autres dérivés de la quinine.

Le phényléthylbarbiturate est légèrement antithermique ; il fait baisser d'un degré environ la température du lapin mis en hyperthermie par le dinitrophénol. Cet effet pourrait expliquer l'efficacité du produit contre l'insomnie fébrile chez l'homme.

***

De cette étude pharmacodynamique du phényléthylbarbiturate de quinine, deux particularités méritent tout spécialement d'être retenues : l'effet vaso-dilatateur et l'effet hypnotique. Le premier présente cette caractéristique intéressante de coïncider avec un renforcement cardiaque, le second de se réaliser avec une dose faible de barbiturique.

(1) H. Busquet et Ch. Vischniac. *C. R. Soc. Biol.*, 1er juin 1935.

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Vulvo-vaginite des petites filles

La vulvo-vaginite des petites filles a une allure assez différente suivant qu'elle est blennorrhagique ou catarrhale. Celle-ci se voit chez le fillettes lymphatiques et mal tenues ; elle est facile à guérir. La forme blennorrhagique est au contraire tenace et rebelle.

A. Charlotte Ruys (d'Amsterdam) vient d'apporter à l'étude de cette affection une importante contribution (1).

Sans un examen bactériologique préalable, il lui apparaît comme difficile de diagnostiquer une vulvo-vaginite des enfants blennorragique ou non. D'autre part, par les méthodes habituelles, on peut facilement confondre certains cocci avec des gonocoques ainsi que l'a montré Clauberg. Ruys a utilisé avec succès, pour la culture et l'isolement du gonocoque, des plaques d'agar de Levinthal avec 20 % de liquide ascitique et un milieu d'agar-eau-sang de Bieling. Tous les frottis étaient colorés par la méthode Van Loghem-Gram.

En quelques années, Ruys examina 292 enfants avec une vulvo-vaginite ; par la culture seulement, 75 d'entre eux révélèrent qu'ils souffraient de blennorragie et aux frottis colorés par la méthode Van Loghem-Gram, invariablement on constatait du gonocoque. Après traitement prolongé, et alors que les symptômes cliniques avaient disparu et qu'à l'examen microscopique on ne voyait plus de gonocoques, la culture dans quelques cas se montrait positive. Dans 111 cas de prélèvement vaginal, Ruys trouva ceux-ci positifs aux frottis et

(1) Ruys (A.-Ch.). — L'étiologie de la vulvo vaginite des enfants *Journ. Amer. Med. Ass.*, 14 sept. 1935, t. 105, n° 11, p. 862-864.

BIBLIOGRAPHIE

David, roi d'Israël, par B. BAENTSCH. Avant-propos et traduction de Jacques MARTY. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

« Est-il besoin, dit l'auteur dans son introduction, de justifier notre tentative de faire revivre aux yeux des modernes le roi David et son époque ? Ne s'anoblit-on pas à considérer de près la physionomie de l'un des enfants des hommes qui furent grands ? Or David compte parmi les plus grands. En dépit des multiples faiblesses qui le rattachent au commun des mortels, et qui en lui nous choquent, il demeure l'un de ceux qui nous laissent le sentiment que l'univers a comme concentré un jour toutes ses forces pour en doter précisément cet être là et non un autre. Dès lors, à un tel homme, nul ne saurait appliquer les normes usuelles.

« Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un simple coup d'œil sur l'histoire du peuple auquel Davied fut donné pour souverain. Avant lui, qu'était Israël ? Un médiocre agrégat de tribus toujours livrées aux faiblesses d'une insuffisante cohésion, accablées constamment par de redoutables et puissants ennemis, et en dernier lieu a peu pres écrasées. David paraît. En peu de temps il parvient à forger, entre ces petits groupes travaillés par le particularisme et toutes les forces centrifuges, une vivante unité ; au royaume si fragile que la mort de son prédécesseur livrait à la dissolution, il assure une consistance telle qu'Israël connaîtra un temps la prépondérance politique en Syrie et dans toute l'Asie antérieure, absorbera les petits Etats voisins ou leur imposera sa suzeraineté et se fera respecter des grands empires d'Orient.

Il semble qu'ait émané de cet homme une vertu s'imposant à tous ceux qui l'approchaient et même se communiquant à eux pour leur faire atteindre un niveau supérieur. Ce David fut un fascinateur, en quelque mesure à la manière d'Alexandre le Grand ou plus tard encore de Napoléon. Aussi bien, sans sa personnalité hors de pair, ne saurait-on plus concevoir toute la suite de l'histoire d'Israël, en premier lieu en ce qui concerne la religion. L'importance de son règne demeure absolument fondamentale. Sans lui, le peuple israélite fût peut-être allé fatalement à la ruine. Toute l'évolution historique de l'ancienne Asie occidentale en eût reçu une physionomie radicalement autre, et comment en mesurer les conséquences sur le cours ultérieur de l'histoire universelle ?

« L'histoire du monde, n'en déplaise à mainte contradiction, accomplit un juste jugement. Elle poursuit un vaste processus de sélection. Ce qui fut insignifiant sombre avec le temps dans un oubli mérité. Seuls les noms de ceux qui furent grands, très grands, survivent au naufrage des siècles, non seulement appréciés selon leur valeur mais progressivement auréolés.

« Et ce que nous voudrions faire revivre ici, c'est, avec David, l'ensemble de son temps. Car on ne saurait comprendre un homme si l'on n'était au clair sur l'époque où il exista et agit. A supposer que cet individu ait pu élever son milieu historique au-dessus de lui-même, en d'autres termes, dominer son temps, par ailleurs il ne s'y enracine pas moins, et ce temps contribue nécessairement à nous le faire comprendre. Toutefois, quand nous parlons d'un âge davidique, il ne s'agit pas seulement de circonstances historiques conditionnant la Palestine où ce personnage a véeu ; c'est l'état de tout l'ancien Orient à l'époque, que nous devons considérer. A aucune de ses étapes, le petit pays palestinien ne constitua un monde fermé ; il ne cessa jamais de faire partie de l'Orient antique, qui comprend l'Asie occidentale et l'Egypte. Les grands événements, d'une portée historique universelle, les formations et constellations politiques, dont ce vaste domaine géographique fut le théâtre, n'ont jamais cessé de conditionner les destinées de la Palestine. Il est donc désormais interdit d'isoler l'histoire d'Israël. Nous consacrons donc la première partie de ce livre à décrire le plus clairement possible la situation générale du monde oriental à l'époque davidique. »

Christophe Colomb (1447-1506), par le Professeur H.-H. HOUBEN. Traduit par Eva MÉTRAUX. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Notre époque angoissée, qui cherche partout des guides pour la sortir de l'incertitude, s'intéresse toujours plus aux grandes personnalités du passé qui ont changé le cours de l'histoire. Après avoir été sacrifié pendant de longues années, en faveur des lois du déterminisme, le rôle de l'individu de génie apparaît de nouveau comme décisif dans la vie de l'humanité.

A peu d'êtres il était réservé d'opérer dans le destin de leurs semblables des transformations aussi profondes et d'une portée aussi illimitée qu'à Christophe Colomb. Le génie qui découvrit un monde nouveau et détermina la plus fabuleuse migration de tous les temps est un des plus mystérieux personnages de l'histoire. Esprit inquiet et bizarre, à la fois aventurier et mystique, le grand navigateur génois était déjà une énigme pour ses contemporains. Les traits contradictoires de son caractère justifient les portraits les plus divers et les plus opposés qui ont été tracés de sa personne. Etait-ce un saint ? Un savant ? Un marin ignorant, mais hardi ? Un marchand d'esclaves avide de gains ? Autant d'aspects de sa nature étrange et ambiguë. M. Houben veut nous faire comprendre Colomb en fonction de son temps. Autour des rares données que nous possédons sur l'homme, il dresse une série de tableaux destinés à évoquer les différents milieux dans lesquels Colomb a vécu et où il s'est formé. C'est au moyen des influences subtiles qui ont dû le marquer dans sa jeunesse ou dans son âge mûr que l'auteur essaye de nous rendre compte de l'inquiète physionomie de son héros. Ce procédé d'exposition a l'avantage de nous faire pénétrer de plein-pied dans cette Europe de la fin du XVe siècle où levaient les ferments de l'avenir.

De longues périodes de l'existence cahotique de Colomb resteront un

mystère. Ces obscurités ne peuvent passionner que les érudits. Ce que l'homme simplement curieux du passé désire connaître, c'est le climat qui a rendu possible l'éclosion d'une des pensées les plus audacieuses qui aient jamais été conçues et la réalisation d'une entreprise dont les conséquences se feront sentir pendant des millénaires.

Il est un aspect peu connu du génie de Colomb que M. Houben a mis en valeur à l'aide de textes heureusement choisis : c'est le grand talent littéraire de ce marin. Colomb fut un poète et le premier en date des peintres de la nature exotique. L'ouvrage de M. Houben a pour nous le singulier mérite de nous rendre accessible l'âme complexe du navigateur à qui deux cents millions d'hommes de notre race doivent une patrie nouvelle.

La Vie Secrète de Sainte-Beuve, par Victor GIRAUD. Un vol. de 224 pages, 12 francs. Librairie Stock.

Une vie secrète : c'est-à-dire la mystérieuse et subtile histoire d'une âme qui se cache, sous le décor de la gloire et le masque de l'écrivain. Ce Sainte-Beuve inquiet et discret de la vingtième année, que ses camarades appellent *le matou* et qui va, à pas feutrés, de la jeunesse sceptique de l'École de médecine aux poèmes romantiques du Cénacle ; ce saint-simonien, ce mennaisien de 1830, quattirent tour à tour la fervente retraitre de la Chesnaie, la pénombre de Port-Royal, la souveraine éclatante de l'Abbaye-au-Bois, le groupe pieux et délicat de ses amis de Lausanne — les Vinet, les Juste Olivier ; et encore, ce témoin du siècle, qui distille ses poisons dans le secret de ses cahiers intimes ; le Joseph Delorme des premiers vers devenu l'Amaury de Volupte ; l'ami décevant de Victor Hugo, qui enveloppa d'une captieuse tendresse cette Adèle au cœur trop compatissant ; le critique toujours en éveil, toujours en chemin à travers les écoles qui changent, le siècle qui se transforme, toujours curieux des œuvres, et plus encore des âmes ; l'homme de l'Empire, tour à tour ébloui par le prestige impérial et impatient de liberté ; l'infatigable auteur des *Lundis*, qui tenta un jour de devenir un maître du Collège de France, et qui trouva à l'École normale des disciples attentifs ; cet être insaisissable, enfin, au visage changeant qui nous inquiète, qui nous irrite et nous attire, qui glisse aux menues trahisons et connaît les intimes déchirements, jeté tour à tour vers Voltaire et vers d'obscures nostalgies religieuses — qui donc nous l'expliquera, comme il expliquait lui-même, avec son tact infaillible, les énigmes du passé et du présent ? Qui donc tracera son portrait, pareil à ces portraits littéraires dont il était lui-même l'incomparable maître ?

Nul ne pouvait s'y essayer avec plus de bonheur que M. Victor Giraud, qui publia naguère les *Poisons* de Sainte-Beuve, commenta son *Port-Royal* en un savant ouvrage, et mène depuis tant d'années, autour de son modèle, une patiente enquête dont on trouvera le résultat dans ce livre, avec de nombreuses lettres inédites du critique des *Lundis*. L'auteur des *Portraits d'Ames*, nous explique l'auteur des *Portraits de Femmes* l'historien de la *Vie tragique de Lamennais* déroule devant nos yeux cette autre vie, dont la tragédie fut secrète, et où les fleurs aimables du dilettantisme recouvrent tant d'ombre frémissante, tant de rêves trahis, et tant de poésie refoulée...

Les Textes français : **Molière** (Théâtre). Tome premier. Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Texte établi et présenté par René BRAY, 20 francs ; exemplaire numéroté sur Pelure India, 50 francs.

Ce volume comprend les premières pièces de Molière : Comédies d'intrigues, *L'Etourdi, Le Dépit amoureux*, farces évoluant vers la comédie de caractères, *Les Précieuses ridicules, Sganarelle*. Pièces capitales qui permettent de suivre l'évolution de l'auteur et de son public, la création de la « Farce Molièresque ».

Molière ne corrigea jamais aucune édition de son théâtre : aussi le texte suivi est-il celui de l'édition originale. Une large place est faite aux variantes des éditions de 1674, 1682 et 1731 établies avec le concours de comédiens qui avaient vu jouer Molière ou avaient recueilli les traditions de son jeu.

Notes, notices et appendices complètent ce volume indispensable à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de la Comédie en France au XVIIe siècle.

Les joyeuses Commères de Windsor. Traduction de Félix SAUVAGE, 12 francs ; exemplaire numéroté, 36 francs. Collection Shakespeare, Texte et traduction.

Dans le décor rustique de Winsdor, auprès de son château, parmi ses rues, ses bois et ses eaux, un Falstaff alourdi, naïf, se fait berner par deux commères aux charmes murissants.

S'écartant le moins possible du texte, la traduction de F. Sauvage rend le charme léger de cette comédie champêtre écrite à l'instigation de la reine Elizabeth.

L'Architecture (*Encyclopédie par l'image*). Texte d'O. BÉLIARD. Avec 85 illustrations. Un volume in-8°, papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Quelles merveilles l'architecture a accumulées de par le monde tout le long des siècles, on le verra par le nouveau fascicule de l'« Encyclopédie par l'Image » au texte précis et attrayant, aux illustrations à la fois très nombreuses et fort judicieusement choisies.

Pour plus d'ordre et de clarté, M. O. Béliard l'a partagé en cinq chapitres : l'Antiquité, — le Moyen-Age, — la Renaissance, — les Arts exotiques, — les Temps modernes.

dans les cultures ; des frottis négatifs et la culture positive dans quatorze cas ; des frottis positifs ou douteux et la culture négative dans sept cas.

Il a été décrit, notamment par les auteurs allemands, une infection blennorrhagique de la muqueuse rectale chez les enfants souffrant d'une blennorrhagie génitale. D'après les méthodes employées, la fréquence de cette explication paraît des plus variables. RUYS a pu obtenir des résultats uniformes en prélevant par grattage direct de la muqueuse rectale au moyen d'une anse, l'anus étant maintenu béant par un aide. Par cette technique, il put cultiver les gonocoques du rectum de toute enfant souffrant de blennorragie génitale. Chez la femme adulte, le même prélèvement rectal lui donna un pourcentage beaucoup moins élevé : sur 69 cas, 13 résultats positifs dès le premier examen, dont 12 furent confirmés par la culture. Les frottis étaient positifs seulement dans 12 cas et dans 9 cas le résultat était douteux.

RUYS n'a jamais constaté de gonocoques dans les cas de vulvo-vaginite chronique non traitée. Aussi la vulvo-vaginite blennorrhagique ne lui semble-t-elle se produire que dans les formes aiguës comme pour la conjonctivite blennorrhagique.

Toutes les fillettes traitées furent guéries en quatre à huit mois de traitement, sauf une qui présenta une récidive.

Depuis que le diagnostic de la vulvo-vaginite des petites filles se fait par la méthode de LOGHEM-GRAM associée à la culture, le nombre de ces enfants traitées dans les hôpitaux d'Amsterdam est passé de 450 à 12 par an.

*
* *

FORMES DE VULVO-VAGINITE NON BLENNORRHAGIQUES. — Alors que les gonocoques par le méthode de Van Loghem se montrent à Gram négatif, la plupart des coccis du vagin sont à Gram positif. Ces faits permettent de démontrer des vulvo-vaginites diagnostiquées par erreur comme étant blennorrhagiques. Les vulvo-vaginites non blennorrhagiques peuvent être divisées en deux groupes : les formes aiguës et celles chroniques dès le début.

FORMES AIGUËS. — *a) La vulvo-vaginite scarlatineuse.* — Au cours de la scarlatine ou de sa convalescence, on peut observer une inflammation vulvo-vaginale avec une sécrétion séro-purulente. Sur les plaques d'agar-sang poussent des colonies de streptocoques hémolytiques. Cette infection est toujours moins sévère que dans la forme blennorrhagique. Sur 65 scarlatineuses, l'auteur trouva cinq porteuses de ces streptocoques du vagin ; dans une autre série de 378 enfants atteintes de scarlatine, seulement cinq souffraient de cette complication.

b) La vulvo-vaginite avec des bacilles d'influenza. — Il s'agit d'une sécrétion séro-purulente avec de nombreux bacilles à Gram négatifs. Sur des milieux sanguins on pouvait isoler de l'*Hemophilus influenza*. En général l'infection vulvo-vaginale disparaissait en peu de temps sans aucun traitement.

c) Diphtérie de la vulve. — Chez une seule fillette, RUYS put observer une vulve œdématiée et bleuâtre avec une fosse membrane grisâtre sur la paroi vaginale. A la culture et par l'inoculation on put démontrer la présence de bacilles diphtériques. La sérothérapie guérit rapidement l'enfant.

FORMES CHRONIQUES DE LA VULVO-VAGINITE. — Dans ces formes, on ne retrouve aucun antécédent aigu ; l'enfant est pâle, se plaignant de vagues douleurs abdominales et localement on note la présence d'un état d'irritation chimique et un degré variable de sécrétion, sans inflammation marquée.

Dans ces cas il est difficile de conclure si les microbes sont des agents étiologiques ou plutôt des agents survenant secondairement. ROSCHER affirme que des affections constitutionnelles telles que diathèse exsudative, anémie, scrofule, asthénie et également la masturbation peuvent causer de la vulvo-vaginite. L'auteur se range également à cette conception : la cause primitive de la vulvo-vaginite chronique serait une affection constitutionnelle. Dans certains cas, des corps étrangers peuvent donner lieu à une vulvo-vaginite plus ou moins marquée : épingles de sûreté, boutons, parfois des oxyures. Le nettoyage du vagin amène la guérison. Grégoire CHICK.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Foie

L'évolution d'une cirrhose le plus souvent se fait d'une façon progressive, mais vue de près, elle est beaucoup moins progressive qu'elle le paraît. Faisant une étude de l'évolution des cirrhoses, M. le Professeur Noël Fiessinger, tire une conclusion générale :

Qu'il s'agisse de foie, qu'il s'agisse d'un autre organe, lorsque l'inflammation chronique l'envahit, on voit, dès le début de son apparition, s'associer la lésion du parenchyme à la sclérose du mésenchyme : la mésenchymatite et la parenchymatose. Les deux lésions s'associent, se combinent, se succèdent, s'entraînent mutuellement, créant durant toute l'évolution de la maladie un véritable entrelacement dont la clinique n'établit que l'expression totale. Le rôle du médecin est d'essayer de comprendre ce qui, dans la symptomatologie, ou dans l'évolution, peut être récupéré et, en particulier ce qui appartient à la dégénérescence parenchymateuse.

On en arrive à cette notion que le traitement des scléroses, est le traitement de ce qui les entoure ou de ce qu'elles entourent et non pas le traitement de la sclérose elle-même ; la sclérose est une cicatrice, toute cicatrice a, par elle-même, un caractère indélébile. L'organe qui réagit se développe à côté et c'est cet « à côté » qui doit attirer l'attention du médecin. Aussi pour connaître l'importance de ces deux groupements lésionnels, il est absolument nécessaire d'associer, aux renseignements si précieux de la clinique, les renseignements que peuvent apporter les moyens d'investigation qui, par eux-mêmes permettent parfois une analyse plus précise.

Le médecin peut assister désarmé à cette évolution ; mais il n'en doit pas moins faire de constants efforts pour obtenir une réaction utile du parenchyme.

Directement on peut exciter la réparation parenchymateuse à l'aide de l'opothérapie hépatique, qui sera discrète, en raison de l'intoxication polypeptide apportée par le médicament lui-même.

On peut agir sur le parenchyme d'une façon indirecte, en provoquant artificiellement de petites lésions destructives ; c'est ainsi que dans les cirrhoses agissent les injections intraveineuses de cyanure de mercure et même de neptal. Si ces injections tombent sur un parenchyme peu résistant, il en résulte une aggravation constante ; mais, dans les cas où le parenchyme offre la ressource d'une réparation possible, on peut observer des améliorations telles que disparition de l'ascite, augmentation du poids. On ne négligera pas cependant les thérapeutiques classiques : alcaline, cholagogue, diurétique, etc... Mais la base du traitement des cirrhoses réside dans le repos au lit, absolu et prolongé. C'est la seule façon de mettre l'organe au repos et d'aider à la réparation parenchymateuse. On lui associera le régime hypochloré, avec peu de viande, surtout des laitages, des légumes et des fruits, avec de fortes charges en hydrate de carbone.

(Professeur Noël Fiessinger. — L'évolution des cirrhoses. *Journal des Praticiens*, 27 juillet 1935.)

Deux méthodes de traitement des cholécystites chroniques ont été étudiées et appliquées avec succès à la Clinique thérapeutique de l'hôpital de Saratov (U. R. S. S.).

La première méthode consiste en un traitement combiné : urotropine + chlorure de calcium en injections intra-veineuses.

La deuxième en injections intra-veineuses de violet de gentiane.

Technique de la première méthode :

On aspire dans la seringue le contenu d'une ampoule d'une solution de chlorure de calcium à 10 pour 100 et de l'uroformine à 40 pour 100, par exemple 5 c. c. et on injecte lentement dans une veine du pli du coude le mélange ainsi obtenu. Les interventions sont répétées tous les jours pour une série de quinze injections. On arrive assez rapidement à injecter 20 c. c. du produit.

Quinze malades, prises au hasard du service ont été soulagées et guéries par le traitement combiné dans un délai qui variait de dix à vingt jours.

Technique de la deuxième méthode :

On se sert d'une solution de violet de gentiane à 1 pour 100

soigneusement filtrée en injections intraveineuses. La dose habituelle est de 10 c. c. soit 0,1 du médicament. Les injections sont répétées tous les jours. La couleur est assez rapidement éliminée par les reins : 50 pour 100 au bout de deux heures ; le reste s'élimine quarante-six heures plus tard. Si l'on fait un prélèvement de sang quinze minutes après l'injection, on ne trouve en général que des traces de la couleur dans le sérum. La bile aspirée trente minutes après l'introduction du violet de gentiane dans l'organisme contient une forte proportion du produit non modifié.

Ce traitement a été employé dix-neuf fois avec de bons résultats.

Réactions provoquées par l'introduction du colorant dans l'organisme :

Pression artérielle très peu modifiée.

Tantôt une leucocytose modérée, tantôt une leucopénie.

Protéines sanguines suivant la courbe des globules blancs.

Résultats à attribuer au rôle du système vago-sympathique et non à une action « spécifique ».

Conclusions : « Les méthodes que nous préconisons réalisent une véritable chimiothérapie des cholécystites chroniques, calculeuses ou non. Il est vrai que pour M. Chiray « la désinfection des voies biliaires est un leurre » et que pour M. Paradis le violet de gentiane est un adjuvant urologique bien délaissé. Plus récemment, Wright expérimentant divers antiseptiques en présence de microbes et de sang *in vitro*, aboutit à des conclusions pessimistes, car pour lui les dérivés du triphényl méthane, ainsi que divers autres produits colorants, lentement bactéricides et rapidement éliminés, n'ont qu'un intérêt médiocre en chimiothérapie. « N'avons-nous pas déjà recueilli d'Ehrlich semblables prévisions, écrit M. Jausion, alors que l'expérience thérapeutique, juge en dernier ressort, les révèle fausses ? ».

Quelles que soient les explications, les faits seuls importent ».

(E. Machline, V. Grigorenco et Z. Gorbouncova. — A propos de deux méthodes personnelles de traitement des cholécystites chroniques. *La Presse Médicale*, 2 novembre 1935.)

Dans les ictères catarrhaux et infectieux le volume normal du foie ne subit guère de modification pendant toute la durée de l'ictère ; *au début*, les épreuves de galactosurie et de diurèse provoquées sont toutes deux troublées, les pigments et les sels biliaires sont retenus en abondance ; *plus tard* la diurèse provoquée s'améliore rapidement, la galactosurie est plus longue à revenir à la normale ; enfin, il peut y avoir une rétention dissociée, les sels biliaires disparaissant du sang plus rapidement que les pigments. Dans *les ictères par obstruction cholédocienne*, le foie augmente progressivement de volume et proportionnellement à l'intensité de l'ictère ; *au début* la galactosurie et la diurèse provoquée sont sensiblement normales, les pigments et les sels biliaires sont retenus parallèlement : *plus tard*, et à mesure que paraît l'hépatite par cholostase, la galactosurie et la diurèse provoquée deviennent de plus en plus mauvaises ; l'ictère ne se dissocie pas, sauf dans certains cas exceptionnels, s'accompagnant de cachexie intense, après une évolution de plusieurs mois.

(Marcel Brulé et Jean Cottet. — Quelques éléments de diagnostic différentiel entre les ictères par obstruction cholédocienne et les ictères par hépatite. *La Presse Médicale*, 2 novembre 1935.)

Diphtérie

Lorsque dans une diphtérie maligne le taux de l'urée atteint ou dépasse 1 gramme, surtout à deux examens successifs, le pronostic est presque à coup sûr fatal. La traduction clinique de l'azotémie diphtérique est souvent difficile à dégager parmi les symptômes que présente le sujet atteint de diphtérie maligne. Une analyse minutieuse permet cependant de reconnaître à l'ordinaire plusieurs des symptômes que F. Widal et ses élèves ont rapportés au syndrome azotémique des néphrites chroniques : inappétence, vomissements, amaigrissement, somnolence, pâleur — plus exceptionnellement des phases d'excitation ou d'agitation nocturne contrastant avec la somnolence diurne.

Sur 134 cas de diphtéries malignes, observées par J. Chalier, il y eut 107 décès, soit 79,85 p. 100.

Dans 20 cas l'urée sanguine était inférieure à 0 gr. 50 ; il survint 9 guérisons ; le pourcentage des décès fut de 55 p. 100.

30 observations comportent un taux d'urée allant de 0 gr. 50 à 1 gramme ; 10 guérisons seulement ; le pourcentage des décès s'élève à 66 p. 100.

84 fois l'urée atteignait et dépassait 1 gramme, et sur ce nombre élevé de malades, 7 seulement guérirent, ce qui donne une léthalité de 90 p. 100.

Il faut d'autre part tenir compte de la cylindrurie épithéliale et granuleuse, ce qui ajoute sa note de gravité au pronostic, lorsqu'elle est importante et associée à l'azotémie.

La mort dans la malignité diphtérique est l'œuvre d'une intoxication presque toujours pluri-viscérale qui frappe le rein avec une particulière élection.

C'est en se fondant sur le degré de l'azotémie associée à la cylindrurie que l'on pourra porter un pronostic plus ou moins sévère.

Une erreur grossière est à éviter : à savoir, de se limiter à de petites doses de sérum dans la cure des angines diphtériques malignes. Il faut recourir sans hésiter aux doses élevées de sérum.

Le *traitement particulier à l'azotémie* consiste avant tout dans le régime ; il convient pendant quelques jours de supprimer totalement ou presque tout apport azoté ; on fera prendre des bouillies à l'eau, des purées de pommes de terre, des gelées ou des marmelades de fruits, du beurre frais.

Les boissons sucrées abondantes, l'eau lactosée à 40 p. 1.000, les lavements glucosés goutte à goutte, le sérum glucosé en injection sous-cutanée rendent des services.

Il est des cas où l'on peut recommander des émissions sanguines à la région lombaire.

Parfois une injection intraveineuse de sérum glucosé hypertonique aura quelque utilité.

On aura soin, au surplus, de ne pas oublier que l'atteinte simultanée fréquente des surrénales, et non exceptionnelle du cœur, motive certaines médications appropriées.

(J. Chalier. L'azotémie des diphtéries malignes. *Paris Médical*, 19 octobre 1935.)

Sérologie

La séro-coagulation de Weltmann, qui mesure la coagulation thermique du sérum en présence d'ions calciques à concentration croissante, permet de déterminer ce que les auteurs ont qualifié du nom de « bande de coagulation ». — Cette bande peut se trouver augmentée ou diminuée. Son augmentation d'une façon générale traduit un processus fibreux, sa diminution un processus inflammatoire.

En particulier, dans la tuberculose, l'augmentation répond au processus fibreux, folliculaire, la diminution au processus exsudatif, pneumonique. Très diminuée dans les affections pulmonaires aiguës, la bande de coagulation peut se trouver également diminuée ou accrue dans la tuberculose et sa diminution est susceptible d'apporter un élément diagnostique ou pronostique à la clinique.

Cependant, cette réaction, dénuée de toute spécificité, souffre également de la coexistence et de l'intrication des deux processus chez le même sujet.

Dans le rhumatisme chronique, la séro-coagulation est peut-être susceptible d'apporter des arguments pour le diagnostic et le pronostic.

Dans les affections hépatiques et surtout dans les cirrhoses, l'allongement de la bande paraît constant : il mesurerait en quelque sorte le degré d'atteinte du parenchyme hépatique.

Dans l'asystolie, l'allongement habituel peut faire défaut lorsqu'il existe un processus inflammatoire sous-jacent : une bande de coagulation normale ou diminuée peut faire songer à une localisation endocarditique.

Dans le cancer, la bande de coagulation paraît diminuée dans 75 pour 100 des cas sans qu'il soit encore possible d'y trouver une indication spéciale.

Enfin, dans les exsudats et transsudats, on retrouve la même tendance au raccourcissement dans les manifestations inflammatoires.

Cette réaction a pour elle sa simplicité et son autonomie, car elle semble traduire quelque chose de différent de ce que donnent les autres réactions. Elle est dépourvue de toute spécificité, mais elle est capable de fournir des indications d'ordre général sur l'évolution d'une maladie : c'est là une qualité qui fait qu'elle ne saurait être rejetée du domaine de la clinique courante.

(G. Carrière, P. Martin et A. Dufossé. La séro-coagulation de Weltmann en clinique. *La Presse Médicale*, 23 octobre 1935.)

Clinique thérapeutique

Un grand nombre d'infections ou de suppurations localisées ont bénéficié de la pyrethothérapie. Une

seule injection de Dmelcos a suffi à amener dès le lendemain la guérison complète d'angines pultacées, raccourcissant ainsi de plusieurs jours l'évolution. Une ou deux injections de Dmelcos guérissent en vingt-quatre ou quarante-huit heure des *angines phlegmoneuses* traitées à leur début.

La guérison d'une *sinusite* a été obtenue à la suite d'une injection de Dmelcos pratiquée pour une adénite chancrelleuse contemporaine.

L'hyperthermie par ondes courtes semble indiquée soit dans les furonculoses rebelles, soit dans les furoncles de la lèvre supérieure ou les anthrax.

L'ostéomyélite, les abcès, les lymphangites les anthrax, peuvent être améliorés par une semblable thérapeutique.

Peut-on rattacher à la pyrétothérapie, le traitement des adénites chancrelleuses par le Dmelcos ? L'élément de vaccination spécifique ne semble en effet pas seul en cause. Par voie intramusculaire, alors qu'il ne détermine presque pas de fièvre, le vaccin semble beaucoup moins actif à doses égales que par voie intraveineuse où il est hautement pyrétogène. Une observation de guérison d'adénites chancrelleuses par la fièvre récurrente, inoculée à un malade atteint de paralysie générale, milite en faveur de l'action du facteur thermique dans ce cas. D'autre part il semble que certaines thérapeutiques dites spécifiques comme celle des arthrites gonococciques par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique n'agissent que par la fièvre qu'elles provoquent.

(Charles Richet fils et Meyer-Heine. La pyrétothérapie. Monographie de *La Médecine*, octobre 1935.)

La médication parathyroïdienne en injections, par cures irrégulièrement espacées selon les cas, dont l'efficacité avait paru fréquente dans le traitement des brûlures gastriques ou gastro-œsophagiennes « essentielles » chroniques — 33 % de résultats positifs — a donné au Docteur Gaston-Durand un pourcentage plus grand d'activité — plus de la moitié des cas — dans le syndrome brûlures avec migraine ou urticaire ou œdème de Quincke, évoluant sur un fond de névrose d'angoisse, discrète ou accentuée.

Étant données les conditions dans lesquelles le traitement a été entrepris — acuité des accidents, persévérance des symptômes malgré de nombreux essais thérapeutiques antérieurs — les effets, même partiels, de ce traitement paraissent intéressants à connaître. Cette méthode ne prétend pas s'appliquer à tous les cas, ni être infaillible ; parmi les divers traitements essayés la parathyroïdothérapie semble être, seule ou associée à d'autres actions qu'elle renforce, une des méthodes de cure dont on peut espérer — même dans des cas sévères et invétérés — au moins des accalmies ou des améliorations telles que les malades n'hésitent pas à se considérer comme guéris.

(Gaston Durand. Le syndrome sensation de brûlures gastro-œsophagiennes avec migraines, urticaire ou œdème de Quincke. Son traitement parathyroïdien. *La Presse Médicale*, 19 juin 1935.)

Radium

Une observation d'ostéo-radium-nécrose tardive est rapportée par M. Bonnet-Roy. Un traitement curiethérapique est institué chez un homme de 50 ans pour une petite ulcération de la crête gingivale au niveau de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur à la hauteur des prémolaires.

Trois ans et demi après, apparition au niveau de la région qui avait été traitée, d'une petite fistule située à la face interne de la mandibule, conduisant sur un point osseux dénudé et donnant issue à du pus. Élargissement de la fistule qui laisse apparaître un petit séquestre nacré, non mobile, au centre d'une région quelque peu tuméfiée. Branche horizontale du maxillaire complètement édentée à ce niveau. Extraction du séquestre qui comprenait la totalité de l'épaisseur de l'os sur 3 cm. 1/2 de longueur et 2 centimètres de hauteur.

Le maxillaire inférieur est de tous les os du squelette — peut-être en raison de son origine embryonnaire le plus fréquemment nécrosé par le radium — il est exposé à une cause quasi-permanente d'infection qui lui vient des dents.

Cette observation est exceptionnelle en ce qui concerne les délais écoulés entre l'application du radium et les premiers symptômes d'ostéo-nécrose. On connaît les nécroses survenant quelques semaines après l'irradiation : on en cite apparues au bout d'un an, de deux ans, mais chez ce malade, quatre ans s'étaient écoulés entre le traitement et les premiers symptômes d'ostéo nécrose.

Cette observation confirme une fois de plus un fait évident : une perte de substance mandibulaire traumatique, c'est-à-dire brutale et immédiate, à volume égal d'os éliminé, aboutit à la pseudarthrose, tandis qu'une perte de substance pathologique, c'est-à-dire progressive et lente, si les fragments sont sans délai réduits et contenus a de grandes chances d'aboutir à une restauration osseuse suffisante pour permettre le port d'une prothèse définitive et d'une mastication normale.

Le mécanisme de cette réparation est sans doute lié aux mutations calciques invoquées par le Professeur Leriche. Il est vraisemblable en effet que « nous faisons de l'os nouveau avec de l'os ancien » et que nous ne puisons de calcium dans le sang que pour réparer les pertes de substances totales d'un os. Dans ce cas, il serait opportun de pratiquer en série, pendant que s'accomplit la régénérescence osseuse, des dosages de ce calcium sanguin.

(F. Bonnet-Roy. Ostéoradium-nécrose tardive et dégénérescence osseuse. *Le Bulletin Médical*, 2 novembre 1935.)

Anesthésie

L'anesthésie veineuse à l'éthyl-sonéryl parait être une bonne anesthésie, tant au point de vue du malade qu'au point de vue du chirurgien. — Les malades réclament cette anesthésie.

Ils ne conservent aucun souvenir de l'opération.

L'état demi-conscient durant quarante-huit heures, leur fait tolérer d'une façon parfaite toutes les suites opératoires.

Pour le chirurgien, l'anesthésie est bonne. Avec l'adjonction de morphine, le relâchement musculaire est très suffisant, quelquefois parfait. Les opérés ne poussent pas, ne s'agitent pas. On peut, dans quelques cas, comparer cette anesthésie à une bonne rachi-anesthésie.

Par contre, le personnel infirmier estime que cette méthode d'anesthésie exige de sa part une surveillance beaucoup plus attentive que pour les anesthésies courantes. Les malades demandent une surveillance individuelle, lorsqu'ils sont agités, et cette agitation est précoce.

Si on rapproche ce nouveau barbiturique, à propriétés nettement anesthésiques, de l'évipan sodique, seul barbiturique actuellement employé dans des conditions analogues, on note à l'avantage de l'éthyl-sonéryl :

L'injection poussée en un seul temps, même pour de longues interventions ;

La rareté des trémulations musculaires, ce qui autorise toutes les opérations sur les membres ;

Enfin, l'absence de complications pulmonaires.

Les anesthésies par voie veineuse demandent une surveillance particulière, par des anesthésistes qualifiés, aidés ; et, du fait de l'agitation de certains malades dans la période post opératoire, une surveillance plus continue que pour les anesthésies ordinaires.

Mais les malades affectionnent ces « anesthésies ». C'est un fait. Le devoir de tous est donc de persévérer dans cette voie : les chimistes et physiologistes en recherchant l'anesthésique idéal, les chirurgiens et les anesthésistes en perfectionnant les conditions de son emploi.

Les anesthésies intraveineuses exigeront toujours un personnel très expérimenté, et leur vulgarisation excessive ne pourrait que nuire à leur diffusion.

(B. Desplas, L. Launoy, G. Chevillon. Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par voie veineuse au moyen de l'éthobutyl-éthyl-malonylurée (éthyl-sonéryl, 117 R. P.). *Paris Médical*, 26 octobre 1935.)

Pratique chirurgicale

D'une façon générale, on incise trop tôt les panaris.

Les méfaits des incisions prématurées sont multiples : incisions insuffisantes, mal centrées, à renouveler par suite de la diffusion de l'infection.

Pour faire mûrir ou avorter les panaris, le traitement classique prévoit les applications d'iode et les bains chauds. Ces derniers, agréables pour le blessé, ont l'inconvénient de faire gonfler le doigt.

L'air chaud est préférable. Il faut immobiliser rigoureusement le doigt malade en position de fonction sur une des attelles en fil de fer souple recommandées par Böhler — pour diminuer l'œdème et la stase.

Donc *iodo-immobilisation — air chaud*.

Le traitement, joint à l'élévation du bras a, d'autre part, l'avantage de diminuer au maximum la douleur et les battements, de telle sorte qu'il est facile d'attendre les signes de suppuration nets, pour inciser.

(J.-P. Grinda. Du traitement des panaris. *Concours Médical*, 27 octobre 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Clinique médicale

Plutôt que de souligner l'insuffisance évidente des symptômes classiques, il est préférable d'insister sur les éléments qui permettent de serrer de plus près le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal par la clinique seule.

Le diagnostic clinique repose sur le trépied classique : douleurs post-prandiales tardives + vomissements + hémorragies digestives. De ces trois signes, le premier est loin d'être pathognomonique, les deux autres représentant en réalité des complications de la maladie.

Une seule chose est tout à fait particulière à l'ulcus, sa périodicité dans l'année.

En effet, parmi toutes les maladies chroniques qui se manifestent par poussées, avec des rémissions suivies de rechutes répétées, l'ulcère tient en effet une place à part ; cette particularité de son évolution devient le signe pathognomonique de la maladie. En voici les caractères propres :

1° Début et cessation relativement brusques, en deux ou trois, de la période douloureuse.

2° Répétition quotidienne de la douleur pendant cette période.

3° La période dure un mois environ, rarement moins de quinze jours, rarement plus de six semaines, lorsque l'ulcère est encore dans son état primitif, non compliqué.

4° Intervalle libre généralement plus long que la période douloureuse, un ou deux mois au minimum, souvent de six à douze mois et parfois même plusieurs années.

En se répétant avec une plus ou moins grande fréquence au cours de l'année, ces éléments du calendrier ulcéreux forment des combinaisons variées, mais où l'on retrouve toujours ces caractères.

Lorsque l'on trouve associés le calendrier typique et l'horaire habituel des douleurs, le diagnostic n'est pas difficile ; mais il n'en est pas toujours ainsi, notamment dans les cas suivants :

1° Ulcère trop récent. Il n'y a pas de calendrier à la première poussée douloureuse.

2° Ulcère latent, se révélant par une complication.

3° Ulcère à séméiologie atypique.

Deux lésions sont capables de simuler l'ulcère dans son calendrier ; ce sont :

1° Le diverticule de la première portion du duodénum, à la séméiologie protéiforme et qui emprunte à tous les organes voisins ses signes cliniques.

2° Dans certaines gastrites, dont la périodicité peut paraître suspecte.

(M. J. Demole. La notion de la périodicité dans le diagnosic clinique des ulcères digestifs. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 septembre 1935.)

La tuberculose latente des jeunes gens se manifeste surtout par la fièvre et par l'adénopathie hilaire. Il faut y ajouter l'hypotension et la tachycardie. La dyspepsie et la dysménorrhée sont fréquemment des symptômes révélateurs.

L'auteur cite quelques cas caractéristiques.

1° Une jeune fille de 19 ans est très pâle ; on pense à de l'anémie ; il s'agit en réalité d'une broncho-pneumonie tuberculeuse avec infiltration du lobe supérieur du poumon gauche.

2° Une jeune fille de 18 ans, mal réglée et souffrant au niveau de l'appendice, est atteinte d'une adénopathie hilaire marquée.

3° Une jeune fille de 17 ans, souffrant de bronchite, présentait de nombreuses images nodulaires.

Une jeune fille de 18 ans, paludéenne, a un accès de grippe ; elle a en réalité une infiltration du lobe supérieur droit.

Une institution présanatoriale serait parfaitement adaptée à ces cas.

(Luigi Cesari. La tubercolosi polmonare latente nei giovani, *Lotta contro la tuberculosi*, avril 1935.)

Les cas de syphilis pulmonaire, bien que rares, ne sont pas exceptionnels.

Un homme de 61 ans présente des syphilides tertiaires de la peau et des symptômes d'une affection pulmonaire sans signes de localisation nets.

Les crachats sont très abondants, mais ne contiennent ni sang, ni bacilles, ni éléments mycéliens. L'inoculation au cobaye est négative.

L'examen radiologique montre deux sommets voilés. Dans le lobe supérieur droit on remarque, près de la scissure interlobaire une grande caverne et, plus haut, plusieurs cavernules.

Disparition de tous les symptômes pulmonaires subjectifs par quelques grammes d'iodure de potassium. Le malade quitte l'hôpital non guéri et revient, quelques mois plus tard, dans le même état que la première fois.

Une radiographie de contrôle montre que la caverne s'est partiellement comblée ; les autres cavernules se sont également rétractées. Comme la première fois, amélioration rapide par l'iodure de potassium.

(R. Eyckmans. Un cas de syphilis pulmonaire. *Scalpel*, 31 août 1935.)

Pédiatrie

250 enfants ont été vaccinés contre la diphtérie à la Crèche Saint Vincent de Paul de Québec. Voici les conclusions de l'auteur :

« 1. L'opinion des auteurs qui prétendent que les enfants naissent avec des anticorps suffisants pour les protéger contre les maladies contagieuses, notamment la diphtérie, me paraît une pure vue de l'esprit. Des faits cliniques nombreux démontrent le contraire.

« 2. Partant de là, il y a lieu, je crois, surtout dans les collectivités d'enfants, ou encore en temps d'épidémie, de vacciner les tout jeunes enfants. Il n'en peut résulter aucun mal, mais que du bien. Et je me propose bien à l'avenir de vacciner les enfants de la Crèche encore plus tôt, vers les troisième et quatrième mois.

« 3. Sans doute une règle générale est bonne pour ce qui a trait aux intervalles des piqûres, mais elle ne me paraît pas d'une nécessité absolue. Notre expérience le démontre surabondamment

« 4. Enfin, si on veut produire une immunité durable, la troisième dose de vaccin est obligatoire, et même une quatrième si le sujet fait de la diphtérie par la suite. »

(A. Jobin. Vaccination antidiphtérique à la Crèche. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, juin 1935.)

L'eczéma aigu de la première enfance donne lieu à des considérations générales dont l'intérêt est considérable.

« De toutes les dermatoses de la première enfance, l'eczéma, est sans aucun doute celle qui est la plus fréquente et la plus rebelle à la thérapeutique. Il n'est pas un médecin qui n'ait été appelé à donner ses soins à un de ces petits malades.

« Depuis quelques années, il s'est formé une école enseignant que tout traitement est illusoire dans la première enfance. Pour expliquer cette inertie, on invoque le fait que l'eczéma disparaitra de lui-même vers l'âge de deux ans, époque où le lait cessera d'être l'aliment journalier prédominant. Cette explication est absolument indiscutable, mais il est plus discutable de déclarer que tout eczémateux soit un sujet nécessairement incurable et condamné à attendre que l'âge ait fait son œuvre curative. Le médecin peut faire plus que de l'expectation armée, et, s'il ne peut arriver à blanchir complètement l'eczéma, il peut tout au moins l'atténuer afin de le rendre supportable et éviter les complications...

« Avant de commencer..., nous voulons poser ce principe général : variez les méthodes de traitement. Si l'esprit méthodique est un facteur habituel de succès, soyez assurés que, appliqué au traitement de l'eczéma, vous n'aurez guère occasion de vous en louer. En d'autres termes, un mode de traitement qui ira très bien au nourrisson eczémateux A sera peut-être totalement inopérant chez le nourrisson B. Il importe donc avant tout d'adapter le traitement à l'eczémateux et non pas l'eczémateux au traitement. Pour arriver à appliquer un traitement efficace, il n'y a pas de critère absolu? Il faut tâtonner pendant un certain temps en se rappelant toutefois que le traitement de l'eczéma comporte toujours trois parties :

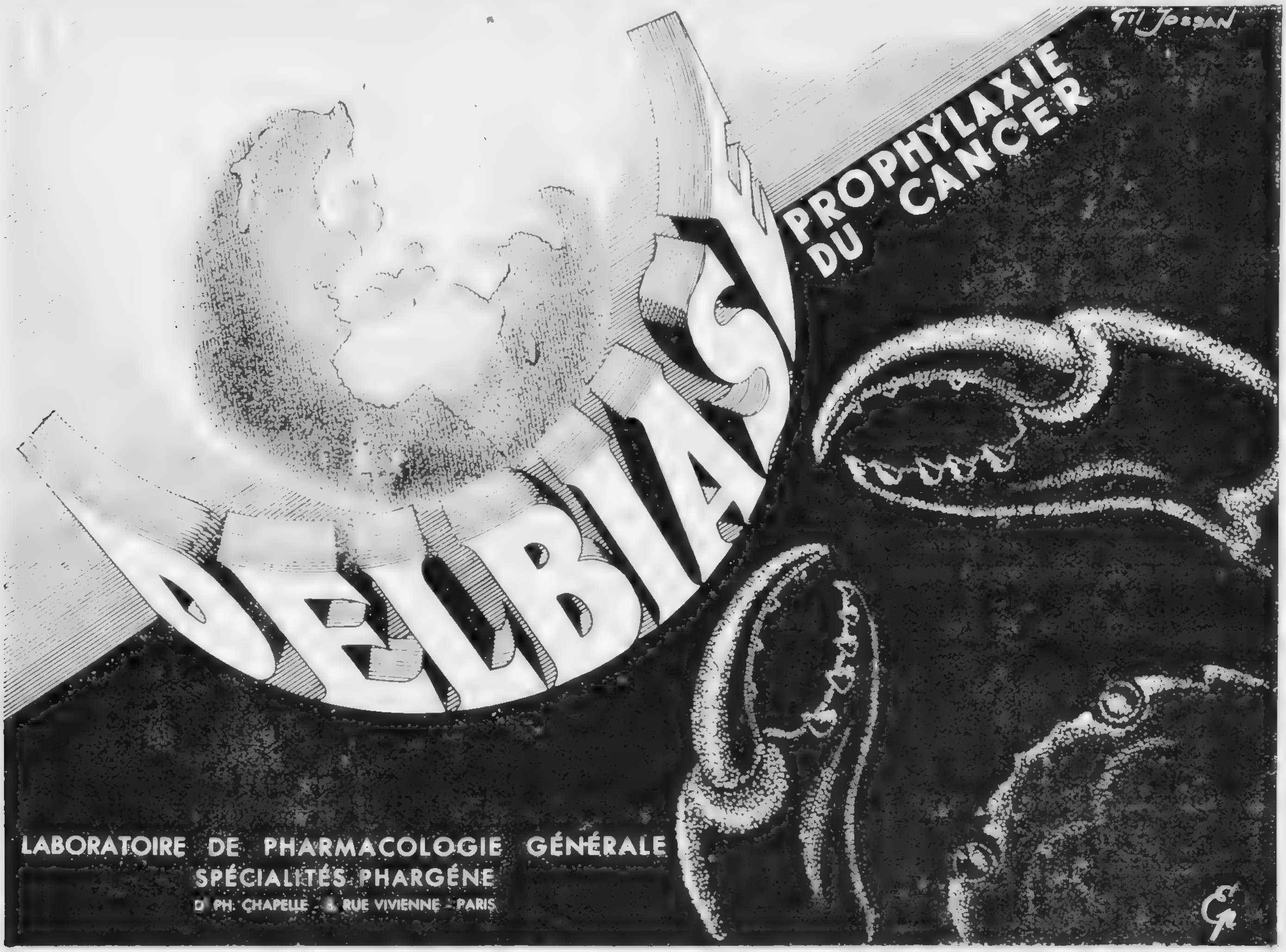
« 1° Il faut régler le régime de l'enfant.

« 2° Il faut employer une médication interne.

« 3° Il faut s'aider de médicaments topiques. »

On ne peut qu'approuver cet appel au bon sens clinique.

(D. Lapointe. Le traitement de l'eczéma aigu dans la première enfance. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, juin 1935.)



GIL JOSSAN
DELBIASE
PROPHYLAXIE DU CANCER
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
SPÉCIALITÉS PHARGÈNE
Dr PH. CHAPELLE - 8, RUE VIVIENNE - PARIS



GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT
FORME PARFAITE DU CHARBON DE PEUPLIER
Agglomérés au gluten, aromatisés à l'anis
RÉALISENT
le Véritable Traitement de l'irritation et de l'infection intestinales
AGISSENT
par leur forme ;
par leur volume (division du bol digestif et fecal) ;
par leur arome (anis) ;
par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Causes de la Constipation
Action régulière sans accoutumance ni irritation consécutive à leur emploi
Très bien supporté à tous les âges, ainsi que dans la grossesse et l'allaitement
34, Bd de Clichy, Paris
L'activation d'un Charbon medicinal tient autant à sa forme qu'à sa pureté.
(La Depèche Medicale.)
Figure montrant la marche et l'action progressive des Grains anisés de Charbon Tissot dans l'estomac et l'intestin



DIGÈRENT TOUT
Viandes, Graisses, Légumes, Féculents
ASSIMILATION TOTALE
Reposent le Foie et le Pancréas
à tous les âges
PILULES & ÉLIXIR
DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
Elixir très agréable
Toutes les Maladies ou Fatigue stomacale
Pepsine, Pancréatine, Diastase
activées
DOSE : 2 ou 3 pilules après les repas ou un verre à liqueur d'elixir.
TRÈS AGRÉABLE

Clinique chirurgicale

Les observations de fractures vertébrales se multiplient, non point parce qu'elles sont plus nombreuses, mais simplement parce qu'on fait davantage d'examens exacts à la suite d'examens plus approfondis.

L'examen radiologique doit être fait de façon systématique, précoce et suivant les trois incidences : frontale, latérale et oblique.

Pour le traitement on peut adopter les règles suivantes :

1° Toute fracture vertébrale fraîche doit être réduite par la méthode de l'hyperextension.

2° Après réduction il faut faire de la mobilisation musculaire précoce avec contention des fragments osseux jusqu'à ce que leur consolidation soit complète.

3° Les fractures ou l'hyperextension n'obtient pas de résultat anatomique ont avantage à être consolidées par un greffon court ; celui-ci est également indiqué dans les cas où il persiste une scoliose.

4° La méthode orthopédique doit être définitivement écartée dans les fractures avec tassement, ainsi que la greffe en tant qu'intervention première.

5° La laminectomie n'est utile que dans un nombre minime de cas et doit se faire sans ouverture de la dure-mère.

(J. Julin. A propos du diagnostic et du traitement des fractement des fractures vertebrales. *Scalpel*, 2 novembre 1935.)

Stomatologie

L'acier inoxydable convient à la prothèse dentaire.

Il a été utilisé pour la première fois par F. Hautmayer, dentiste des usines Krupp, qui lancèrent sur le marché le *Wipla*, (wie Platinum = comme le platine), d'abord en 1912 et définitivement en 1920.

Le Wipla est un alliage de fer, de chrome, de nickel et de charbon.

Le Wipla est inoxydable, résistant et bon marché.

(E. Ricci. L'acciaio inossidabile come materiale di protesi dentaria. *Annali di Clinica odontoiatrica*, juillet 1935.)

J. Lafont

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Votre bonne foi a été surprise : Dans votre numéro du 9 Novembre a été insérée une note tendancieuse, dont la teneur a échappé à la vigilance de votre comité de rédaction et qui appelle la rectification suivante :

Un auteur *étranger* vient, dans une communication récente, de tenter de créer une confusion entre dinitrophénol et DINITRA.

Ce même auteur, dans un résumé qu'il a *personnellement* distribué à la presse, apporte des allégations dont sa communication ne contient aucune justification.

Pour couper court à toute équivoque, précisons qu'il n'existe aucun cas publié d'agranulocytose, de cataracte ou d'accident mortel imputé à DINITRA (dinitrophényl-lysidine).

Produit Français pur, de prescription exclusivement médicale, DINITRA n'a aucun rapport avec les dinitrophénols impurs vendus directement au public américain et qui ont causé quelques accidents aux Etats-Unis.

Tout en déplorant que les tribunes des plus hautes sociétés savantes françaises soient utilisées par des étrangers pour combattre les produits français, nous sommes persuadés que vous ne sauriez associer votre honorable journal à de semblables manœuvres.

Delagrange

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1935

Remarques à propos de 35 cancers primitifs multiples. — *M. Hartmann.* — Les cancers primitifs multiples ne sont pas aussi exceptionnels qu'on le croit. M. Hartmann a pu en observer personnellement 35 cas, 5 existant simultanément, les 30 autres développés successivement, après un temps variant de un à dix-neuf ans. Le plus souvent, la mort est survenue un ou deux ans après ablation du deuxième cancer. Il y a cependant des cas où la survie a été beaucoup plus longue. Neuf ans après l'ablation d'un cancer recto-sigmoïde, M. Hartmann dut opérer de nouveau sa malade d'un cancer au sein qui ne fut suivi de mort que six ans plus tard, soit quinze ans après la première opération. Chez un autre malade, il réséqua l'estomac pour cancer, quatre ans plus tard il enleva un cancer du sein, puis encore quatre plus tard, soit huit ans après la gastrectomie, un cancer végétant des ovaires. Une malade, chez laquelle il a enlevé successivement, à un an d'intervalle un cancer du côlon, puis un cancer de l'utérus, reste guérie depuis vingt-huit ans, etc.

A propos de ces cancers multiples, M. Hartmann émet des doutes sur la conception généralement acceptée actuellement du cancer résultant d'une irritation chronique ; il est beaucoup plus tenté par l'idée d'une influence diathésique ou peut-être par celle d'un virus qui siégeant dans l'organisme, provoquerait, lorsqu'il pénètre des cellules, leur développement désordonné et par suite un cancer.

La présence de bactériophages dans les eaux du Nil. — *Mme Panayotatou* (d'Alexandrie) a fait à Alexandrie, des analyses de l'eau d'un canal de dérivation, en des points divers, très éloignés les uns des autres. Elle a fait ses expériences avec un grand nombre de microbes, et a constaté sur douze prélèvements, la présence de bactériophages antidysentériques et antiparatyphoïdique. Ceux-ci sont plus abondants dans les endroits où le canal n'est pas protégé, et où les eaux de pluie peuvent s'y déverser, en entraînant des boues qui restent après les inondations.

Malariathérapie. — *MM. Gelma* et *Eissen.* — Longtemps avant les travaux de Wagner Jauregg (1917), l'impaludation était entrée en Alsace dans la thérapeutique psychiatrique.

Un médecin de Stéphanfeld, Dagonet, avait en effet avant 1870 attiré l'attention sur les effets curatifs du paludisme chez les malades de l'asile.

L'alimentation et l'hygiène publique. — *M. Etienne Burnet.*

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie) en remplacement de M. Alexandre Guéniot, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés en première ligne M. Lemaitre ; en seconde ligne *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Fredet, Grégoire, Robineau. Adjoint par l'Académie : M. Hautant. Au premier tour de scrutin, M. Lemaitre, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, a été élu par 66 voix sur 80 votants.

Séance annuelle. — La séance annuelle aura lieu le 10 décembre. M. le trésorier lira l'éloge de Dutrochet (1776-1847), par M. Achard.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1935

Traitement des fractures du col du fémur. — *M. Alglave* a utilisé le vissage des fragments à l'aide de deux vis de Lambotte forées dans les lames compactes du col. A son avis la solidité de la synthèse est bien plus sûre par ce procédé.

Résection arthroplastique de la hanche. — Deux beaux résultats obtenus par *MM. Merle-d'Aubigné* et *Ingelrans* chez

des malades atteints d'arthrite déformante, l'une post-traumatique, l'autre spontanée. *M. Mathieu*, qui rapporte ces cas, insiste sur la nécessité de prendre la fascia lata du côté opposé comme lambeau d'interposition aponévrotique.

Dégénérescence sarcomateuses des fibromes. — *M. Yves Bourde* (Marseille) a observé, chez une femme traitée par radiothérapie pour un fibrome saignant, la dégénérescence du fibrome sept ans après l'irradiation.

M. Bazy se souvient d'avoir observé avec *M. Letulle* une trentaine de cas de fibromes irradiés chez lesquels l'examen histologique ne montrait aucune modification structurale. La radiothérapie agit sur l'ovaire, et non pas sur le fibrome directement.

L'hyperazotémie post-opératoire. — *M. Pierre Duval* apporte des observations de malades qui opérés alors qu'ils avaient une azotémie normale et un rein indemne, ont présenté dans les suites une élévation momentanée du taux de l'urée sanguine.

Il montre qu'on ne peut porter de pronostic sur le seul taux de l'urée sanguine après l'opération. Ce qui compte c'est la variation du taux des polypeptides sanguins : si azotémie et polypeptidémie s'accroissent également, le pronostic dépend de la chute des polypeptides. Si la polypeptidémie seule augmente, le pronostic est mauvais. Enfin si l'azotémie est élevée alors que la polypeptidémie est normale, le pronostic est bon. L'auteur pense que les chirurgiens négligent trop dans leur pronostic l'état du fonctionnement hépatique pour ne s'attacher qu'au fonctionnement rénal.

Causes des échecs de l'ostéosynthèse. — *M. Fredet* rappelle les principes classiques de l'ostéosynthèse et les règles minutieuses de techniques qui en assurent le succès. La plupart des échecs sont pour lui imputables à la non-observance de ces règles élémentaires. Il montre en particulier la nocivité certaine des cerclages par lame de Parham. Toute prothèse métallique gagne à être enlevée au bout d'un mois environ. La pseudarthrose vraie après ostéosynthèse lui paraît tout à fait rare.

M. Sorrel fait l'éloge de la broche de Kirschner et pense que l'emploi des tractions par broche, et des tuteurs externes a considérablement limité les indications de la synthèse dans le foyer.

M. Mathieu défend l'ostéosynthèse. Nombre d'échecs sont dus tout simplement à ce qu'on traumatise opératoirement le foyer et que l'on crée une irritation locale. La pratique des synthèses par clavetage central lui paraît excellente.

M. Mondor remarque que l'emploi de greffons ostéo-périostique permet la guérison de certaines pseudarthroses ; illustrant les idées de *M. Leriche* sur les mutations calciques locales.

M. Bazy apporte une radiographie de fracture où se relève le phénomène maintenant connu de la raréfaction osseuse sous-fracturaire.

La discussion de l'ostéosynthèse continuera dans les prochaines séances de la Société.

Séance du 27 novembre

Torsion du testicule ou de ses annexes. — *M. Sorrel* apporte 22 cas de torsions dont 6 cas de torsions annexielles suivies de bons résultats, et 16 cas de torsions testiculaires parmi lesquelles il fut fait une castration et 10 détorsions. Le pronostic des lésions de torsion testiculaire doit être beaucoup plus réservé qu'on ne le dit habituellement puisque sur 10 cas de détorsions revues, 5 furent suivies d'atrophie testiculaire alors que le testicule ne semblait pas atteint à l'intervention.

Absence congénitale du tibia. — *M. Madier* relate une observation d'absence du tibia. Il existait un péroné normal, et une épiphyse radiale supérieure à gauche. A droite aucune trace du tibia, mais une épiphyse fémorale inférieure bifide. Il fut fait des deux côtés une implantation péronéo-astragalienne.

Résultats du traitement des fractures du calcanéum.

M. Auvray a observé 32 cas de fractures de cet os traitées soit par la méthode orthopédique, soit par l'intervention sanglante. Par la méthode orthopédique 17 cas ont moins de 18 % d'incapacité permanente. Tous les cas opérés ont plus de 20 %. De même l'incapacité temporaire a été beaucoup plus longue pour les cas opérés. L'auteur pense donc que l'on doit être très modéré dans les indications du traitement opératoire.

M. Mathieu ne pense pas qu'il faille proscrire l'intervention. Il existe de multiples types de fracture du calcanéum et à chacune correspond un traitement spécial.

M. Lenormant admet aussi que certains cas nécessitent le traitement chirurgical.

M. Auvray précise qu'il est à souhaiter que les interventions chirurgicales, si elles demeurent nécessaires, soient exécutées par des chirurgiens spécialisés.

Tétanos aigu chez une femme enceinte. — *M. Hardouin* (Rennes) rapporte le cas d'une femme enceinte qui fit un tétanos aigu à la suite d'une plaie du pied. L'excision de la plaie, la sérothérapie intensive (voies intraveineuse, intrarachidienne et intramusculaire) amena la guérison sans interruption de la grossesse qui évolua normalement.

M. Mondor souligne l'intérêt récemment signalé de l'élévation uréique sanguine au cours du tétanos.

M. Bazy insiste sur l'intérêt de commencer le traitement par une forte dose de sérum.

Causes des pseudarthroses après ostéosynthèse. — *M. Madier* apporte deux observations de pseudarthrose, l'une secondaire à une synthèse par lame de Parham, l'autre située au-dessus d'une synthèse par cerclage sur un os fracturé en deux endroits. En dehors du rôle toxique de certains métaux, il insiste aussi sur le facteur mécanique possible de la pseudarthrose.

M. Fredet résume la discussion : l'ostéosynthèse n'est faite ni pour tous les malades, ni pour tous les chirurgiens. Elle doit être réservée aux cas où l'attitude rigoureusement normale du membre est nécessaire.

Contusion récente isolée du pancréas. — *M. Brocq* apporte un travail de *M. Varangot*. Intervention pour contusion de l'abdomen : cytostéatonécrose épiploïque, hématome. Drainage. Guérison.

De l'étude de 53 observations publiées, se dégage l'intérêt de l'intervention précoce et du drainage. La stéatonécrose, fréquente, s'explique par le fait que la lipase même non activée, peut dédoubler les graisses à condition que le pancréas soit en pleine digestion. L'amylase urinaire est augmentée après contusion pancréatique. Il y a aussi hyperglycémie rapide, qui est un signe de diagnostic.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1935

Hémiplégie marquant le début d'une septicémie éberthienne à forme vasculaire. Réaction méningée, avec culture du liquide céphalo-rachidien positive au bacille d'Eberth. — *MM. de Luna* et *A.-X. Jouve* rapportent l'histoire d'une enfant de 11 ans qui présenta successivement : une hémiplégie subite due vraisemblablement à une thrombose par artérite de la sylvienne, suivie de réaction méningée ; une artérite de la jambe droite, enfin une phlébite du membre inférieur gauche. Il s'agissait d'une septicémie éberthienne, comme le montrèrent hémocultures et séro-diagnostics. Cependant le processus infectieux sur lequel se sont inscrites ces complications demeura des plus discrets, se limitant à l'apparition éphémère de quelques taches rosées et d'une splénomégalie minime et transitoire.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'hémiplégie typhique chez l'enfant, sur le fait que la scène clinique s'est ouverte par cette complication. Ils soulignent le tropisme vasculaire singulièrement exclusif du processus infectieux. Enfin une culture du liquide céphalo-rachidien positive au bacille d'Ebert est un fait exceptionnel dans la littérature.

De l'hyperazotémie post-opératoire et de sa valeur pronostique. — *MM. P. Duval* et *J.-Ch. Roux* montrent qu'il ne faut pas attacher au seul taux de l'azotémie post-opératoire une trop grande valeur pronostique.

Chez les opérés dont le foie et le rein sont sains, l'hyperazotémie post-opératoire traduit une exagération de la formation de l'urée par le foie aux dépens des polypeptides issus de la désintégration tissulaire que provoque le traumatisme opératoire. C'est donc une hyperazotémie de formation bien plus qu'une hyperazotémie de rétention.

Ce qui importe du point de vue pronostic, c'est la relativité entre l'azotémie et la polypeptidémie.

Le pronostic post-opératoire sera bon si, malgré un taux élevé de l'urée sanguine, la concentration uréique dans l'urine est bonne et si le taux des polypeptides du sang s'abaisse progressivement.

Il sera mauvais au contraire si celui-ci demeure élevé, quel que soit le taux de l'azotémie. Les auteurs apportent à l'appui des faits qu'ils avancent des observations démonstratives.

M. Rathery confirme l'opinion de M. Duval. L'hyperazotémie d'origine hépatique n'est pas l'expression d'une déficience du foie mais de son hyperfonctionnement.

M. M. Labbé fait remarquer que la méthode à l'hypobromite permet de doser non seulement l'urée mais d'autres substances associées. Il serait intéressant de pratiquer des dosages par d'autres méthodes, permettant de retenir seulement le taux de l'urée du sang.

M. Labbé demande si la polypeptidémie est influencée ou non par le mode d'anesthésie adopté.

M. Duval répond que le mode d'anesthésie n'agit en rien sur l'azotémie et la polypeptidémie post-opératoires.

MM. Brûlé et *Et. Bernard* rappellent les idées enseignées par Widal sur le pronostic des azotémies aiguës.

Réactivation des séro-agglutinines typhoïdiques chez un ancien vacciné, porteur d'un phlegmon périnéphrétique. — *MM. R. Waitz* et *R. Pernot* relatent l'observation d'un malade ayant subi vingt ans auparavant la vaccination antityphoïdique et porteur d'un phlegmon périnéphrétique incisé le trente-neuvième jour de l'évolution. Cinq séro-diagnostics antityphoïdiques donnent les résultats suivants : négatif le dix-neuvième jour, positifs (1/500 pour l'Eberth seul) les trente-huitième et quarante et unième jours, négatifs un et deux mois après l'intervention.

Une réaction dissociée aussi intense risque d'induire en erreur. Il est dangereux d'attacher chez un vacciné une réelle valeur au séro-diagnostic antityphoïdique.

Anémie splénique hémolytique et dystrophie crânienne. Syndrome de Gansslen. — *MM. J. Cathala*, *P. Ducas* et *Abaza* présentent un enfant de 6 ans porteur depuis sa naissance de deux ordres de manifestations : 1° une anémie splénique hémolytique avec ictère ; 2° une dystrophie crânienne : oxycéphalie avec gouttière verticale postérieure réalisant l'aspect dit natiforme. C'est un exemple des faits signalés par Gansslen et considérés par lui comme appartenant au tableau régulier de la constitution morbide spéciale héréditaire et familiale qui commande les syndromes d'anémie et d'ictère hémolytique. Dans ce cas le caractère familial n'a pu être mis en évidence.

Une telle observation soulève la question de la valeur séméiologique de la dystrophie crânienne. Les auteurs pensent qu'il serait erroné de vouloir en tirer argument en faveur de l'étiologie syphilitique, à quoi on serait naturellement porté en suivant un enseignement traditionnel.

La malade a été opérée de splénectomie. Les suites opératoires ont été alourdies par une occlusion post-opératoire qui a exigé une seconde intervention. Le résultat actuel est satisfaisant.

M. Flandin est d'avis que l'association anémie évolutive et déformation crânienne ne doit jamais faire écarter l'étiologie hérédo-syphilitique. Il propose de pratiquer un traitement antisyphilitique dans ce cas.

M. Brûlé rappelle que l'ictère hémolytique congénital évolue très fréquemment sur un terrain hérédo-syphilitique. Mais il s'agit d'une hérédo-syphilis bien particulière, fixée au point de vue racial sur la rate. Le traitement antisyphilitique amène des désordres en provoquant de grandes crises hémolytiques.

Il souligne en outre la rareté des crânes natiformes dans les ictères hémolytiques.

M. Flandin préconise, non pas l'arsenic, mais le mercure ou le bismuth, pour tenter d'arrêter l'évolution de la maladie et protéger l'avenir de cet enfant.

M. Pinard reconnaît que les enfants qui supportent le plus mal le traitement antisyphilitique sont ceux qui sont atteints de syphilis héréditaire. Il ferait cependant volontiers porter le traitement, non seulement sur l'enfant, mais aussi, à titre prophylactique, sur les parents pour protéger la descendance.

M. Cathala, convaincu de la nocivité du traitement antisyphilitique dans les ictères hémolytiques, refuse formellement de l'appliquer dans ces cas. Par contre, ils bénéficient plus sûrement et simplement du traitement symptomatique par le fer, comme d'ailleurs d'autres anémies à étiologie aussi mal connue.

M. Netter montre que l'arsenic, même manié à très petites doses, détermine souvent de graves accidents dans des cas semblables.

Paraffinome ulcéré du cou-de-pied. — *MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille* et *R. Israël* présentent un malade porteur d'un paraffinome ulcéré du coup-de-pied droit. Ce paraffinome a réalisé une véritable tumeur infiltrant tous les plans superficiels, adhérent à l'os.

Le malade s'était injecté lui-même la paraffine pour échapper à ses obligations militaires. Cette tumeur a été parfaitement tolérée pendant dix-huit ans et depuis quelques mois seulement est apparue au centre une zone de nécrose. Histologiquement la paraffine a déterminé une importante prolifération scléreuse sans réaction granulomateuse actuellement visible. La radiothérapie appliquée suivant la technique de M. Belot a donné d'excellents résultats.

Les troubles humoraux au cours de la maladie d'Addison. — *MM. F. Rathery, Jean Hesse* et *Roy* montrent que la maladie d'Addison présente un certain nombre de troubles humoraux caractérisés par de l'anémie, de l'azotémie avec hyperpolypeptidémie sans atteinte rénale histologique, un abaissement de la sérine par rapport à la globuline, de l'hypochlorémie, de l'hypoglycémie.

Les auteurs étudient les résultats paradoxaux donnés par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée et de celle de l'injection de cortico-surrénale.

Maladie d'Addison et extraits cortico-surrénaux. — *M. de Gennes*, à propos du procès-verbal, rapporte trois cas de maladie d'Addison ayant réagi diversement aux extraits cortico-surrénaux. Il résulte de ces observations que les résultats heureux ne sont que passagers en raison soit de l'évolution progressive de la maladie, soit de la cortico-résistance spontanée.

Par contre, dans les asthénies banales, les résultats satisfaisants ne sont pas rares ; dans certains syndromes d'anxiété ce traitement est au contraire à écarter.

L'auteur a obtenu un résultat splendide dans un cas de myasthénie.

M. Fiessinger se range à l'avis de M. de Gennes quant à l'action temporaire de la cortine dans la maladie d'Addison. Il discute la nature de cet extrait et rapproche de ses effets ceux obtenus par une autre substance huileuse, provenant par extraction du suif de bœuf. Il rappelle à ce propos les bienfaits des injections de substances huileuses telles que l'huile camphrée.

M. Labbé a remarqué que dans certains cas les extraits totaux de surrénale donnent de très bons résultats.

M. G. Dreyfus a observé les excellents effets de l'ingestion à dose élevée d'extrait surrénal (0 gr. 60 à 1 gr. 50 par jour) dans les asthénies graves non addisoniennes.

M. May croit que les échecs du traitement de la maladie d'Addison par la cortine ne doivent pas infirmer la valeur de cette médication, encore à l'étude.

Séance du 29 novembre 1935

Anémie pernicieuse et tuberculose. — *MM. André Cain, Roger Cattan* et *Alfred Bensaude* rapportent l'observation d'une femme de 45 ans atteinte d'anémie pernicieuse hyperchrome, mégalocytaire, mégaloblastique avec glossite, hypochlorhydrie, signes neurologiques. Sous l'action de l'hépatothérapie, on assiste à l'amélioration de l'affection, tandis que s'aggrave et se dissémine une tuberculose pulmonaire rapidement mortelle. Un tel contraste s'oppose au diagnostic d'anémie pernicieuse tuberculeuse. Il permet d'espérer qu'en se fondant sur l'action de l'hépatothérapie, on pourra différencier au cours de la tuberculose, les anémies symptomatiques, rebelles au traitement et celles qui méritent le nom de maladie de Biermer.

Pareille méthode de discrimination mérite d'être étendue aux autres anémies dites symptomatiques, notamment à celles de la grossesse et du cancer.

M. P.-E. Weil relate un cas analogue.

Azotémie hépatique et polypeptidémie hépatique. — *M. Noël Fiessinger.*

Spirochétose ictérigène avec myocardite. — *MM.*

Georges Marchal, P. Soulié et *A. Roy* rapportent un cas de spirochétose ictérigène avec myocardite.

C'est à la convalescence de la maladie qu'apparaissent la dyspnée, la cyanose avec galop présystolique ; l'électrocardiogramme montre des modifications passagères des complexes (crochetage de Q. R. S., allongement de P. R., aplatissement de T.). Ces signes disparurent en quelques semaines.

Les auteurs concluent à l'existence d'une myocardite spirochétosique.

Prurit rebelle relevant d'un tabes fruste. — *MM. C.-I. Urechia* et *L. Dragonier* (de Cluj) en relatent un cas typique qui régressa sous l'influence d'injections de néo-salvarsan et de bismuth liposoluble. Ils envisagent et discutent la pathogénie sympathique de cette manifestation.

Le début des ulcères. — *MM. René A. Gutmann* et *Georges Voulpiotis* s'élèvent contre la description classique d'une « période de début » de l'ulcère gastrique ou duodénal qui serait faite de symptômes dyspeptiques plus ou moins vagues, au cours de laquelle le diagnostic radiologique serait impossible et qui aboutirait progressivement à une periode d'état typique.

En règle, et sauf coexistence d'autres maladies digestives qui estompent la netteté de son début, l'histoire de l'ulcère, composée pendant longtemps ou même pendant toute la maladie d'une série de poussées, commence brusquement par une première poussée identique à celles qui suivront ; les images radiologiques sont d'emblée nettes, ce qui s'explique par ce fait que leur substratum est une ulcération entourée de gonflements inflammatoires.

Cette première poussée se termine comme les suivantes assez brusquement après quelques semaines et les images radiologiques disparaissent.

L'ulcère débute à tout âge, même chez des sujets âgés. Une histoire récente de douleurs gastriques survenues pour la première fois pose donc le diagnostic aussi bien d'ulcère que de cancer, diagnostic que la clinique et la radiologie peuvent le plus souvent résoudre ; le signe le plus important de bénignité est la disparition des images radiologiques après la fin de la poussée.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 novembre 1935

Les inhalations d'oxygène et d'acide carbonique dans la thérapeutique des intoxications par les gaz suffocants. — *M. D. Cordier*, signale que les asphyxies, sans lésions du poumon (asphyxies, dites du temps de paix, dont le type est l'intoxication par l'oxyde de carbone) ne sont pas justiciables de la même thérapeutique que les intoxications par les gaz suffocants (dont le type est l'intoxication par le phosgène).

L'état de l'appareil respiratoire et l'état physico-chimique du sang dans les asphyxies sans lésions du poumon justifient l'emploi des inhalations du mélange d'oxygène et d'acide carbonique, et du mélange d'air et d'acide carbonique.

L'état de l'appareil respiratoire et l'état physico-chimique du sang dans les intoxications par les suffocants permettent seulement la thérapeutique par l'oxygène. L'emploi de l'acide carbonique ne peut qu'aggraver la dyspnée, l'œdème, l'acidose et l'asphyxie.

Influence de l'extrait thymique sur la croissance. — *M. Jacques Odinet*, étudie les faits expérimentaux qui plaident en faveur de l'influence du thymus sur la croissance des animaux jeunes. L'hyperthynisation accélère en effet la croissance et rend les animaux ainsi traités, plus grands, plus vigoureux que leurs témoins. Ces différences semblent persister à l'âge adulte.

Appliquant ces données expérimentales à la thérapeutique, il a pu sous la direction du Prof. *Lereboullet*, obtenir des résultats intéressants dans certains retards de croissance simples ou accompagnés d'insuffisance génitale. Il précise enfin, l'âge auquel il convient de mettre en œuvre cette thérapeutique et rappelle brièvement la posologie des extraits thymiques.

Traitement général de la tuberculose par l'opothérapie splénique. — *M. J.-C. Bayle*, présente des documents à l'appui du traitement général de la tuberculose par l'opothérapie splénique dont il est l'initiateur : schémas sur l'augmentation des hématies et des lymphocytes : courbes d'hémoglobine, de poids et de température ; radiographies de tuberculeux, rapidement éclaircies avec des calcifications dans des cas graves traités par l'opothérapie splénique seule, et dans d'autres cas non moins sévères, par son adjonction au pneumothorax ou à la cure d'altitude : cicatrisations obtenues dans des temps très courts, allant de quatorze mois à deux ans pour l'opothérapie splénique seule, et de six mois à quinze mois et demi dans les autres cas.

Immunité et Vaccinothérapie. — *M. R. Lautier*, signale qu'une vaccinothérapie intense et prolongée ne préserve pas de l'éclosion d'une maladie infectieuse intercurente, mais que, d'autre part, cette même vaccinothérapie intense et prolongée n'apporte aucune gène à l'action immunisante d'un autre vaccin de nature differente. Il montre, enfin, avec quelques exemples inédits, que la vaccinothérapie non spécifique peut exercer une action pseudo-spécifique sur quelques maladies infectieuses, tant au point de vue curatif qu'au point de vue prophylatique.

Le champ de la vaccinothérapie non spécifique, non encore méthodiquement exploré, devrait, suivant l'auteur, réserver d'heureuses et précieuses découvertes thérapeutiques.

Marcel LAEMMER.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Pneumothorax hémostatique

M. Paul Courmont (*S. M. des hôp. de Lyon*, 20 avril 1935) insiste à l'occasion d'une observation sur la grande valeur du pneumothorax dans le traitement des hémoptysies rebelles :

« J'insiste sur le fait qu'on ne doit pas, surtout dans un hôpital bien organisé, laisser mourir un malade d'hémoptysie grave sans avoir essayé le pneumothorax hémostatique.

« L'hémorragie est ordinairement jugulée de façon surpenante et définitive.

« La cause de l'hémostase réside non seulement dans la diminution de la circulation pulmonaire par collapsus, mais aussi probablement, pour certains cas, dans des phénomènes vasomoteurs.

« En effet, à côté des cas à pneumo facile et collapsus complet, on voit des pneumos partiels, sans collapsus complet de l'organe qui arrêtent l'hémorragie pulmonaire.

« Le pneumo-hémostatique doit être tenté à tout âge : nos deux plus beaux succès ont été chez des femmes de 60 ans.

L'action sur la fièvre est variable.

Dans le cas ci-dessus la première injection fut suivie de fièvre d'ailleurs temporaire.

Mais nous avons vu des cas où une température très élevée (40°) était définitivement abaissée en deux jours à la normale par le pneumothorax.

Le mécanisme d'action du collapsus pulmonaire sur la fièvre reste donc assez complexe.

« Mais l'action ordinairement efficace et souvent merveilleuse du collapsus pulmonaire brusqué est indéniable : action immédiate sur l'hémoptysie, action sur la fièvre, action ultérieure curative sur la lésion pulmonaire. »

Grippe et appendicite

Il semble que la grippe joue un rôle important dans l'étiologie des appendicites d'hiver. Durant la dernière épidémie de grippe, MM. Julienne et Liscoët (*S. de M. militaire fr.*, 13 juin 1935) ont eu l'occasion de voir un nombre important de réactions douloureuses dans la fosse iliaque droite.

A propos du traitement du kala-azar

MM. E. Lesné, Cl. Launay et G. Loisel (*S. de Péd.*, 18 juin 1935), ont obtenu des résultats extremement satisfaisants de l'emploi de l'uréastibamine chez un enfant atteint de kala-azar. Alors que les autres produits employés étaient restés sans effet, l'uréastibamine fit en deux jours tomber la fièvre qui datait de six mois, et disparaître rapidement la formolgélification constamment présente aux examens antérieurs.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

La dette intellectuelle de Sainte-Beuve envers la Faculté. — *M. Victor Giraud vient de consacrer un livre très intéressant à Sainte-Beuve* (Storck, éditeur). *En voici le passage où il dit l'influence que les études médicales purent avoir sur le futur auteur des* LUNDIS :

Quand Sainte-Beuve nous dit qu'il avait « un goût décidé pour l'étude de la médecine », je crois que son témoignage un peu tardif, et qu'il a d'ailleurs contredit lui-même, est ici sujet à caution. Sa culture scientifique était nécessairement bien superficielle, et il n'avait pas poussé bien loin ses études de physiologie. La vérité est qu'il n'avait qu'une vocation et une vocation littéraire. Mais sa mère n'encourageait pas ce qu'elle appelait irrévérencieusement « ses humeurs vireuses », et ce fut sans doute pour lui être agréable qu'il se décida pour la médecine. Je suis pourtant étonné que, comme tant d'autres, avant et après lui, il n'ait pas songé au professorat : la carrière d'un Villemain aurait pu lui servir de modèle et d'exemple. En avait-il assez des besognes et des servitudes scolaires ? N'ayant pas le don de la parole, a-t-il redouté une épreuve qu'il a du reste affrontée plus tard ? Averti par la destitution de son maître Dubois, a-t-il craint pour son indépendance de pensée ? Ce qui est sûr, c'est que tout son passé le préparait à être un homme de lettres, et qu'il en avait dès lors très nettement conscience : on n'en veut pour preuve qu'une page charmante d'un article de 1861 sur Le Play, et qui nous éclaire tous les dessous de ces années décisives :

« On nous apprend, a-t-il écrit, à aimer le beau, l'agréable, à avoir de la gentillesse en vers latins, en compositions latine et française, à priser avant tout le style, le talent, l'esprit frappé en médailles, en beaux mots, ou jaillissant en traits vifs, la passion s'épanchant du cœur en accents brûlants ou se retraçant en de nobles peintures ; et l'on veut qu'au sortir de ce régime excitant, après des succès flatteurs pour l'amour-propre et qui nous ont mis en vue entre tous nos condisciples, après nous être nourris longtemps de la fleur des choses, nous allions, du jour au lendemain, renoncer à ces charmants exercices et nous confiner à des titres de Code, à des dossiers à des discussions d'intérêt ou d'affaires, ou *nous livrer à de longues études anatomiques, à l'autopsie cadavérique ou à l'autopsie physiologique* (comme l'appelle l'illustre Claude Bernard) ! Est-ce possible, pour quelques-uns du moins, et de ceux qu'on répute les plus spirituels et qui brillaient entre les humanistes et les rhétoriciens ? On sort du collège, et, à peine sorti, on a déjà choisi son point de mire, son modèle dans quelque écrivain célèbre, *dans quelque poète préféré ; on devient son disciple, son ami*, pour peu qu'il soit bon prince ; on est lancé déjà, à sa recommandation peut-être, un *libraire consent à imprimer gratis vos premiers vers* ; un journal du moins les insère ; *on y glisse de la prose en l'honneur du saint qu'on s'est choisi et à la plus grande gloire des doctrines dont on a le culte juvénile : comment revenir après cela ?* .... (1) »

« Toute l'histoire vraie des débuts de Sainte-Beuve est décidément dans cette page.

« Le voilà donc, à dix neuf ans, étudiant en médecine. Sa mère et sa tante étaient venues se fixer à Paris et il logeait chez elles. Il a probablement exagéré plus tard l'influence que ses études médicales auraient exercé sur la formation de son esprit et sur sa méthode critique. Il est possible que la pratique de la dissection ait fortifié quelques-unes de ses tendances natives, en particulier son goût de l'analyse psychologique. Il est à croire aussi que l'importance qu'il attachera aux questions de physiologie

(1) *Nouveaux lundis*, t. IX, p. 174-175.

dans les études biographiques et littéraires auxquelles il se livrera dans la suite est un fruit de son initiation à « la médecine expérimentale ». Mais à cela doit se borner sa dette intellectuelle envers la Faculté ». ..

Une classification des étudiants. — *De M. Jean Mélia dans le* Journal des Débats.

Les étudiants forment partout, dans les nations si l'on peut dire, une nation intellectuelle à part, avec ses distinctions particulières et ses groupes. Or, M. Georges Hardy, recteur de l'Université d'Alger, vient de se complaire à étudier ces divers groupes et de dresser, en quelque sorte, une classification des étudiats, qu'on ne peut méconnaître, étant donnée la compétence de son auteur. Le premier groupe, estime M. Georges Hardy, comprend les individus à la fois doués et laborieux, les chefs de file, les têtes de liste, ceux que leurs professeurs de l'enseignement secondaire se sont accordés à diriger vers l'enseignement supérieur. Ces étudiants modèles sont la grande espérance des concours scientifiques ou administratifs, des emplois publics. Le second groupe est celui des amateurs. « Eh oui! nous n'en manquons pas, dit avec indulgence le recteur de l'Université d'Alger. Nous avons de joyeux gaillards qui affrontent trois ou quatre fois, voire davantage, les mêmes épreuves, comptant sans doute sur la lassitude pour triompher de notre résistance, et du moins, affirmant, par là, une vertu plus française qu'on ne croit : la persévérance. » Le troisième groupe comprend ceux que M. Georges Hardy appelle les mal-orientés. L'enseignement supérieur déconcerte ces derniers, et les mal-orientés, s'il leur arrive de travailler ferme, le font sans plaisir, sans élan et sans profit. Le dernier groupe et le plus nombreux, comprend les étudiants qu'on ne peut ranger ni dans la pointe d'avant-garde ni dans la cohue des traînards, les étudiants « qui ne peuvent rêver de mener le train, mais qui, honnêtement pourvus de moyens intellectuels, fournissent un effort sérieux et relativement facile ». Parmi eux, il y a des activités, mais c'est surtout dans ce groupe, qu'il faut craindre les déchets, car il faut se méfier de la surestimation des aptitudes et du caractère excessif de certaines ambitions.

L'étudiant américain. — *De M. Ch. Oberling dans* La Presse Médicale (6 novembre 1935) : Impressions d'un voyage d'études aux Etats-Unis d'Amérique.

... Je tiens à dire un mot encore de l'*étudiant américain*, ne serait-ce que pour m'élever contre certains préjugés dont on fait trop facilement état chez nous. En prétendant que l'étudiant américain sacrifie le meilleur de son activité au sport, on exagère autant que certains puritains suivant lesquels les étudiants de chez nous passeraient tout leur temps au café ou à la brasserie.

Si la pratique des sports tient encore une grande place dans certaines high-school ou collèges, elle est réduite à des limites très raisonnables dans la plupart des universités et ceci pour la simple raison que le principe même des méthodes d'enseignement, basé sur une collaboration étroite entre professeur et étudiant, exige de celui-ci un effort constant et la préparation des cours prend la plus grande partie de son temps libre.

Dans l'ensemble, l'étudiant américain des grandes universités m'a fait une impression excellente ; il travaille beaucoup, il est moins bruyant et tout de même plus libre dans ses rapports avec les professeurs que l'étudiant de chez nous. Malgré tout le respect qu'il a pour ses maîtres, il ne montre jamais cette gène ou timidité qui est si fréquente chez nos étudiants, et il faut dire aussi que les professeurs font tout pour entretenir avec leurs élèves un esprit de camaraderie ; beaucoup prennent leur repas de midi dans le même réfectoire que les étudiants et j'ai vu un des professeurs les plus connus des Etats-Unis, prix Nobel de médecine, dans le réfectoire de la Faculté, défiler devant le buffet, son plateau à la main, comme le plus jeune des étudiants. Là, comme ailleurs du reste, l'Américain s'approche davantage de l'idéal démocratique ; dans la vie publique tout au moins, les différences d'hiérarchie et d'âge s'effacent beaucoup plus que chez nous.

Il va sans dire aussi que le nombre très réduit des étudiants aide beaucoup à créer cette atmosphère de familiarité. Pour le reste, je crois qu'il y a deux points dont il faut tenir compte pour expliquer certaines des particularités que je viens de noter.

D'une part, l'étudiant américain est en général plus âgé que chez nous ; il ne commence ses études universitaires guère avant 21 ans. D'autre part, ces études sont payantes, elles coûtent même assez cher, de 6.000 à 9.500 francs par an dans les bonnes universités. J'ai beaucoup discuté à ce sujet avec des Américains de classes sociales très différentes et je dois dire que la plupart d'entre eux sont absolument réfractaires, même en théorie, au principe de l'enseignement gratuit dont le côté idéal leur est absolument incompréhensible. C'est que la conception améri-







caine de la démocratie n'a pas été altérée par des principes égalitaires. Ce qui apparaît comme la principale revendication de la justice sociale, c'est que chacun soit payé pour le travail qu'il fournit ; or, comme me disait un étudiant américain, « l'enseignement étant la chose la plus précieuse qu'un homme puisse recevoir, il est tout naturel qu'il paye pour l'obtenir ». D'ailleurs il existe de nombreuses bourses permettant aux étudiants pauvres et méritants de faire leurs études gratuitement et ceux qui ne sont favorisés par le sort d'aucune façon cherchent un emploi pour gagner de l'argent ; tel professeur était pendant ses années d'étude garde de nuit dans une pharmacie, tel autre chauffeur de taxi ou porteur de dépêches. Or, l'Américain, en homme pratique qui pense avant tout au rendement, tient à ce que l'argent dépensé pour ses études ne soit pas perdu et, en conséquence, il fait tout pour en tirer le plus de bénéfice possible. Sachant qu'il ne profitera pas d'un cours s'il ne le prépare pas, il y a donc beaucoup de chances pour qu'il le prépare, et inutile de dire que dans ces circonstances quelque chose comme une grève d'étudiants est absolument inconcevable.

Une description du chancre simple en 1846, par deux médecins de Saint Lazare. — *De M. Clément Simon dans le* BULLETIN MÉDICAL (16 novembre 1935) : NOTES ET SOUVENIRS SUR LE CHANCRE SIMPLE (*Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie*) :

Depuis ma dernière lettre sur les *Chancres mous déshabités*, j'ai fait une découverte, pour moi sensationnelle.

J'ai découvert que lesdits chancres mous avaient été décrits, en 1846, par un des premiers en date (1) des médecins de Saint-Lazare, Boys de Loury et son assistant Costilhes. En cette année 1846, ils firent paraître dans la *Gazette Médicale de Paris* une série de recherches sur la vénéréologie. Ils écrivent textuellement : « Les médecins qui se sont occupés des maladies syphilitiques ont noté qu'il y a des ulcères vénériens (terme synonyme de chancre simple) des parties génitales de la femme qui, après un certain laps de temps, deviennent très difficiles à guérir, ou persistent indéfiniment. En est d'accord également que lorsque ces chancres sont parvenus à cette période, ils deviennent indolores ; on les croit alors incapables de communiquer la contagion ».

Le principal y est : la chronicité, l'indolence et la non-contagiosité. Dans la description qui suit, il est vrai, mes prédécesseurs — je ne puis ajouter, selon la coutume, illustres, car, qui se souvient d'eux ? — confondent des lésions très différentes. Ils considèrent, en effet, comme des « chancres simples *chroniques* » ; non seulement des chancres simples déshabités et gardant la mollesse caractéristique de ces chancres, mais aussi les ulcères simples chroniques calleux que j'ai décrits avec J. Bralez, l'esthiomène de la vulve et même le « squirrhe ». Mais il était de mon devoir de signaler la priorité de nos devanciers. Je me console en pensant qu'elle reste à Saint-Lazare.

Un médecin littérateur : le Docteur Léopold Robert. — AUX ÉCOUTES :

Mardi dernier, au Club du Faubourg, salle Wagram, au cours d'un violent débat sur Eve Lavallière, motivé par la publication récente du livre de Mme Lucie Delarue-Mardrus, M. Alphonse Seché fit connaître que la Compagnie Pitoëff venait de mettre en répétition une pièce inspirée à son auteur, M. Jean Yole, par la conversion édifiante de la comédienne.

M. Jean Yole est cet écrivain qui fit représenter, par les soins de M. Aldebert, *La Servante sans gages*, une œuvre poignante et forte dont on a gardé le souvenir. On doit aussi à M. Jean Yole un livre remarquable : *La malaise paysan*. Cet ouvrage, qui eut en Vendée un énorme retentissement, n'a pas peu contribué au succès politique de son auteur, car M. Jean Yole n'est autre que le Docteur Léopold Robert, élu sénateur au mois d'octobre dernier.

Le mot : raté. — *Détaché d'un article de M. le Docteur René Lacroix dans* RÉAGIR (novembre 1935) *intitulé* : LA BIENVEILLANCE.

Il est un *mot terrible* qu'on *entend souvent* prononcer en ce moment. C'est le mot : RATÉ. *Il ne franchira jamais les lèvres de l'homme bienveillant.* Il faut le bannir.

D'abord, c'est un mot *inutile* : il cingle cruellement, sans déclencher chez celui qu'on blesse une réaction profitable. Bien plus, il est *méchant* : il fait naître ou accroît l'amertume dans le cœur de qui le reçoit. D'autre part, il est *dangereux* de le lancer : les circonstances qui ont abattu ce malheureux peuvent se déverser sur nous demain. Ce mot indique, chez son auteur, une indiscutable *barbarie* latente : c'est précisément un des plus admirables bienfaits de la civilisation que de faire régner la notion d'une dignité humaine, basée sur l'amour, de notre prochain, applicable à tout honnête homme et surtout valable dans l'adversité.

Cette injure est aussi une *double erreur* : elle suppose une connaissance parfaite des conditions de la chute de cet homme, ce qui n'est pas ; d'autre part, ce mot est un jugement sommaire qui condamne le malheureux et proclame son incapacité, ce qui est faux encore, car il *est des ratés de génie*.

Et puis, *pénétrons en nous-mêmes*. Qui de nous, un soir de solitude et de silence, ne s'est promené dans son jardin secret, mystérieux pour tous, lumineux pour nous seul, où dorment nos désirs latents, nos rêves irréalisables, nos souvenirs échoués, nos amours impossibles ? *Il y a deux êtres en chacun de nous* : celui que nous sommes dans la vie pratique et celui que nous rêvons d'être ! Si le raté que nous fustigeons n'a pas atteint ses désirs, avons-nous, nous qui prenons le droit de le juger, parachevé notre œuvre, avons-nous satisfait à nos affections et atteint nos possibilités ? *Chacun de nous n'est-il pas, plus ou moins, un raté ?*

BIBLIOGRAPHIE

La Conquête des Mers. *Histoire de* [illegible], par Hendrik VAN LOON. Préface et traduction de [illegible]. [illegible] *géographiques* avec 137 dessins dans le texte. Prix : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La Conquête des mers, c'est [illegible] que l'auteur dans ce volume étend sur plus de sept millénaires d'histoire humaine [illegible] de simples troncs d'arbres creusés, ou les [illegible] dans les eaux [illegible] de l'Asie, sur les côtes de Bornéo et de Sumatra, en Nouvelle-Guinée, aux Célèbes, à Java, jusqu'aux grands transatlantiques du XX[e] siècle.

Hendrik van Loon montre d'abord ce qu'a été la navigation dans les mers calmes comme la Méditerranée, puis les luttes plus [illegible] rent à soutenir matelots et navires dans les eaux froides, brumeuses, malveillantes des mers du Nord, les progrès de la technique d'un siècle à l'autre, d'une contrée à l'autre, l'indomptable courage de l'homme qui, dit-il, a accompli sur la mer, dans le domaine de l'audace, de l'endurance physique et morale, et même de l'idéal, les plus extraordinaires conquêtes. C'est surtout le facteur humain qu'Hendrik van Loon met en valeur. Aucun autre livre sur la navigation ne montre avec autant d'émotion que le sien ce qu'a été la « peine des hommes » dans la vie maritime, qui, à toutes les époques de l'histoire, s'est révélée plus dure, plus tragique que n'importe quelle existence sur terre.

Hendrik van Loon considère que l'histoire de la navigation — cette histoire vieille de sept millénaires — sera bientôt close. Il paraît que dans un avenir très proche l'aviation et l'aéronautique supplanteront les navires et que les mers redeviendront vides comme aux premiers jours de l'humanité.

C'est par cette anticipation que se termine cet ouvrage unique en son [illegible] *La Conquête des mers*, de H. van Loon.

(1) [illegible] comme prison et comme hôpital [illegible] jusqu'en 1935. Depuis 1935, l'hôpital seul subsiste, la prison ayant été transférée à [illegible] la Petite Roquette.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Ce Numéro a été tiré à 25.000 Exemplaires

FONDÉ EN 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 2 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 11 DÉCEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE
Leçon inaugurale du Cours de Clinique Médicale
(14 novembre 1935)

De l'observation minutieuse à la spécificité chimique en séméiologie

Par le Pr Maurice LOEPER

Messieurs,

J'ai parfois médit des Leçons inaugurales. J'ai même plaisanté leur caractère académique et l'atmosphère d'encens qu'on y respire.

Comme cet humoriste célèbre dont je tairai le nom parce que son patronage est trop futile, j'ai admiré ce «mélange habilement balancé d'érudition et d'expérience, d'art et de philosophie, de modestie courtoise et de discrète autorité». Mais mon admiration n'allait pas sans sourire.

J'ai un peu honte aujourd'hui de mes critiques ou de mes réserves et je n'oserais après votre accueil affectueux regretter ces solennités. J'oserais moins encore, après la leçon si sage, si pondérée, si directe et si magistrale que nous avons entendue hier, discuter leur utilité.

A vrai dire, la leçon inaugurale est l'occasion à la fois d'exprimer des sentiments sincères et de tracer un programme inédit.

N'est-il pas naturel, Messieurs, de proclamer officiellement la prise de possession d'une nouvelle chaire et de convier amis, maîtres et élèves à vous donner l'investiture ?

Ne peut-on trouver quelque joie au renouvellement d'une cérémonie sacrée où l'on fit pour la première fois le grand geste d'enseignement et qui, déjà lointaine, reste toute imprégnée de ferveur, d'émotion et même de fierté ?

Et ne sera-t-il pas doux de feuilleter un soir le livre de sa vie, d'y retrouver le parfum des fleurs séchées et de se laisser distraire par les belles images et les enluminures ?

Laissons cette mélancolie et saisissons l'occasion, précieuse entre toutes, de faire un examen de conscience, un acte de gratitude et une profession de foi.

***

Lorsque je fus nommé, il y a huit ans, Professeur de thérapeutique, j'étais un peu, comme disait sans irrévérence mon ami le Professeur Carnot, un thérapeute d'acquêt.

J'ai conscience d'avoir pris ma tâche à cœur et de m'en être acquitté de toute mon âme et de toutes mes forces. Je souhaite de n'en avoir pas trop terni l'éclat. Pour infuser aux étudiants l'amour d'une thérapeutique vivante, je me suis efforcé de l'expliquer, d'en indiquer les directives et d'en faire goûter les attraits, d'en montrer surtout les relations avec toute la médecine, depuis la séméiologie et l'anatomie pathologique jusqu'à la physiologie et à la physicochimie.

Je savais quelle attention et quel scrupule on doit apporter à l'expérience qu'on accomplit, au fait que l'on avance, à la parole qu'on prononce.

Je voudrais avoir l'assurance que je n'ai pas abusé des hypothèses, que mon ingéniosité, si j'en eus, fut tempérée de prudence, et que ma ténacité ne fut jamais de l'entêtement.

C'est aussi, Messieurs, un acte de gratitude à l'égard de ceux qui furent les artisans de mon élection.

J'ai plaisir à vous voir à mes côtés, mon cher Doyen, et je vous garde une grande reconnaissance de votre amical appui. Il est vrai que nos relations remontent à l'époque où, dans le laboratoire de Pierre-Marie, j'ai pressenti votre accession prochaine à la chaire d'anatomie pathologique. Et ce n'est pas d'hier. Voici deux ans que par un vote enthousiaste et unanime vous avez pris dans vos mains fermes et habiles les rènes du Décanat. Nous ne saurions trop nous en féliciter, car vous avez apporté un esprit de décision, d'organisation, de création peu commun à ce grand œuvre, qui n'est pas au-dessus de vos forces, de rénover notre Faculté.

Vous encore, M. Brault, qui depuis vos travaux sur les néphrites et sur les tumeurs, jusqu'à votre dernier et beau livre, avez tenu à conserver comme collaborateur et presque comme confident, votre externe de 1898, votre interne de 1900, et qui voulez bien l'assister aujourd'hui encore dans cette Maison où le souvenir illustre de Chauffard et d'Hanot vous rappelle des heures à la fois fécondes et douloureuses.

Vous enfin, M. Achard, dont le nom forme avec le mien comme une raison sociale presque aussi solide que mon affection et dont les cliniques médicales si fines, si fondues, si savantes, sont des modèles de science et d'observation que je voudrais pouvoir imiter.

Et je m'adresse à vous, mes amis, mes élèves, dont beaucoup sont déjà des Maîtres, à tous, collaborateurs et collaboratrices qui m'avez aidé, avec autant de dévouement affectueux que de conscience et de labeur.

J'ai la joie de vous conserver près de moi. Vous serez les rouages indispensables d'un enseignement que je voudrais digne de celui de mes prédécesseurs.

***

Le passage d'une chaire de Thérapeutique à une chaire de Clinique est chose bien naturelle.

L'exemple fut donné par Trousseau, par Hayem, par Gilbert et par Carnot, et vous avouerez qu'il est illustre.

La Thérapeutique n'est-elle pas indissolublement unie à la Clinique, et peut-on jamais demander au thérapeute d'hier de divorcer d'avec ses premières amours ?

L'occasion lui sera d'ailleurs offerte chaque jour d'appliquer à sa nouvelle tâche une partie des enseignements et des préceptes de la veille, et de donner à la Clinique son complément nécessaire et son but : le traitement du malade ou de la maladie.

J'en ai ici tous les moyens.

Je connaissais peu l'hôpital Saint-Antoine, quand j'ai pris il y a quelques mois, possession de mon poste.

Je voyais dans mes souvenirs un bâtiment assez terne, un peu gris, de construction relativement moderne, au milieu d'un quartier actif, grouillant, bruyant, que sillonnent des tramways au rythme sonore et qu'encombrent des camions et des voitures. Au jour lointain déjà que je préparais ma leçon de thérapeutique et recherchais les vieilles officines, les enseignes suggestives et les pierres évocatrices, j'avais, le guide à la main, parcouru le quartier de la Bastille.

Partout, à toutes les portes, les souvenirs historiques m'assaillaient. Là-bas, vers la rue de Bellefond, c'est Mirabeau qui sort de chez Sophie ; Méhul qui déclame le chant du départ ; Beaumarchais, qui rentre chez lui en rasant les murs.

La Bastille : Turenne et Condé ; le coup de canon de la dame

au grand chapeau. Tout le 14 juillet se rue dans ma mémoire. Mon ami Robespierre, comme disait Henri Béraud, après avoir garni une nouvelle charrette, vient faire sa cour idyllique à la fille de Duplay.

Et là-bas, perdue dans la banlieue, la grande route de Vincennes sur laquelle Louis XIV enfant, roula vers la province, puis Barras et le ventripotent Louis XVIII, se hâtèrent chacun à son tour vers Gros-Bois.

J'en étais là de mes réflexions lorsque, au milieu de barricades de meubles, de caisses de bananes et d'oranges, d'étalages de fromages et de lard salé, de Crainquebilles criant la volaille et de nombreux bistros, le portail de l'Hôpital surgit devant moi, un peu sévère et sans charme, mais noble et respectable, apaisant si l'on peut dire, et bien fait pour ce faubourg, pour cette population libre, un peu criarde, qui avait acclamé Santerre et qui acclame encore les cortèges du Premier Mai et où, comme le dit justement André Mesureur, « le modeste ouvrier, blessé ou malade, se sent encore chez lui. »

De grands espaces, des arbres correctement plantés y conservent le plan général de l'Hôpital Antoine confié à Claveran et à Lenoir par la Convention.

Mais ce n'est plus la douce abbaye de Saint-Antoine-des-Champs dont le vieil ermite avait de quelques cailloux désigné l'emplacement aux cardinaux ébahis. Une relique en pierre du XVIIe évoque seule les nobles abbesses du passé, qui se promenaient dignement au milieu de leurs sœurs depuis sœur Théophanie jusqu'à Charlotte de Beauvon Craon.

La vieille maison a perdu son parfum de piété. L'Assistance s'est séparée des Sœurs de Sainte-Marthe comme la Convention s'était libérée des abbesses. Mais elle fait œuvre bienfaisante. Elle soigne au lieu de cloîtrer. Et la longue théorie de gens un peu honteux qui s'acheminent vers la consultation du soir, femmes aux cheveux déteints, hémiplégiques précoces, venus chercher au dispensaire une piqûre secourable ou un mot d'apaisement, maintient à cet hôpital une partie de sa destination première : les Repenties.

Il m'a fallu plusieurs concours pour apprécier l'activité d'une Clinique qui traite aujourd'hui des centaines de malades, et qui est de plus en plus féconde en types intéressants. L'ayant presque enviée j'ai quelque satisfaction à en être titulaire. Grâce à la générosité de M. Moïana, auquel je souhaite de nombreux imitateurs, cette clinique a pris son autonomie, elle s'est développée, agrandie et enrichie de laboratoires comme on en voit peu à Paris.

Et elle est à point je crois pour un travail producteur digne de notre grande Faculté.

Tout ce qui peut rappeler encore la « Savane » d'autrefois, les horizons tristes, les portes branlantes et les pierres fendues, tout cela va disparaître. Je remercie notre Directeur d'avoir si bien compris mes désirs et d'avoir tout fait pour les satisfaire.

Mais la bonne volonté ne suffit pas et nous savons par ce temps de crise quelles en sont rapidement les limites. Aussi ne demandé-je pas partout des arbres et des fleurs mais seulement un peu de fraîcheur et de gaieté. Nos malades souffrent et meurent comme les autres. Ils aiment ce qui charme les regards et adoucit les inquiétudes.

Je voudrais surtout qu'on tînt haut et ferme non seulement le drapeau à l'insigne charitable de l'Assistance, mais aussi celui à l'insigne savante et que le monde regarde, de notre Faculté.

L'entente parfaite de notre Directeur général, M. Mourier, et de notre Doyen, me donne à la fois conscience et espoir que mon rêve, un jour, peut être réalisé.

* *

Le premier titulaire de cette Clinique, et qui peut-être fit le plus pour son développement, fut le Professeur Georges Hayem.

Venu de la Thérapeutique, il était déjà chef de service à Saint-Antoine, lorsqu'en 1893 il prit possession de la chaire de la Faculté.

De petite taille, le front haut, l'œil abrité par des sourcils fortement dessinés, le nez assez busqué, une abondante chevelure et une barbe frisée lui donnaient assez l'allure d'un personnage de Munkaksy. L'abord était froid, quelque peu distant, et le regard, abrité par les verres, avait sous le cercle d'or je ne sais quoi d'impressionnant.

Peu mondain, assez timide, silencieux et réservé, il passait déjà en salle de garde pour un travailleur acharné et patient. Il aimait le labeur solitaire et revenait le soir colorer ses lames, regarder ses coupes ou préparer ses leçons.

Son goût prononcé pour l'histologie ne fut pas exclusif.

Avec l'aide de ses chefs de laboratoire, de son élève fidèle Winter, de ses chefs de clinique Parmentier, Lion, Rivet, Bensaude, il produisit une œuvre variée et considérable.

Tout d'abord il sut reconnaître dans le sang des animaux et de l'homme cet élément curieux, mobile, constant, qu'il appela de façon suggestive hématoblaste et qui, après une éclipse passagère, a repris, sous le nom de plaquette ou de globulin, une place importante parmi les éléments du sang.

Il étudia la sialophagie, la stase de l'estomac, l'ulcère et les gastrites. Ses études microscopiques et ses préparations sur ces dernières maladies sont si suggestives que, depuis 40 ans et jusqu'aux travaux de Moutier, nous y avons tous fait appel et les avons reproduites à l'envi.

Il proposa une méthode de dosage chlorométrique dont la complexité nous rebute un peu parfois mais dont l'exactitude n'est pas discutable. Il suivit avec une minutie qu'on a jugé excessive la courbe de la sécrétion gastrique; il en a fixé les variations horaires. Il savait — et il avait grandement raison — que la chimie mesure le fonctionnement sécrétoire de l'organe comme la radiologie mesure sa motricité, et la cytologie ses lésions.

Ce qui me frappe le plus dans cette œuvre, c'est le souci constant de donner au trouble de la fonction un substratum anatomique. Pour Hayem, visible ou latente, la lésion est nécessaire, indispensable, fatale. Affirmation peut-être excessive, espérance souvent déçue mais à laquelle les examens scopiques actuels semblent donner raison ! Il la recherche partout cette lésion, dans le sang comme dans le cerveau, dans le myocarde des typhiques comme dans la muqueuse de l'estomac. Et il la trouve souvent.

Je l'entends encore, dans une conversation que nous eûmes en 1912 sur le cytodiagnostic de l'estomac, qui fut la première méthode clinique d'investigation anatomique, me remercier d'apporter un nouveau document à l'appui de ses conceptions des gastrites atténuées et évoquer les recherches de Marini et de Boas qui confirmaient les nôtres.

Hayem fut en gastro-pathologie l'apôtre de la médecine anatomoclinique, toutes proportions gardées, comme le fut Charcot pour le système nerveux.

On ne lui rendit pas toujours justice et par un curieux paradoxe il fut abondamment pillé. Il avait rarement fait une concession et il n'eut aucune complaisance. Lorsqu'il disparut, adouci par l'âge, il ne marquait plus de récrimination ni d'aigreur vis-à-vis de ses collègues. Son caractère un peu rude eut sa noblesse. Sa vie fut pleine de dignité sinon de douceur, et son œuvre est solide, de belle tenue et pleine de probité scientifique.

Ce fut Chauffard qui lui succéda. Chauffard dont le nom seul illustre l'humorisme moderne, avec le sens si souple et si aigu de la clinique et la flamme séduisante de l'hypothèse heureuse.

La chaire de Saint-Antoine peut s'enorgueillir d'avoir appartenu pour un temps que beaucoup d'entre vous ont connu à celui que Marcel Labbé appelait justement un grand seigneur de la médecine.

Chauffard fut mon premier Maître, il y a bientôt 40 ans, à Broussais. Avec de Massary, Ardouin, Ravaut, nous le suivions dans sa visite avec une attention presque religieuse. Quoique jeune agrégé, il était déjà célèbre, et sa réputation d'éloquence n'était point surfaite. Dans des concours qui furent du premier coup des triomphes, dans des conférences qui restent les modèles du genre, l'éclat de son intelligence et l'élévation de ses conceptions s'étaient à tous manifestés. Il était à peine plus âgé que ses élèves. Sa lèvre ombrée d'une fine moustache blonde surmontait un menton volontaire. Mais son sourire n'était pas sans ironie.

Il tenait certes de son père, qui fut professeur de pathologie générale et de son grand-père qui faillit, lui aussi, entrer à la Faculté, le goût de la synthèse et des idées générales. Il avait le mépris du mesquin. Il savait trouver le fait précis et suggestif, et possédait à la fois la rigueur scientifique, le bon sens et la clarté.

Il sut utiliser les ressources naissantes de la biochimie, mais il eut le mérite de ne point s'écarter de la Clinique ni laisser distraire, entraîner ou captiver, par des formules ou par des équations.

Pathogéniste, il étudia passionnément le mécanisme et les causes des maladies. Il a marqué toute son œuvre d'une ardeur, d'une conviction en même temps que d'une originalité bien personnelle. Et nul n'a su marier plus habilement le solidisme et l'humorisme de ses prédécesseurs.

Grand clinicien, Chauffard fit avec Hanot d'admirables études des hépatites et des cirrhoses, du diabète bronzé et des ascites, mais il en fouilla la pathogénie plus encore que les symptômes. Sa conception des hépatites est étiologique et évolutive, très proche de celle de Brault sur les néphrites.

Dans l'insuffisance du foie, le syndrome humoral l'intéresse autant que la séméiologie; dans le kyste hydatique, les accidents toxiques et infectieux plus encore que le flot transabdominal.

Lorsqu'il aborde cet ictère spécial auquel il donne le nom d'hémolytique, il y voit la conséquence de la fragilité globulaire.

Il entrevoit dès lors le rôle de la rate qui était avant lui peu connu. Après l'ictère hémolytique il crée les hépatites d'origine splénique.

Et il étudie lumineusement la lithiase biliaire et la cholestérinémie. Ce qu'il avance sur ce sujet est neuf et définitif et nous vivons aujourd'hui sous son signe. Sans lui le métabolisme de la cholestérine, sa formation, sa destruction, son dosage même seraient encore inconnus.

Chauffard quitta la Clinique en 1925 sans bruit et sans aucune manifestation. Il s'éteignit huit ans plus tard sans qu'on l'ait su vraiment malade : la tête un peu plus blanche, le dos un peu plus voûté, la démarche un peu plus nonchalante mais avec la même correction de l'accueil, la même vivacité du regard, la même présence de l'esprit. Il avait été un prodigieux animateur.

J'ai gardé de l'enseignement de Chauffard, dont je ne saisissais peut-être pas à mes débuts toutes les finesses, l'impression d'une grande lumière projetée sur l'horizon médical, d'une éloquence naturelle, aiguë, directe, harmonieuse, souple et d'un alliage parfait de toutes les qualités maîtresses de l'homme et du médecin.

Bezançon vint à Saint-Antoine en 1925. Il y fit tout de suite grande figure. Ainsi qu'il est naturel, il tourna ses regards vers les maladies du poumon. Bactériologiste de carrière il garda sa sympathie aux microbes et à la tuberculose et sut dans son service spécialisé, mettre en application ses connaissances profondes des lésions pulmonaires et de leurs réactions. Ses beaux travaux d'hématologie auraient suffi pour le désigner déjà à la succession de Hayem : ses recherches sur les humeurs et la sensibilisation, sur la goutte et les rhumatismes, en faisaient aussi le digne continuateur de Chauffard.

Mais trois séries d'études primordiales le classent parmi les Maîtres de la Pneumologie : les formes de la tuberculose pulmonaire, l'anatomie pathologique et l'étiologie de la gangrène, l'étude clinique et pathogénique de l'asthme.

Mon ami Fernand Bezançon n'appartient pas encore à l'histoire et je n'oserais, sans blesser sa modestie, dire trop haut ce que tout le monde pense de lui. Qu'il soit surtout remercié d'avoir recueilli à l'hôpital Laennec l'enseignement de la tuberculose auquel Léon Bernard avait présidé pendant plusieurs années.

Je ne doute pas que son esprit novateur, son sens clinique aiguisé, sa connaissance si pénétrante du microbe et du terrain, du mécanisme même des réactions morbides, puisse avoir sur la Phtisiologie la plus heureuse influence. Je doute moins encore que son activité féconde, son enthousiasme communicatif et son aménité charmante, son enseignement scintillant et paré puissent retrouver à Laennec le même accueil sympathique et les mêmes applaudissements que ceux qu'il recueillit hier à Saint-Antoine et jadis à Boucicaut.

* * *

Oserais-je dire qu'en regardant côte à côte ces trois Maîtres, je crois voir en un groupe symbolique les trois tendances de la Clinique : anatomique, humorale et biologique, celles en quoi se résument toutes les théories et tous les systèmes, et que nous retrouvons sous des noms divers à toutes les étapes de l'histoire.

La Clinique est aussi vieille que la Médecine et elle est née d'observations éparses et accidentelles. Elle enregistra d'abord le fait, mais elle fut tout d'abord un ramassis d'impressions. Aussi ne nous étonnerons-nous pas qu'on ait si longtemps discuté ses titres ou son caractère.

Est-il besoin de répéter qu'elle est un art et une science : un art par la variété des faits qu'elle observe et par l'impression qu'on en éprouve : une science par la méthode qu'elle apporte à ses observations et la rigueur qu'elle impose à ses déductions. Personne ne lui refuse actuellement l'une et l'autre de ces qualités. Et je m'en voudrais, après les beaux et solides plaidoyers de Achard et de Sergent, de rouvrir un débat qui me semble épuisé.

On ne peut nier pourtant qu'elle fut art avant d'être science, sentiment avant d'être logique et philosophie avant d'être physiologie.

Plutôt que de constater le fait, de le disséquer patiemment et scrupuleusement, nos ancêtres le regardaient d'abord avec la lunette de leurs théories. Il fallait qu'un cas nouveau répondît au type prévu, et qu'il entrât même de force dans une case toute préparée. Personne ne nous a transmis les confidences d'Esculape à Télesphore, mais chacun sait qu'Hippocrate le Grand dans son officine n'était sobre ni d'hypothèses ni de théories.

Longtemps on codifia avant de connaître et l'on fit des lois générales avant de savoir le détail. Le strictum et le laxum, l'asthénie et la sthénie, l'excitabilité et la congestion, l'herpétisme et l'arthritisme sont autant de châteaux de cartes qui s'effondrèrent successivement. On peut y retrouver certes un peu de nos conceptions modernes. Auguste Lumière voit dans le choc des atomes triangulaires l'annonce de la floculation ; l'arthritisme contient la précipitation, les humeurs acides de Sylvius Deleboe les variations de l'équilibre acide-base. On se proclame bien encore humoriste, solidiste et élémentologiste — il faut bien être quelque chose — mais on ne l'est plus comme au temps d'Hippocrate, de Fernel et même de Charles Robin.

La Clinique a subi l'influence de Vesale, d'Harvey et de Boerhaave. Elle s'est ressentie de leur haute conscience, de leur observation stricte et de leur sage réserve.

Elle ne veut pas, ou elle ne veut plus, de ces vastes synthèses, souvent énormes mais superficielles et qui tentent de lier les hommes et d'englober des siècles : elle s'inquiète de l'instant, comme disait Chesterton, et c'est déjà bien suffisant.

Et dans cet instant, trois esprits ont suffi à édifier solidement ses assises : Laennec qui sut si parfaitement rapprocher les symptômes des lésions ; Claude Bernard qui assimila les réactions morbides aux réactions physiologiques; et Duchenne qui montra la richesse insoupçonnée d'une séméiologie pénétrante et raffinée.

Notre tâche est malgré tout fort ardue car le terrain humain est mobile et les variations pathologiques infinies.

Et nos sens, comme disait Montaigne, sont capables de nous piper grandement.

Mais nous avons la Raison, et cette Raison, j'en demande pardon à l'auteur des Essais « si torte, boiteuse et deshanchée », sait pourtant reconnaître l'erreur d'avec la vérité.

* * *

Le propre du Clinicien, c'est l'observation. Les théories ne doivent venir qu'après. Empirisme, si l'on veut ! Mais qui ne mérite pas plus le dédain que l'éloge ou l'enthousiasme. L'em-

pirisme au surplus reste une étape et non une doctrine. L'analyse commence, après quoi, par des réflexes plus ou moins rapides et des associations plus ou moins compliquées, on tente la généralisation ou la synthèse. Et chacun accomplit sa tâche le mieux qu'il peut, avec son tempérament, ses qualités et il faut bien le dire, ses défauts ; et nous différons bien les uns des autres.

Il y a le méthodique qui retourne son malade en tous sens et suivant un plan bien établi, explore systématiquement tous les territoires et tous les appareils ; le laborieux qui travaille une maladie comme un théorème et qui attend patiemment la conclusion de son enquête ; l'intuitif qui va droit au signe capital, assemble en un clin d'œil un faisceau de symptômes et retourne le diagnostic comme la carte maîtresse du jeu.

Qui n'a connu le clinicien loquace qui n'épargne à son auditoire aucune de ses pensées, qui l'associe à ses réflexions et qui raisonne à découvert ; le solennel qui, impassible et correct, accomplit sa mission comme un sacerdoce et prononce son diagnostic comme un arrêt ?

Qui n'a connu le chasseur qui le nez en avant, le lorgnon sur le nez, flaire son malade en connaisseur ; le dilettante dont le visage frémit d'enthousiasme au beau cas qu'il escompte et l'artiste qui fait affluer ses souvenirs comme autant d'oiseaux au vol sûr et ordonné, qui brosse le fond du tableau, l'aère et l'agrémente, en assemble les couleurs et en force les oppositions, et qui jette tout d'un coup une grande lumière sur le personnage principal ?

Ne voyez dans ces esquisses, Messieurs, aucune critique, à plus forte raison aucune caricature. Un examen peut garder sa rigueur en se parant de séduction ; « Ars una, species mille ». Mais quelle que soit la manière, il faut se garder d'impressions trop rapides et se méfier des mirages. La méthode doit brider la fantaisie et la sagesse l'intuition. Le flair dont on parle toujours n'est pas seulement ce don mystérieux et divin qu'admire le public. C'est aussi un éclair de ce que l'on a vu et de ce que l'on a appris et une comparaison instantanée avec ce que l'on voit.

Il ne serait donc qu'un jeu, et dangereux, s'il ne se fortifiait d'une instruction solide. Les classiques n'ont pas démérité : il faut les lire. Des travaux récents ont pu modifier un groupement symptomatique ou en créer de nouveaux, il faut les connaître. L'examen ne peut être fructueux que si l'on est solidement armé pour l'entreprendre.

L'interrogatoire en représente la première étape. Etape souvent difficile parce qu'elle peut être faussée à la fois par le malade et par le médecin et qu'elle dépend de l'impartialité de l'un autant que de la sincérité de l'autre. Pour qu'une question soit valable il ne faut pas qu'elle soit tendancieuse et pour qu'une réponse soit utile, il faut qu'elle soit sincère.

Ensuite il faut voir, et, pour bien voir, regarder avec attention, passer une revue complète du sujet ; rechercher les taches ou les tares ; pénétrer au cœur du symptôme et le dépouiller ; en fixer le début, l'étendue, la durée, les conditions d'apparition et les réactions connexes.

Il n'est pas toujours aisé dans un conflit de seméiologie de reconnaître l'axe central, de situer le signe cardinal, de juger ce qui émerge et d'estomper les satellites.

Certaines études cliniques restent imprécises et confuses parce qu'elles manquent de cette pénétration qui leur doit donner la personnalité sinon la spécificité.

La description de la pneumonie et de la pleurésie est confuse chez Hippocrate. Elle devient frappante chez Laennec. Et l'ataxie ou l'atrophie musculaire sortent des études de Duchenne en dessins francs et indélébiles.

D'ailleurs, la clinique est une mine inépuisable, et l'on peut toujours y trouver de la nouveauté. Le catalogue de la pathologie s'accroît chaque jour de nombreux suppléments et doit être tenu au courant.

S'il est un peu ridicule et humiliant de découvrir ce qui a été déjà découvert, ou de ne le point reconnaître, il faut s'efforcer soi-même de découvrir quelque chose.

Or, il est en médecine des cas vraiment privilégiés qu'on ne retrouvera plus et qui portent en eux comme un stigmate. On les doit distinguer des autres, en saisir la nouveauté et les arrêter au passage. Ainsi fit Charcot pour certaines maladies nerveuses : Fournier pour la syphilis héréditaire, Pierre Marie pour l'acromégalie, Parry pour le goitre exophtalmique, d'autres pour la tuberculose des surrénales, pour le diabète bronzé ou l'ostéose parathyroïdienne. Le hasard leur apportait un fait nouveau, l'intuition leur en faisait pressentir la valeur ; il leur a suffi d'un peu de patience et de beaucoup de persévérance pour en établir les relations probables ou certaines.

A ces qualités d'observation, de sélection, d'association, d'éducation, d'intuition, j'en ajouterai encore une : l'ingéniosité. Le Clinicien doit être ingénieux, et parfaire son instrument et sa technique.

Auenbrugger a fait la percussion ; Laennec l'auscultation ; Argyll trouva le signe de la pupille, Babinski le réflexe des orteils, Widal la séro-réaction, Claude et Balthazard le radiodiagnostic et Achard l'exploration rénale.

Il n'y a progrès en clinique, a-t-on justement dit, que par la découverte d'un nouveau moyen de diagnostic.

Mais le Progrès est indéfini, ce qui nous donne à la fois espoir et humilité. Les moyens s'ajoutent aux moyens. Les procédés aux procédés. On n'atteint pas la perfection : on la poursuit.

* * *

On ne peut nier que nous disposons déjà de méthodes précises, de techniques délicates et d'un arsenal important.

La nécessité d'employer les unes et les autres a changé notre mentalité. Elle a mis un frein aux conclusions hâtives. Le clinicien est devenu plus rassis, plus patient, plus prudent : il procède par étapes et non par bond.

En médecine comme en art, ou en littérature ou en mécanique, il ne faut pas toujours cent ans pour faire un grand siècle. La période actuelle est un grand siècle de la médecine. Elle en marque l'ère scientifique. On sait quels en sont déjà les développements, et l'on a presque le vertige à se représenter ce qu'ils seront demain.

La Clinique a suivi le mouvement général. Elle s'est classée parmi les sciences aussi bien que la Biologie ou la Physiologie. Mais elle en a éprouvé tant de fierté, je dirais presque tant d'orgueil, elle s'en est à ce point grisée qu'elle a relégué le vieux sens clinique au magasin des accessoires.

Est-il besoin de dépenser tant de subtilité dans un interrogatoire ou dans un examen, de multiplier les discussions et les distinctions, quand le séro-diagnostic ou l'hémoculture en un tournemain vous révèle et vous affirme une maladie ?

N'est-il pas un peu oiseux de palabrer sur un état urémique quand le dosage de l'urée, si facile, vous apporte à lui seul un diagnostic et un pronostic ? Pourquoi palper, percuter, ausculter, quand la radiologie vous localise si aisément une caverne et vous en indique si sûrement les limites ?

De là à supprimer l'examen clinique il n'y a qu'un pas et le pas est vite franchi.

Une telle tendance me semble bien pernicieuse. Non pas seulement parce qu'elle enlève à la médecine une grande partie de son charme, mais parce qu'elle ne fait plus aucun cas de l'intelligence humaine.

Quelque parfaite que puisse être une méthode nouvelle, elle n'éclipse pas les autres. Elle se place à leurs côtés et leur vient en aide, tout simplement.

On montrait récemment à Londres, à une exposition médicale, une machine curieuse où, connaissant l'âge et le sexe d'un sujet, on lui donnait pour cinquante centimes, sur un petit ticket précieux, son poids, sa ration calorique et son régime alimentaire.

J'attends la machine à diagnostiquer, et j'en admire d'avance l'ingéniosité, mais je me méfie de ses résultats.

La rigueur scientifique n'y serait sans doute qu'apparente. Et les conclusions seraient faussées par leur rigidité même. D'ailleurs la rigueur scientifique ne vient-elle pas moins de la multiplicité ou de la perfection des méthodes que de la manière dont le cerveau humain sait les employer et les combiner ? Aussi le clinicien m'apparaît-il comme un chef qui oriente les recherches, distribue à chacun sa place et son rôle.

Connaissant la valeur de ses troupes il en déclenche les attaques suivant les circonstances et suivant le moment. Et

ne mets dans son rôle, croyez-le bien, aucun caractère dictatorial ou militaire.

Aucune machine ne peut avoir comme l'esprit de l'homme, l'à-propos ni la souplesse : l'à-propos qui choisit les méthodes et la souplesse qui les accommode et les apprécie.

Et ce n'est pas le moindre mérite de notre École Française de rester fidèle aux vieux principes, de faire passer l'observation avant le calcul et l'effort avant la mécanique.

***

Permettez-moi d'envisager sous un autre angle encore le caractère intellectuel de notre tâche. Il ne s'agit pas ici de l'étude du symptôme ou de la discussion du diagnostic, mais bien de la genèse des signes, du mécanisme des réactions et du classement nosologique des types morbides.

C'est dans cette étude que le caractère intellectuel s'accuse, se développe et s'épanouit.

La Clinique resterait assez terre à terre, je dirais même qu'elle resterait primaire, si elle ne se haussait à l'explication, car de cette explication dépendent la connaissance de la maladie, ce qui intéresse le médecin et aussi la prescription du traitement, ce qui intéresse le malade.

Souvent, dans l'enchaînement des phénomènes, dans la constance d'une réaction, dans la prédominance d'une substance chimique, le responsabilité s'affirme d'une glande ou d'un organe, d'un microbe ou d'un poison.

On voit en clinique des expériences savantes, et qui sont au premier chef la science même puisqu'elles sont, comme le disait Widal, la science de l'homme, la plus belle et la plus émouvante qui soit.

C'est de ces expériences spontanées mais frappantes que naît l'Idée, l'idée qui s'imposera demain aussi bien au physiologiste qu'au clinicien pour détecter le cas semblable ou pour le reproduire.

Dieu sait combien de fois on a rapproché, comparé la médecine expérimentale et la médecine clinique, et pour conclure bien souvent à la supériorité de la première sur la seconde.

On peut dire, ce me semble, que la clinique cherche la graine — ce qui n'est pas facile — alors que la médecine expérimentale n'a bien souvent qu'à la faire germer à son gré.

Vous admettrez qu'il faut plus de perspicacité encore dans la première que dans la seconde. Et il y faut autant de rigueur. Et je ne vois pas notre infériorité.

Accumuler les faits pour donner des idées, pour faire jaillir l'hypothèse, telle est l'œuvre du Clinicien, œuvre à la vérité séduisante et grandiose mais qui ne manque ni de tentations ni d'écueils, ni de déceptions.

Je sais que beaucoup d'hypothèses sont éphémères. Comme certaines visions séduisantes mais fugitives elles s'évanouissent dès qu'on veut les saisir ou les fixer.

Mais il en est de géniales. C'est par une hypothèse que Fracastor, avant Hameau et avant Pasteur, a pressenti la contagion ; c'est pas une hypothèse que Lansteiner saisit l'influence du froid sur l'hémoglobinurie paroxystique ; c'est par une hypothèse que Fournier rechercha l'origine syphilitique du tabès.

L'hypothèse n'est donc pas toujours ce rêve que l'on fait, l'œil aux nues et le doigt posé sur la tempe, comme on attend la chanson des rimes ou la musique des notes. Elle peut être une méditation profonde, pleine de conscience et de critique, sur la relation et la genèse d'un fait bien observé.

Quelle joie ne suscite-t-elle pas quand elle grandit, accuse les reliefs et éclaire les détails !

Il est bien tentant de construire sa cabane sous le toit d'une belle idée, mais il faut comme le dit un de nos plus charmants écrivains, Tristan Derème, que la cabane soit solide et à l'abri des ouragans, car l'ouragan fera voler les balivernes comme il fait voler le chaume de nos toits.

***

La maladie est naturelle à l'homme autant que la santé. Nous devons admettre l'une comme l'autre. Le malheur est que nous ne les comprenons guère. Tout juste pouvons-nous ébaucher des définitions. Vous connaissez celle de la maladie donnée jadis par Rindfleisch. Je ne l'aime guère. « La maladie « est cet état anormal de notre corps qui se traduit par des « troubles que nous appelons morbides. »

Et voilà presque le pendant de votre fille est muette.

Peut-être serait-il plus expressif et moins moliéresque de dire : la maladie est un ensemble de réactions insolites, provoquées par des agressions mécaniques, toxiques ou microbiennes et accompagnées de bouleversements cellulaires et humoraux plus ou moins définitifs ou durables et parfois mortels.

Que l'agression se fasse sentir sur le système nerveux, les vaisseaux, les muscles, les organes ou les sécrétions, elle emprunte les voies de la physiologie. La maladie, a fort bien dit Claude Bernard, n'est que l'exagération des réactions physiologiques. Peut-être eut-il dû dire : l'exagération *habituelle* des réactions *connues*, car la maladie fait des insuffisances et des déviations aussi bien que des exagérations : les modalités qu'elle peut affecter peuvent être tout à fait nouvelles et souvent insolites.

Ce que les anciens appelaient l'Archée, le Blas, cet invisible Roi, dirait Wels, qui préside au fonctionnement des organes, en règle les sécrétions, en maintient les échanges et l'équilibre; qui permet à la thyroïde et à la surrénale, à la parathyroïde et à l'hypophyse de faire avec l'iode, les acides aminés, la sécrétion spécifique de l'organe; avec les stérines, la folliculine et l'hormone mâle; qui maintient même les caractères morphologiques de l'être, et peut-être fixe son hérédité, qui lui confère des qualités ou des défauts, modifie même son intelligence, aiguise ses sentiments, suscite son enthousiasme, produit chez lui le calme ou enfante la colère, perd dans la maladie son orientation normale et ses commandes.

L'absence de ces sécrétions glandulaires, comme celle des vitamines, des catalyseurs, des ferments rompt l'équilibre humoral et nerveux et entraîne fatalement des troubles immédiats, constants, précis, et quasi-spécifiques.

La maladie de l'organe se résume à la lésion cellulaire, et aux troubles de la sécrétion qu'elle commande ; la maladie des humeurs à l'apport de substances anormales ou au déséquilibre des constituants normaux.

Les deux réactions se développent parallèlement ou successivement, mais elles sont contingentes ; bien plus, elles se commandent et je ne crois pas que l'on puisse, sans réduire le problème à une discussion oiseuse ou purement philosophique, se déclarer totalement solidiste ou humoriste.

Les maladies même les plus localisées en apparence s'illustrent de symptômes généraux qui sont autant de satellites autour de l'axe central. *Il n'y a pas de maladies locales.*

Ulcère de l'estomac ou entérite, insuffisance du foie ou du rein, maladie infectieuse ou toxique, la symptomatologie résulte toujours d'une série de répercussions infinies et de déclenchements successifs où tous les tissus et organes entrent en jeu avec leurs défaillances ou leurs exaspérations.

Et s'il y a sous certains symptômes un facteur d'acidose ou d'alcalose, d'hypercalcémie ou d'urémie, d'imprégnation nerveuse ou vasculaire, qui ne voit que l'élément toxique y occupe la première place : que la toxicité en régit le plus grand nombre ou même qu'elle leur donne le jour.

***

Voulez-vous passer une rapide revue des maladies ? Vous y verrez presque toujours apparaître l'*agent chimique* et l'intoxication. Qu'il s'agisse de maladies mécaniques où la déficience du cœur enfante un peu partout des troubles circulatoires : de maladies d'organes dans lesquelles la symptomatologie varie avec le rôle et l'importance de l'organe touché ; de maladies de sensibilisation où le déclenchement est brutal, global, parce que le blocage est partout, comme la gelée dans les canaux ;

De maladies précipitantes et qui sont peut-être assez proches des précédentes, qui laissent dans les tissus et dans certains tissus, des dépôts cristallins ;

De maladies endocriniennes où l'insuffisance d'une sécré-

••

tion, son excès ou sa déviation, provoque des troubles de nutrition, de développement ou de morphologie :

De maladies par carence où la substance indispensable fait défaut et où la fixation des matériaux nutritifs est difficile ou impossible

De maladies infectieuses où les toxines du microbe et les lésions cellulaires qu'elles provoquent entraînent toute une série de troubles chimiques et de réactions symptomatiques ;

C'est toujours par des déclenchements chimiques successifs ou subintrants que se précipite la cascade de symptômes. Est-ce trop dire que l'*intoxication domine la pathologie* !

Qu'est-ce, en fait, qu'un toxique ? C'est d'abord une substance étrangère à l'organisme susceptible d'y produire des désordres ou la mort.

La définition de Claude Bernard est parfaite et justement classique, mais elle me paraît un peu restrictive et le Professeur Launoy, dans son beau et récent volume, n'est pas loin de partager mon opinion.

Le toxique, c'est encore une substance de notre organisme produite en excès ou sous une forme anormale. Il suffit de rappeler l'intoxication thyroïdienne, l'intoxication intestinale et l'intoxication urémique pour accepter cette définition élargie.

Substance exogène ou endogène, anormale ou excessive, le toxique exagère, transforme ou réduit les réactions normales ou il en produit d'insolites.

Il existe dans tous les états morbides au moins à un moment de leur évolution.

La théorie des humeurs peccantes n'était pas si ridicule. Et l'apparition d'un même symptôme dans des maladies pourtant différentes traduit sans doute l'intervention d'un même produit toxique ou son accroissement.

La vasodilatation, l'anémie, la fièvre, la cyanose, l'œdème, l'hyper ou l'hypotension, la tachycardie ou l'arythmie, la polyurie et l'hyperglycémie, la mydriase et le myosis, l'éternuement même et le bâillement, tout cela dérive d'actions électives, analogues, sinon identiques, directes ou indirectes, nerveuses ou organiques, mais toujours ou presque, chimiques et toxiques. Il en est de même du spasme et de l'atonie, des convulsions ou du sommeil, de l'asthme et du prurit, de la cholérèse et de la diarrhée, de la tétanie ou de l'atonie, de la sialorrhée ou de la sudation.

Dans le choc ne peut-on incriminer l'intervention d'un dérivé chimique spécifique, né de la brutale digestion des albumines, plus qu'un processus purement colloïdoclasique mystérieux ? Dans l'émotion ne voit-on pas que le système nerveux déclenche une intoxication complexe où se devine le trouble des humeurs, leur toxicité ou leur alcalinité ?

Dans l'intoxication alimentaire même et la plus banale, où je ne nie pas que joue l'anaphylaxie, ne faut-il pas faire intervenir un complexe lipoprotéique sur quoi a tant insisté Machebœuf, voire glucoprotéolipidique avec toutes les variantes qu'impose à sa constitution l'artifice culinaire et la cuisson. L'analogie est vraiment frappante de ces complexes alimentaires et des complexes microbiens qui créent les antigènes, les allergènes et les substances spécifiques ?

Partout, en pathologie comme en physiologie, dans la genèse d'un trouble comme dans l'entretien d'une fonction, un *produit spécifique est l'intermédiaire entre le processus morbide et la réaction constatée*, ici toxique et là hormone glandulaire. C'est toujours un produit chimique.

Une telle conception n'est certes pas nouvelle. Elle s'est seulement rajeunie. Bouchard, avec un génie auquel je me plais à rendre hommage, l'avait déjà énoncée. Ne recherchait-il pas déjà les substances toxiques dans les urines ; n'étudiait-il pas la réaction physiologique propre à chacune d'entre elles, et n'avait-il pas accoutumé de les désigner, sans plus, par leurs réactions principales : myotiques, mydriatiques, convulsives ou spasmogènes ? On a crié à l'hypothèse et à l'imprécision. C'était déjà quelque chose et en attendant mieux. Nous savons aujourd'hui que certains produits sont vagomimétriques et d'autres sympathicomimétiques ; que les uns agissent comme l'atropine ou comme l'adrénaline ; d'autres comme l'ésérine, la muscarine ou la pilocarpine ; d'autres comme la spartéine, la nicotine ou le curare. Et cette interprétation physiologique est déjà un assez gros progrès.

Chaque toxique a sa spécificité chimique et son tropisme déterminé. Né des microbes ou des cellules, des graisses, des protides ou des sucres ; acides gras, cétones et choline ; urée, ammoniaque et dérivés protéiques ; sucre et encore acide lactique, acide oxalique, chloroforme et aldéhyde ; il se dirige sûrement vers un organe ou vers un tissu : ici système nerveux ou vaisseaux, voire globule blanc ou globule rouge ; là intestin ou glandes, muscles ou tissu interstitiel ; il est électif pour une fonction, pour une sécrétion, pour une réaction. Et c'est un rien qui commande parfois ce tropisme et cette élection, un petit radical spécifique qui suffit à apparenter des toxiques différents et leur fait produire les mêmes troubles et les mêmes lésions.

C'est bien là qu'est le progrès : *la superposition de la réaction à la composition chimique.*

La connaissance des dérivés toxiques a donc fait des pas de géant depuis le jour où Gaspard, médecin de Saint-Étienne isolait des viandes un produit comparable au venin, où Selmi mettait en valeur une série d'alcaloïdes qu'il appelait ptomaïnes, et Armand Gautier les leucomaïnes, où Dupré et Bence Jones assimilaient ces corps à la quinoïdine. On commence à en entrevoir la genèse, on les isole ; on les dépouille et on les renforce ; on les prépare et on les reconstitue ; et on les éprouve.

Mais leur nombre est malheureusement infini et leur origine variée. Outre ceux qui sont contenus dans les aliments, plus ou moins dissimulés, parfois raffinés par les mélanges, il y a ceux qui viennent de la dislocation de ces aliments, de leur transformation ou de leur putréfaction ; il y a ceux aussi qui viennent du dysfonctionnement glandulaire, des altérations des cellules et des fonctions, du trouble métabolique des tissus. Je prononcerais volontiers le terme expressif mais un peu vulgaire de ricochet, parce qu'au toxique primitif s'ajoutent des toxiques nés successivement dans tous les organes des cellules altérées et du trouble de leur sécrétion.

Ignore-t-on qu'il suffit d'une combustion imparfaite du sucre pour faire de l'acide oxalique et de l'oxyde de carbone, d'une décarboxylation pour faire avec l'histidine et la tyrosine, substances nutritives et inoffensives, des corps dangereux, hypotoniques comme l'histamine, hypertoniques comme la tyramine ; qu'une méthylation ou une acétylation, de quoi l'organisme et même l'intestin semblent capables, peut décupler l'action d'une choline assez inoffensive, rendre diurétique un produit qui ne l'est pas, et hyperglycémique une guanidine qui l'est peu ? Et tous les polypeptides mal transformés par un foie malade, tous les imidazols mal éliminés par le rein ou la peau ne sont-ils pas, à des degrés divers, actifs sur les vaisseaux, les glandes, la peau et le système nerveux ?

Nous connaissons déjà bien des syndromes chimiques dans les maladies.

Les signes que Widal a eu le grand mérite de séparer dans les néphrites appartiennent à l'azotémie et à la chlorurémie. Il y en a d'autres qui dépendent des bases aminées, des polypeptides, des composés aromatiques et de l'acidité. Chacun sait que le diabète a deux syndromes l'un glucidique et l'autre cétonique ; ce ne sont pas les seuls. Pour les affections digestives, aussi bien hépatiques qu'intestinales, et pour toutes les autres, sanguines ou vasculaires, il faudra faire des distinctions analogues et sans doute infinies. Et notre besogne, pour séduisante qu'elle est, apparaît de plus en plus compliquée.

Le nombre des toxiques est tel qu'on reconnaît bien mal leur spécificité ; leurs symptômes s'additionnent et se confondent ; des interréactions se font qui créent des antagonismes, qui paralysent l'action de certaines substances ou excitent celle des autres, de sorte que le principal responsable reste souvent dissimulé.

Et le symptôme qui émerge et que nous distinguons atteste seulement la prédominance, je dirai presque la victoire, du produit chimique le plus actif sur les autres.

Me permettra-t-on cette conclusion qui est en même temps une conviction et un programme : le toxique commande le symptôme, le symptôme stigmatise le produit nocif. C'est ce

CHATEAU DE SURESNES

Fondé par le Docteur MAGNAN, O. ✱, Membre de l'Académie de Médecine

Maison de Santé, de Repos, de Régimes

10, Quai du Général Galliéni à SURESNES (Seine)



La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la porte de Paris sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillon dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source) etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon et d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

Hydrothérapie - Électrothérapie

Médecins : Dr FILLASSIER O. ✱ — Dr DURAND-SALADIN —:— NOTICE SUR DEMANDE —:— *Téléphone* : LONGCHAMP 12.88

LA PASSIFLORINE

uniquement composée **d'Extraits Végétaux ATOXIQUES**

Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha

est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES

ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE



Laboratoires C. RÉAUBOURG
2, Rue Boucicaut, PARIS (XV°)

que j'appellerai, si vous le voulez bien, la **spécificité chimique en séméiologie**.

***

Je m'excuse, Messieurs, de cette longue digression. Je ne crois pourtant pas qu'en la faisant je me sois beaucoup écarté de mon sujet. J'ai rapproché le plus que j'ai pu la chimie physiologique et pathologique. Il me semble avoir en même temps tendu un lien, et bien solide, entre la Clinique et la Thérapeutique.

Sans la Pharmacodynamie qui a fait depuis quelques années de si grands progrès, tant à l'étranger qu'en France, et qui est vraiment à la thérapeutique ce qu'est la physiologie à la médecine, il ne viendrait peut-être pas à l'esprit de chercher au symptôme une signification chimique comme on cherche à la drogue une réaction spécifique.

Une sorte de symétrie existe entre les deux techniques. Comme les toxiques qui circulent en notre économie, les drogues que nous prescrivons ont une activité élective sur tel ou tel élément nerveux, sur les muscles lisses ou sur les muscles striés, sur la sensibilité ou la rigidité et non sur d'autres. Comme eux les unes contractent, les autres relâchent, les unes excitent les sécrétions ou les inhibent, les unes illuminent le cerveau et les autres l'endorment.

Leur tropisme est donc souvent remarquablement électif.

Vous saisissez toute l'importance de cette constatation. Dans l'arsenal des médicaments, à un symptôme, à un trouble donné, doit correspondre un médicament antagoniste ou antidote.

Au cours de la maladie on donne le calcium aux alcalosiques, les alcalins aux acidosiques, l'adrénaline et l'atropine aux intoxiqués par l'histamine ; l'acétycholine dans l'hypertension ; les aromatiques dans l'insuffisance biliaire ; les nucléotides dans l'agranulocytose ; l'extrait hypophysaire dans la leiasthénie ; la parathyrine dans la tétanie.

Dans la convalescence, lorsque sonne l'heure de la reconstitution, on utilise des médicaments aliments ; on fournit du calcium aux os, de l'albumine aux muscles, du sucre au cœur et au foie. On fait appel aux biamines et aux produits endocriniens qui en permettront la fixation élective.

N'est-ce pas le cas de rappeler le mot de Bouchard, à savoir qu'il existe dans les organes une *idée directrice* qui joue un rôle dans leur réparation, comme il en joue un et capital, dans leur fonctionnement et leur entretien.

Tout cela élève singulièrement la clinique et la fait physiologique et chimique. Tout cela permet d'apporter à la thérapeutique des éléments de plus en plus précis de spécificité.

***

Messieurs les Etudiants,

Il est temps que je pense un peu maintenant à vous, à qui ce cours de Clinique est spécialement destiné.

Vous êtes jeunes et à peine évadés du P. C. N. Néophytes, vous revêtez pour la première fois la blouse d'hôpital. C'est une sorte de prise d'habit qui ne manque pas de solennité et qui doit vous amener à rentrer un peu en vous-mêmes.

Vous voilà dans ce milieu où vous a conduits l'exemple d'un père, le conseil d'un ami ou même une irrésistible vocation. Vous avez hâte de donner libre cours à votre activité, à votre goût de la recherche, à votre désir du succès, ce qui est légitime, et aussi à tout ce que vous sentez monter en vous d'altruisme, de charité et de dévouement, et qui est d'une essence plus élevée.

J'ai défini tout à l'heure les qualités du Clinicien idéal. Peut-être m'autoriserez-vous maintenant à préciser celles que je voudrais trouver en vous.

Ayez la la curiosité sans égarement, l'audace avec la pondération, la réserve sans timidité, l'enthousiasme avec la méfiance de vos premières impressions ; multipliez les examens cliniques pour accroître votre moisson de documents personnels. Faites plus encore le profit de vos erreurs que de vos diagnostics exacts, les unes sont plus instructives encore que les autres.

Lisez beaucoup. Ne lisez pas seulement les textes simples et abrégés, voire les conférences synthétiques que l'on vous distribue à l'envi. Lisez des livres, apprenez votre médecine et votre pathologie plus encore que vos concours d'externat ou d'internat. Conversez, comme nos pères, avec les « honnêtes gens de la médecine ».

La complexité d'un tel travail peut vous rebuter, mais aucune action humaine ne se fait sans effort et l'effort est bien ce qui la rend valable et qui représente la mesure même de l'être.

Rédigez minutieusement vos observations sans en oublier un détail et comparez ce que vous voyez à ce que vous avez appris. Fréquentez l'hôpital pour parfaire et apurer votre pathologie. C'est un grand champ de travail et d'expériences où vous trouverez la multitude éternellement bariolée de la maladie et de ses aspects.

Efforcez-vous de mettre tout en bonne place ; donnez la principale aux grands signes et aux petits l'accessoire ; réduisez de vous-même ce qui est négligeable et appesantissez-vous sur le capital.

Et n'abordez jamais un sujet avec un esprit préconçu qui est aussi nuisible à l'observation que le ver dans le fruit.

Je crois bien que c'est Descartes qui divisait les hommes en deux catégories : ceux qui font les découvertes et ceux qui savent seulement reconnaître ce qu'on leur a appris.

Soyez de ceux-ci si vous ne pouvez être encore de ceux-là. Ecoutez donc vos maîtres avec confiance, mais ne soyez pas crédules. N'acceptez pas aveuglément et sans réfléchir tout ce qu'ils vous disent. Gardez votre sens critique et développez votre personnalité. Puis-je ajouter : soignez votre langage.

Dieu sait quelles tortures nous lui avons infligées et de combien de mots inutiles ou mal forgés, de formules défectueuses, de néologismes et d'à peu près nous l'avons encombré. Rappelez-vous qu'un mot ne fait pas une découverte. Mettez de la vérité, de la vie, de la couleur, mais n'abusez pas des images.

Evitez les expressions triviales et la préciosité.

Soyez exacts, clairs et précis. Soyez Français !

Ne vous laissez pas prendre au mirage de la science ni niveler par l'exemple du voisin. N'abusez point, pour faire effet, de formules ou d'équations, dont on se sert trop d'ailleurs.

Le problème, comme dit André Maurois, n'est pas de changer de nature, de copier les méthodes, produits d'autres disciplines et d'autres tendances, mais de voir en quoi ces nourritures étrangères peuvent se transformer en notre propre substance. Restez Français !

Restez encore Français dans votre attitude et dans votre profession.

Ecoutez le malade sans fatigue alors même qu'il vous entretient un peu longuement de sa personne. Evitez le mot qui l'inquiète et trouvez celui qui lui donne la délicieuse impression d'être compris et plaint. Cherchez surtout celui où il peut trouver l'espoir, qu'il isolera dans sa mémoire et qu'il saura par cœur et pour toujours.

Votre race a la pénétration et la finesse, l'élégance et la souplesse. Elle a aussi le respect du malade et de la vie, la compréhension et la bonté.

C'est, je crois, Quintana, aux fêtes de Mistral, qui voyait une étoile au front des races latines.

Regardez-la cette étoile ; fixez-la de vos yeux grands ouverts. Et laissez vous guider par elle comme se sont laissé guider vos aînés.

Techniques des Explorations sucrées du Foie

Par Noël FIESSINGER et M. ALBEAUX-FERNET

Dans le métabolisme des sucres, le foie joue un rôle important.

Tout d'abord, il emmagasine les glucides que lui apporte la veine porte : il les fixe sous forme de glycogène ; et cette première fonction est la *glycopexie*

Le retour du glycogène à l'état de glucose, au fur et à mesure des besoins des tissus, est une deuxième fonction appelée : *glycogénolyse.*

Enfin, la combinaison du sucre hépatique à des conjugaisons destinées à éliminer plus facilement certains produits toxiques est la troisième fonction désignée sous le nom de *glycurono-conjugaison.*

Bien que certains procédés aient cherché à apprécier la glycogénèse, la plupart des méthodes étudient surtout la glycopexie : ce sont des méthodes de surmenage.

Ces méthodes d'exploration fonctionnelle du foie se heurtent en pratique à des difficultés considérables. Le métabolisme des glucides dans l'organisme est, en effet, très complexe.

Il débute par l'étape intestinale faite d'un acte physique qui est l'absorption et d'un act chimique : la transformation des amidons et des sucres en monosaccharides.

Puis ces monosaccharides affrontent l'étape hépatique. Or, celle-ci n'est pas purement hépatique, car le sucre au contact du foie n'est pas immédiatement absorbé : il circule et entre en contact avec les tissus.

Dans cette étape tissulaire interviennent : les tissus qui consomment et fixent le sucre et les glandes endocrines (pancréas au rôle hypoglycémiant, surrénale, thyroïde au rôle hyperglycémiant, pour ne citer que les plus connues de ces glandes), elles-mêmes soumises au pouvoir régulateur du système neuro-sympathique.

Enfin, si le sucre est en trop grande abondance, il lui reste à franchir l'étape rénale.

Afin d'éviter les causes d'erreur qui seraient dues à une déficience de transformationdes sucres en monosaccharides lors de l'étape intestinale, il est indispensable d'employer dans l'exploration fonctionnelle du foie un monosaccharide : glucose, lévulose ou galactose.

I. Exploration fonctionnelle du foie à l'aide du glucose

a) La première exploration est la technique proposée par Colrat, de Lyon, en 1875 ; elle consiste à faire absorber, en quinze minutes, à un sujet à jeun, une dose du glucose qui corresponde à 1 gr. 75 par kilog de poids. Le sujet ne doit pas manger dans les trois heures qui suivent l'ingestion. Dans les urines qui sont recueillies d'heure en heure pendant dix heures après l'ingestion, on recherche et on dose, s'il le faut, le sucre à la liqueur de Fehling.

Normalement, il n'y a pas de glycosurie ; celle-ci n'apparait que si le foie est en état de déficience.

Cette technique, extrêmement simple, présente malheureusement un inconvénient : elle n'explore pas que le foie, mais tous les organes qui participent au métabolisme des glucides.

On peut donc dire de l'épreuve de Colrat que : si elle est positive, le foie est certainement touché, mais que, si elle est négative, d'autres éléments tissulaires ou glandulaires étant capables de compenser cette déficience, peuvent fausser l'épreuve.

b) Le glucose peut être recherché dans le sang : c'est l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. On peut la pratiquer de différentes façons.

Baudouin fait les dosages, une heure, deux heures ou trois heures après ingestion de 50 grammes de glucose. Le coefficient glycémique obtenu, qui, chez le sujet normal, ne dépasse pas 1,35, s'élève notablement chez les hépatiques.

M. Labbé et Fl. Nepveux mesurent l'aire du triangle de glycémie provoquée. Cette mesure est obtenue de la façon suivante.

On fait absorber 50 grammes de glucose dans 100 grammes d'eau à un sujet à jeun. Toutes les trente minutes, pendant trois à cinq heures, on fait une prise de sang et on dose la glycémie ; en même temps, on recherche le sucre dans les urines. Les taux notés au-dessus du taux initial sont notés sur un papier quadrillé à un centimètre ; les grammes de sucre sont portés en abcisses et les heures en ordonnées à raison de un centimètre par gramme et par heure.

L'aire du triangle obtenu est mesurée en centimètres : elle indique par un seul chiffre la réaction hyperglycémique ; elle est de 0,2 à 0,4 chez un sujet normal, de 2 à 6 chez les diabétiques, de 0,6 à 2 chez les hépatiques.

Cette méthode, très élégante, présente le gros ennui de multiples prises de sang ; elle est longue, mais d'un emploi fidèle.

II. — Exploration sucrée du foie à l'aide du lévulose

L'utilisation du lévulose pour l'exploration fonctionnelle du foie paraît, au premier abord, des plus séduisantes.

En effet, chez les chiens mis en état de jeûne, l'absorption de lévulose permet aisément la production de glycogène. Par contre, les tissus ne jouent vis-à-vis du lévulose qu'un rôle extrêmement minime : les expériences classiques de Strauss, de Jacobsen l'ont démontré de façon formelle.

En employant le lévulose, on est donc assuré de s'adresser à un sucre sur lequel le parenchyme hépatique exerce une action nette et sur lequel le pancréas et les tissus n'ont qu'une action négligeable.

Des diverses techniques proposées, l'épreuve de Snapper et Spoor est peut-être la plus précise : elle consiste à doser le sucre dans le sang après ingestion de 60 grammes de lévulose.

Malheureusement, toutes les méthodes employant le lévulose se heurtent à des difficultés pratiques considérables.

Le produit est nauséeux, désagréable à absorber ; par ailleurs, de nombreux sujets présentent des signes d'intolérance : vomissements ou crampes intestinales avec diarrhée, d'où déperdition du produit et causes d'erreurs.

Surtout, si l'on consulte les différents travaux des auteurs qui ont employé le lévulose, on constate qu'il est très difficile d'arriver à fixer la dose à partir de laquelle la lévulosurie ou la lévulosémie sont pathologiques.


THERAPEUTIQUE DE DESENSIBILISATION
IGRAINE arthritique
IGRAINE thyroïdienne
IGRAINE menstruelle
IGRAINE de la ménopause
IGRAINE de la constipation
IGRAINE des hépatiques
IGRAINE
MICRANYL
GRÉMY
LITTERATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES G. GRÉMY
14, RUE DE CLICHY PARIS

Théoriquement parfaite, l'exploration fonctionnelle du foie par le lévulose est pratiquement presque inutilisable.

III. — Exploration sucrée du foie à l'aide du galactose

Le galactose répond à toutes les conditions exigées pour une exploration fonctionnelle correcte du foie. L'étude physiologique, anatomo-pathologique et clinique le prouvent.

a) Physiologiquement, il est moins influencé que le glycose dans son métabolisme par le pancréas et les tissus, ainsi qu'il résulte des expériences de Bauer, de Hughes et Schrivastava, de Noël Fiessinger et Schrumpf ; c'est ainsi que l'un de nous a montré que les courbes de galactosémies artérielle et veineuse, après prise de galactose, sont identiques.

D'autre part, de même que le Prof. M. Labbé, nous avons remarqué que le galactose n'a pas de seuil rénal : il passe très facilement dans les urines et l'étude des variations de la galactosurie constitue un test sûr et facile de l'état de la cellule hépatique.

b) Anatomiquement, la recharge hépatique en glycogène est toujours moins considérable avec le galactose qu'avec les autres sucres.

c) Pratiquement enfin, le galactose ne présente pas de goût désagréable et il n'est pas trop onéreux.

L'épreuve au galactose de R. Bauer, telle que son auteur l'a décrite et répandue en Allemagne, n'est cependant pas pratique : si, en effet, la prise des 40 grammes de galactose, qu'elle nécessite, est suivie normalement d'une galactosurie, les auteurs ne sont pas d'accord sur la dose limite à partir de laquelle, on doit considérer la galactosurie comme pathologique.

Noël Fiessinger, Dieryck et Thiébaut ont transformé l'étude de la galactosurie et l'ont rendue pratique et précise en montrant que la dose limite n'a pas en elle-même un gros intérêt ; le fait important est donné par le taux de concentration sous lequel le galactose est rejeté.

On doit donc faire intervenir dans l'étude de la galactosurie non pas l'élimination totale du sucre, mais la concentration du sucre étudiée dans les urines fractionnées. L'exploration ainsi pratiquée fournit des renseignements en quelque sorte amplifiés puisqu'elle tient compte de l'élimination de l'eau et l'on sait, depuis les travaux de Gilbert et Lereboullet, que l'insuffisance fonctionnelle du foie altère considérablement le métabolisme de l'eau.

La technique de l'épreuve, telle que l'ont décrite Noël Fiessinger, Thiébaut et Dieryck, est la suivante :

Le sujet à explorer doit être à jeun depuis minuit. A huit heures moins le quart, on recueille ses urines et on les jette. A huit heures, le sujet absorbe 40 grammes de galactose dissous à l'avance dans 200 c. c. d'eau tiède. Il gardera la diète pendant vingt-quatre heures, se contentant de boire 1.500 c. c. d'eau en tout ; ou bien, il déjeunera et dînera comme d'habitude en ayant soin de ne rien prendre entre huit heures du matin et midi. Les urines seront recueillies dans quatre bocaux numérotés : le premier bocal contiendra les urines de 8 heures à 10 heures ; le deuxième, les urines de 10 heures à midi ; le troisième, les urines de midi à 18 heures ; le quatrième, les urines de la nuit (18 heures à 8 heures du matin). Le volume d'urine de chaque échantillon sera mesuré. Le dosage de sucre se fera dans les quatre échantillons de la même façon et sans perdre de temps. Pour cela, on défèque une certaine quantité d'urine (50 c. c.) avec son dixième en volume de réactif de Courtonne (5 c. c.).

Le dosage s'effectue à l'aide de la liqueur de Fehling titrée (1), préparée en mélangeant extemporanément 10 c. c. de solution A (solution de sulfate de cuivre), 10 c. c. de solution B (solution de sel de Seignette) et après agitation, 5 c. c. d'une solution à 5 % de ferrocyanure de potassium. La liqueur de Fehling ne doit pas cesser de bouillir dans un flacon d'Erlenmeyer durant tout le temps de la réaction, aussi l'urine doit-elle être versée lentement et goutte à goutte.

Dès qu'apparaît une teinte jaune, on lit la quantité d'urine qui a été nécessaire ; il est inutile de pousser plus loin : une goutte de plus et le liquide vire au brun, puis noircit de plus en plus.

Soit n le chiffre de c. c. nécessaires au dosage ; il suffira de diviser 45 par ce chiffre pour connaître le taux de galactose de l'urine. En effet, puisque 45 c. c. correspondent à un taux de 1 ‰, 1 c.c. correspond à un taux 45 fois plus fort et n c. c. à un taux n fois plus faible, soit $\frac{1 \times 45}{n}$.

Si, par exemple, on a trouvé 5 c. c., le taux de galactose est $\frac{45}{5} = 9$ et comme l'urine a été additionnée de 1/10e de réactif de Courtonne, il faut ajouter 1/10, soit 0,9 ce qui, dans notre exemple, fait 9,9.

Une fois le taux obtenu, on peut, en multipliant celui-ci par la quantité d'urine de chaque miction, savoir la quantité totale de galactose rejeté, mais ce chiffre est de peu d'importance. Seul compte, pour l'interprétation, le taux d'élimination.

Cette technique est dérivée de la méthode de Causse et Bonnans ; elle est presque exclusivement employée dans le service du Prof. Fiessinger. D'après Popesco, elle est plus simple et plus pratique pour l'examen des urines en série que la méthode de Fleury et Marqué.

Mais cette dernière, qui utilise la réduction par le galactose d'une solution iodo-mercurielle, présente l'avantage de pouvoir être pratiquée sur 5 c. c. d'urines seulement ; elle peut donc être utilisée pour les galactosuries infantiles.

D'autre part, d'après R. Hazard, M. Herbain et Ch. Vaille, elle n'a pas les irrégularités de virages et de réoxydation que l'on peut reprocher à la méthode de Causse-Bonnans.

Quelle que soit la méthode, il est indispensable, pour éviter des causes d'erreurs importantes, de prendre un certain nombre de précautions.

a) Tout d'abord, il faut utiliser du galactose pur. En effet, Weltmann a signalé que l'addition de glucose diminue l'élimination du galactose. Noël Fiessinger et Schrumpf, étudiant ce phénomène d'interférence par la comparaison des glycémies artérielles et veineuses au niveau des différents territoires de l'organisme, sont arrivés à cette conclu-

(1) Liqueur de Fehling en solutions séparées :

1° Solution cuprique :

Sulfate de cuivre cristallisé chimiquement pur.	35 grammes
Acide sulfurique pur.	5 cent. cubes
Eau distillée	Q. S.

Mettre dans une capsule de porcelaine d'un litre, le sulfate de cuivre, puis 500 centimètres cubes d'eau distillée. Ajouter les 5 centimètres cubes d'acide sulfurique. Chauffer jusqu'à dissolution totale.

Après refroidissement, introduire la solution dans un matras jaugé d'un litre et compléter le volume avec de l'eau distillée (solution A).

2° Solution tartrique :

Sel de Seignette (tartrate de potassium et de sodium cristallisé pur)	150 grammes
Lessive de soude à 36° non carbonatée	300 cent. cubes
Eau distillée	Q. S.

Dissoudre à chaud le sel de Seignette dans 500 centimètres cubes d'eau. Ajouter après dissolution et refroidissement la lessive de soude. Compléter dans un matras jaugé le volume d'un litre (solution B).

sion que le glucose active les phénomènes de combustion au niveau de tous les tissus.

b) Il faut toujours pratiquer la technique dans les mêmes conditions.

N. Fiessinger, H. Walter et Fr. Thiébaut ont précisé l'importance de divers facteurs. C'est ainsi que la position debout exagère la concentration : celle-ci est trois fois plus grande que la concentration observée chez le sujet maintenu au lit.

La quantité d'eau ingérée et les variations possibles de la diurèse sont également capables de déterminer de grosses variations.

L'influence de l'alimentation est également indéniable.

Pour toutes ces raisons, le sujet en expérience doit être à jeun et maintenu au lit : on donnera toujours la même quantité d'eau pour les repas et pour l'absorption de galactose.

En clientèle, il est souvent impossible de maintenir le malade vingt-quatre heures au lit et à la diète ; il faut alors se borner à l'étude des urines émises pendant les quatre premières heures, respectivement à 10 heures et à midi, pour une ingestion de galactose à 8 heures du matin.

En règle générale, un sujet présente dans des conditions identiques une galactosurie identique. A diurèse égale correspond une concentration égale dans tous les cas avec, conséquemment, une élimination totale identique. Tantôt la constance paraît remarquable, tantôt il y a des variations journalières, mais d'importance relativement légère. Si bien qu'il est possible de donner un schéma d'épreuve-type chez le sujet normal.

Bocaux	Heures	Quantités en c. c.	Concentration du Galactose	Quantité de Galactose
I	8-10	75 à 200	1,5 à 6 ‰	0,10 à 1 gr. 2
II	10-12	75 à 200	0 à 2	0 à 0 gr. 50
III	12-18	200 à 500	indosable	0
IV	18 à 8	500 à 800	indosable	0

B

Ou, *en résumé, pour 24 heures* :

900 à 1.500 c. c. à < 1 gr. 50 ‰ soit < 2 grammes.

C

Ou, *en ne tenant compte que des premières mictions* :

150 à 400 c. c. à < 6 ‰ soit < 2 grammes

Au cours des états pathologiques, les chiffres sont bien différents.

a) Dans les hépatites parenchymateuses diffuses, qu'il s'agisse d'hépatite dégénérative ou d'hépatite graisseuse, les chiffres de concentration sont extrêmement élevés dans la première miction (30 à 70 ‰) et baissent rapidement dans les suivantes : il y a haute concentration initiale et faible concentration distale.

b) Dans les hépatites scléreuses chroniques, les concentrations initiales sont moins élevées que dans les cas précédents (8 à 15 ‰), mais la baisse du taux d'élimination est moins rapide. L'élimination se fait en échelons et dure toute la journée : 6 à 8 ‰ dans la deuxième miction, 4 à 5 ‰ dans la troisième miction, 1 à 2 ‰ dans la dernière.

c) Dans les ictères, l'exploration du foie au galactose est particulièrement précieuse puisque l'étude de la fonction pigmentaire, lésée par définition, ne peut donner que peu de renseignements.

Aux chiffres élevés cités plus haut que l'on trouvera dans les ictères par hépatite (ictères catarrhaux, ictères infectieux) s'opposent les chiffres normaux des ictères cholostatiques. Mais ces chiffres s'élèvent si l'évolution de ces ictères se prolonge, et indiquent alors le degré d'hépatite surajoutée à la cholostase.

Dans l'interprétation des chiffres, il faut tenir compte de deux causes d'erreur possibles, mais rares et faciles à éliminer.

C'est tout d'abord l'abaissement de la galactosurie par défaut d'élimination rénale. Thiébaut a constaté dans la spirochétose des taux relativement peu élevés par rapport à l'intensité de l'hépatite ; il attribue ces faits à la néphrite associée. Nous l'avons observé à deux reprises en dehors de la spirochétose.

D'autre part, l'influence du système nerveux végétatif ne doit pas être oubliée : dans la maladie de Basedow, il est fréquent de constater des chiffres supérieurs à la normale.

Chez l'enfant, le pouvoir glycopexique et glycolytique est plus considérable que chez l'adulte et il est d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune. Cette faculté de fixation est liée, entre autres causes, à la déperdition calorique à laquelle il est obligé de faire face et au développement rapide des premières années qui nécessite une ration abondante par rapport à l'enfant.

C'est ainsi que G. Paisseau, G. Brouet et Ch. Vaille ont observé chez l'enfant normal la faculté de retenir le galactose d'une façon variable suivant l'âge.

Ils ont pris pour test du fonctionnement hépatique normal une galactosurie totale ne dépassant pas 1 gr. 50 pendant les quatre premières heures, une concentration maxima de 5 grammes par litre d'urine pour les deux premières heures et de 2 grammes pour 1.000 dans les deux heures suivantes. Les conclusions des observations de ces auteurs résultent de soixante-dix expériences : chez l'enfant, il faut faire ingérer, dans les conditions habituelles, pour obtenir une exploration galactosurique correcte :

— De 1 an 1/2 à 2 ans 1/2, 2 grammes de galactose par kilog.

— De 2 ans 1/2 à 5 ans, 1 gr. 50 par kilog.

— De 5 ans à 9 ans, 1 gramme par kilog.

— Au-dessus de 9 ans, 0 gr. 75 par kilog jusqu'au maximum de 40 grammes qui est la dose habituellement employée chez l'adulte.

Telles sont les diverses techniques d'exploration sucrée du foie.

Depuis la découverte de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du foie, des précisions ont été apportées par les physiologistes sur le métabolisme des sucres dans l'organisme et en ont montré la complexité.

Mais aussi les observations des cliniciens ont mis en évidence la dissociation fréquente en pathologie des diverses fonctions du foie. Si bien que la nécessité s'impose, lorsqu'on veut apprécier le degré d'insuffisance fonctionnelle du foie de ne pas interroger une fonction à l'exclusion des autres, car elle peut être la seule qui soit intacte.

On pratiquera donc toujours plusieurs épreuves d'exploration et, dans l'étude de la fonction sucrée, on emploiera l'épreuve de la galactosurie provoquée qui apparaît actuellement comme la plus simple, la plus fidèle et la plus précise à la condition d'en apprécier les concentrations fractionnées.

ENTÉRO-PANSEMENT

DU DOCTEUR ZIZINE

PROTECTION - DESINFECTION DE LA MUQUEUSE INTESTINALE

COMPOSITION

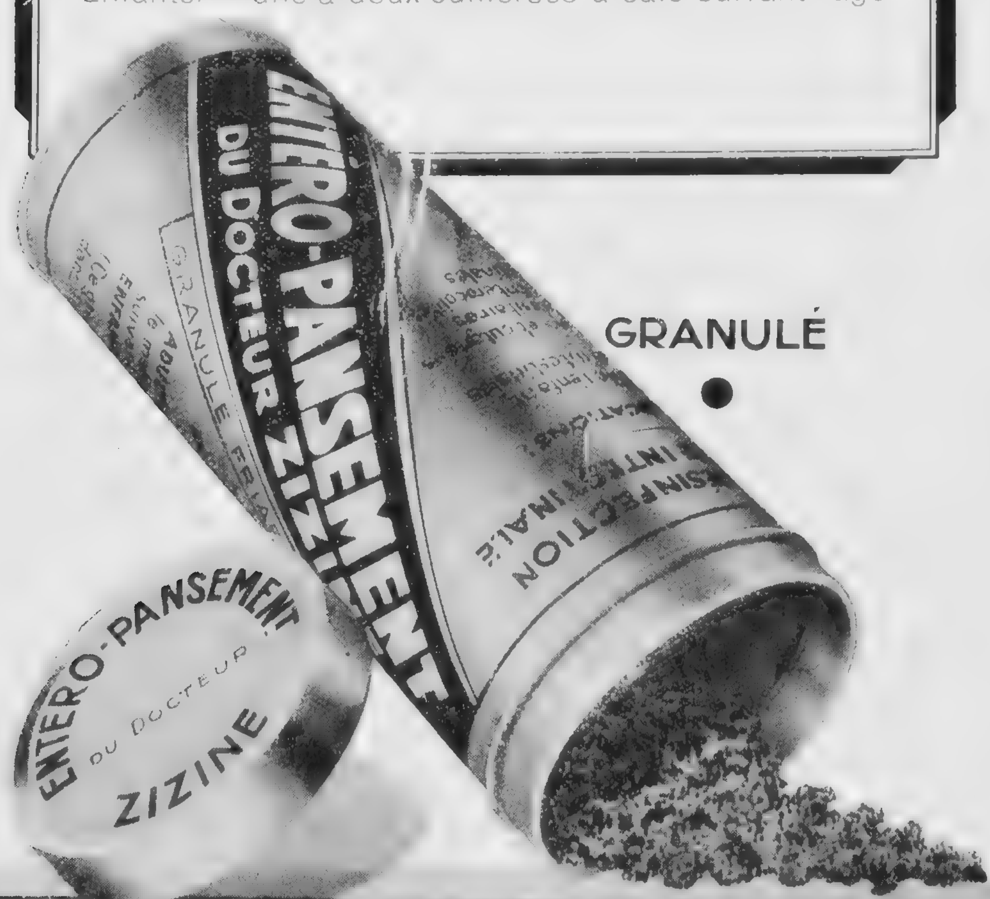
Charbon activé - Sous-Nitrate de Bismuth
Antivirus intestinaux.

INDICATIONS

Diarrhées - Infections et Intoxications intestinales : leurs conséquences - Colites - Entérocolites
Fermentations intestinales - Colibacillose.

MODE D'EMPLOI

Adultes. — une à deux cuillerées à soupe par jour.
Enfants. — une à deux cuillerées à café suivant l'âge.



GRANULÉ

Laboratoires P. ZIZINE 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

Données expérimentales sur les excitants de l'insulinosécrétion et les inhibiteurs de l'hyperglycémie adrénalinique

Par R. HAZARD

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine

Pharmacien des Hôpitaux

Parmi les facteurs qui conditionnent l'hyperglycémie, phénomène constant au cours du diabète, on accorde avec raison une importance capitale, sinon exclusive, au déséquilibre fonctionnel survenu entre celles des glandes endocrines qui interviennent à l'état normal dans le métabolisme du glucose.

Il est inutile, certes, d'insister sur le rôle de tout premier plan que joue le foie dans l'élévation du taux du sucre sanguin, ou au contraire dans sa mise en réserve sous forme de glycogène. Nous retiendrons seulement, au cours de cette étude, l'antagonisme qui oppose l'une à l'autre les sécrétions internes du *pancréas* et de la *surrénale*, et nous passerons en revue les moyens dont on dispose actuellement pour exciter les fonctions du pancréas endocrine et réduire l'hyperglycémie adrénalinique.

Mais il importe de remarquer qu'à côté du pancréas et de la surrénale plusieurs autres glandes à sécrétion interne peuvent par effet direct ou indirect (et souvent par l'intermédiaire des deux premières) intervenir dans la régulation du taux du sucre sanguin.

La *rate* exerce une action hypoglycémiante (F. Rathery, N. Fiessinger et leurs collaborateurs).

L'*hypophyse postérieure*, par injection de ses extraits, peut : 1° élever rapidement le sucre sanguin en excitant le splanchnique et l'adrénalinosécrétion ; 2° provoquer plus tardivement de l'hyperglycémie par excitation directe des ilots de Langerhans (Zunz et La Barre). Excitant l'une ou l'autre des deux glandes antagonistes, l'hypophyse concourt sans doute pour sa part à assurer entre elles le balancement physiologique qui assure la fixité de la glycémie. Les extraits post-hypophysaires élèvent la glycémie de l'homme normal et réduisent celle du diabétique (M. Labbé et L. Justin-Besançon).

L'*hypophyse antérieure* peut, elle aussi, provoquer ou hyperglycémie (par son hormone diabétogène), ou hypoglycémie (par sa pancréatostimuline).

La *thyroïde* exerce un rôle régulateur analogue, tandis que la *parathyroïde* favoriserait l'action hypoglycémiante de l'insuline.

Mais le système de régulation le plus frappant du métabolisme glucidique dont dispose l'organisme, et le plus étudié, est le *système antagoniste pancréas endocrine-surrénale*.

***

Les travaux de Zunz et La Barre ont montré les conditions de cet antagonisme réciproque. Toute sécrétion exagérée d'insuline menaçant de provoquer une chute de la glycémie au-dessous de la normale entraîne une hypersécrétion d'adrénaline qui tend à relever la glycémie. Inversement, l'hyperglycémie adrénalinique déclanche une hypersécrétion d'insuline qui ramène le taux du sucre sanguin dans les limites normales. Il s'établit donc un balancement physiologique entre les actions des deux hormones antagonistes.

Il était naturel de songer à lutter contre l'hyperglycémie diabétique, soit en excitant la sécrétion interne du pancréas, soit en diminuant l'adrénalinémie (1).

On dispose en effet d'agents opothérapiques ou chimiquement définis capables de réaliser l'une ou l'autre action. Ces composés divers sont loin d'être encore tous — il importe de le souligner — des agents thérapeutiques. Quelques-uns seulement ont déjà été essayés chez l'homme avec des succès variables. D'autres ne sont encore qu'au stade expérimental. Ce sont les actions des uns et des autres qui seront exposées dans cet article.

Nous passerons successivement en revue :

I. — Les excitants indirects du pancréas endocrine sécrétine et acide chlorhydrique.

II. — L'incrétine.

III. — Les excitants du vague : *a*) acétylcholine ; *b*) vagotonine.

IV. — Les inhibiteurs de l'adrénalino-sécrétion et de l'hyperglycémie adrénalinique.

I. Excitants indirects du pancréas endocrine. Sécrétine et acide chlorhydrique

Nous ne parlerons ici que des excitants chimiques du pancréas. Les agents physiques ont été jusqu'ici peu utilisés ; cependant, l'excitation directe des fonctions du pancréas a été réalisée, au cours du diabète, par la diathermie et par les rayons X.

Bayliss et Starling les premiers ont démontré que l'acide du suc gastrique venant au contact de la muqueuse duodénale libère un principe, la sécrétine qui, passant dans le sang, met en activité le pancréas. Une injection de sécrétine provoque une abondante sécrétion de suc pancréatique, mais aussi l'abaissement du taux du glucose du sang. Il ne s'agit pas tant ici d'une synergie fonctionnelle entre le pancréas endocrine et le pancréas exocrine (synergie bien démontrée par le fait que l'hyperglycémie des centres nerveux supérieurs, qui déclanche une sécrétion d'insuline, provoque aussi une hypersécrétion de suc pancréatique) — que d'une action excitante directe de la sécrétine sur les ilots de Langerhans. Les effets hypoglycémiants de la sécrétine se manifestant même chez le chien dépancréaté (La Barre), on doit admettre aussi l'intervention directe de la sécrétine dans le métabolisme des sucres

La pénétration du chyme acide ou d'une solution diluée d'acide chlorhydrique dans le duodénum est donc capable

(1) Il vaudrait mieux dire la sécrétion des capsules surrénales puisque à côté de la médullaire, la corticale intervient aussi dans le métabolisme des sucres (Britton et Silvette). Des extraits de corticale sans adrénaline donnent de l'hyperglycémie. (H. Simonnet).

d'abaisser la glycémie (Freud et Saadi Nazim ; E. Gley et R. Hazard) par effet indirect.

On peut, au moins chez le chien, observer une faible hypoglycémie (Soula) quand on fait une injection d'histamine, qui provoque, on le sait, une abondante sécrétion de suc gastrique. Mais l'histamine peut aussi élever la glycémie par action hépatique et surrénale.

L'action de l'acide chlorhydrique est-elle utilisable chez l'homme ?

Chez l'homme normal, l'absorption buccale de L à C gouttes d'acide chlorhydrique officinal, ou l'injection intraduodénale de 60 c. c. d'une solution d'acide chlorhydrique à 2 p. 1.000 amènent une chute passagère de la glycémie (Conti).

Coelho et Oliveira, pratiquant l'injection intraduodénale de 30 c. c. de solution d'acide chlorhydrique $\frac{N}{10}$ ont constaté qu'il y avait sécrétion de suc pancréatique et quatorze fois sur vingt une hypoglycémie assez durable.

Chez les hépatiques, Michelazzi a constaté que l'ingestion d'acide chlorhydrique (LXXX gouttes de la solution officinale), abaisse le sucre sanguin et diminue l'hyperglycémie alimentaire.

Chez les diabétiques, il faut d'abord noter la tendance fréquente à l'anachlorhydrie : on remarque souvent chez eux, en effet, l'absence d'HCl libre dans l'estomac ou une teneur en acide libre inférieure à la normale (Bowen et Aaron ; Rabinovitch, Fowler et Watson). De sorte que l'on peut poser la question de l'intervention d'un facteur gastrique dans le diabète.

Chez ces malades, Boattini a constaté que l'administration de XXX à C gouttes d'acide chlorhydrique officinal ou 50 cc. de solution à 0 gr. 5 p. 100 diminue l'hyperglycémie habituelle ainsi que l'hyperglycémie alimentaire.

Avant de quitter le sujet de la sécrétine, de son générateur l'acide chlorhydrique, ou des produits qui en dérivent, notons l'existence d'une sécrétine végétale. On peut extraire, en effet, des épinards une substance qui excite les fonctions gastrique et pancréatique et qui, chez les diabétiques hypochlorhydriques, diminue la glycémie et la glycosurie (Beggi et Dettori).

II. L'incrétine, agent d'hypoglycémie direct et indirect

La sécrétine, on vient de le rappeler peut exercer indirectement (en excitant le pancréas endocrine en même temps que le pancréas exocrine) et directement aussi (par excitation du métabolisme cellulaire), une action hypoglycémiante.

Par des artifices de préparation, on peut débarrasser la sécrétine de ses propriétés succagogue et hypotensive et obtenir un produit, l'incrétine (La Barre), exerçant seulement une action hypoglycémiante.

L'incrétine avait d'abord été préparée en traitant par l'éther, dans lequel elle se dissout, le produit de la précipitation d'une solution de sécrétine par l'acide trichloracétique.

MM. La Barre et Ledrut l'obtiennent actuellement en soumettant la sécrétine à l'action du suc gastrique ou de la pepsine.

Au cours de cette hydrolyse, l'action excitante de la sécrétine sur le pancréas disparaît complètement. L'incrétine obtenue, isolée et purifiée, administrée par la voie intraveineuse ou par la voie buccale, provoque chez le lapin et le chien une chute de la glycémie tardive, apparaissant vers la troisième heure, mais accentuée et prolongée (maxima vers la sixième heure, enco e sensible à la douzième) ; sous son action, le foie, chez le lapin, s'enrichit en glycogène (La Barre et Houssa).

L'incrétine se montre encore hypoglycémiante chez le chien dépancréaté : dans ce cas, en effet, elle assure plus nettement encore que la sécrétine, la disparition de l'hyperglycémie ; l'action est très durable. On a déjà pu, avec l'incrétine, maintenir en survie pendant plusieurs mois des chiens totalem nt dépancréatés (La Barre et Ledrut).

Il n'est pas douteux que l'incrétine soit un agent hypoglycémiant digne de retenir très vivement l'attention et dont on peut escompter l'entrée prochaine dans la thérapeutique du diabète sucré.

Il faut souligner l'activité de ce produit par la voie buccale qui s'oppose à l'inactivation de l'insuline au cours de la traversée digestive.

III. Excitants du vague

L'excitation du vague peut-elle provoquer l'hypoglycémie ?

Elle peut le faire assurément par un *mécanisme indirect*. Son excitation provoque en effet directement la sécrétion du suc pancréatique et l'on sait que la mise en activité du pancréas exocrine entraîne celle du pancréas endocrine. On peut donc conclure que les excitants du vague pourraient être utilement employés pour abaisser la glycémie.

Mais parmi les excitants du parasympathique, on n'en connaît pas qui excitent exclusivement le vague : c'est assez dire que de semblables excitants exerceront des effets secondaires qui les rendront inutilisables comme hypoglycémiants. D'ailleurs ces corps peuvent, au moins expérimentalement, donner, par effet secondaire sur l'adrénalino-sécrétion, de l'hyperglycémie.

Dans ce groupe de composés, seule l'*acétylcholine* a été essayée chez l'homme : nous y reviendrons plus loin.

Mais l'excitation du vague peut-elle avoir un *effet direct* sur l'insulinémie et sur l'hypoglycémie ?

Les travaux de La Barre permettent de répondre par l'affirmative. Chez le chat surrénalectomisé et à nerfs hépatiques sectionnés, l'excitation électrique prolongée du vague donne de l'hypoglycémie. Chez le chien, l'effet insulino-sécréteur de l'excitation vagale est surtout net après ablation de la surrénale et de l'hypophyse qui s'opposent à l'action de l'insuline (L. Képinov et Maylis Guillaume). Des centres glycosensibles thalamiques réaliseraient la glycorégulation en excitant l'insulino-sécrétion par l'intermédiaire du vague.

Ceci n'exclut pas d'ailleurs la réalité d'un mécanisme humoral de régulation glycémique. On en peut donner comme preuve le fait que l'hyperadrénalinémie déclanche l'insulino sécrétion même après vagotomie ou atropinisation (La Barre) et cette autre que le pancréas, même privé de toute connexion avec le système nerveux central, assure encore la régulation de la glycémie (R. Gayet). Le mécanisme nerveux de cette régulation viendrait, à l'état normal, rendre plus rapide le mécanisme humoral.

On sait que l'augmentation du tonus vagal favorise l'hypoglycémie. Les vagotoniques ont, en général une glycémie basse et sont particulièrement sensibles à l'insuline. En outre et surtout, on peut abaisser la glycémie en augmentant le tonus vagal par la vagotonine.

a) Action directe des parasympathomimétiques Acétylcholine

L'acétylcholine exerce dans l'organisme, on le sait, les effets les plus typiques de l'excitation du vague : on admet

même actuellement qu'elle se formerait au cours de l'excitation des fibres post-ganglionnaires du parasympathique.

Injectée à l'homme normal, elle abaisse la glycémie au dessous de son chiffre physiologique pendant un temps assez prolongé ; chez le diabétique, elle réduit l'hyperglycémie (M. Labbé et L. Justin-Besançon). Sans doute agit-elle de la sorte en excitant le vague. Peut-être aussi cet effet hypoglycémiant est-il indirect. MM. Faroy et Deron ont montré en effet qu'elle augmentait les sécrétions gastrique et pancréatique. Et l'on a rappelé ci-dessus que le pancréas endocrine était en même temps que le pancréas exocrine mis en activité par la sécrétine détachée de la muqueuse duodénale par l'acide chlorhydrique. Sans doute, les effets vasodilatateurs de l'acétylcholine s'opposent-ils à son utilisation dans le traitement du diabète.

b) *Action vagale directe de la vagotonine*

On sait que certaines insulines du commerce seules renferment, à côté de l'insuline, un autre principe que Santenoise a appelé la vagotonine. Ces deux hormones du pancréas endocrine peuvent être actuellement bien séparées l'une de l'autre. Toutes deux agissent sur la glycémie pour l'abaisser, mais par des mécanismes différents. L'insuline abaisse le sucre sanguin en provoquant sa destruction dans les tissus ; la vagotonine en favorisant sa mise en réserve dans le foie sous forme de glycogène.

Les travaux de Santenoise ont montré que la vagotonine agit essentiellement sur la glycémie en augmentant le tonus et l'excitabilité des centres du vague : elle devient inactive après vagotomie ou en présence d'atropine. On constate sous son action l'enrichissement du foie en glycogène.

La vagotonine sensibilise le vague à ses excitants comme l'acétylcholine. Elle diminue, d'autre part, le tonus et l'excitabilité du sympathique et des vasoconstricteurs, atténue les effets adrénalinogènes ou adrénaliniques (y compris l'hyperglycémie) : elle joue de la sorte dans l'organisme un rôle de défense contre l'hypertension.

La vagotonine est donc un agent hypoglycémiant synergique de l'insuline. Mais alors que l'insuline provoque une chute de la glycémie relativement rapide et passagère, la vagotonine abaisse faiblement le sucre sanguin d'une manière progressive et durable.

On a cherché à appliquer à l'homme ces effets de la vagotonine sur la glycémie. Administrée en même temps que l'insuline, elle permettrait de diminuer la quantité d'insuline à utiliser, et d'augmenter la ration en glucides. Elle-même favoriserait l'activité fonctionnelle neuro-musculaire chez le diabétique. Mais il ne semble pas que les résultats obtenus soient supérieurs à ceux que donne l'insuline (F. Rathery et Derot). On peut penser que cette inconstance des effets de la vagotonine est en rapport avec la variabilité de l'excitabilité vagale suivant les individus.

Actuellement au moins, la vagotonine est surtout utilisée comme médicament de l'hypertension.

On a signalé en outre qu'elle augmente le nombre des hématies et peut être pourra-t-on l'utiliser dans le traitement de l'anémie.

Si l'excitation du vague tend à provoquer directement ou indirectement l'hypoglycémie, on pourrait penser que la paralysie de ce nerf aurait pour effet de favoriser au contraire l'hyperglycémie. Mais les résultats expérimentaux mènent ici à des conclusions opposées.

Si Chahovitch a constaté chez le lapin que les convulsions provoquées par l'insuline sont retardées sous l'influence de l'atropine, qui augmenterait le sucre libre du sang, Lang conclut de ses expériences chez le chien dépancréaté que l'atropine n'a pas d'influence sur l'action hypoglycémiante de l'insuline. Et Forster et Chalmers ont montré que l'atropine retarde ou fait disparaître l'hyperglycémie adrénalinique chez le lapin décérébré.

IV. Inhibiteurs de l'adrénalino-sécrétion et de l'hyperglycémie adrénalinique

Peut-on, à la vérité, espérer réduire l'hyperglycémie diabétique en diminuant seulement l'activité de la surrénale ? Les acquisitions expérimentales faites sur ce sujet permettent d'en douter. On sait en effet actuellement que le maintien d'une glycémie sensiblement normale peut s'observer après ablation des surrénales ; que chez le chien dépancréaté on observe qu'il y a modération de l'adrénalinosécrétion (Le Barre et Heussa) et que la surrénalectomie double n'empêche nullement l'hyperglycémie de se manifester (Lenoir, Lewis, Turcatti).

Cependant, la diminution de l'adrénalinosécrétion ne peut évidemment que lutter contre l'hyperglycémie. On peut donc chercher à entraver l'activité des corps qui, comme le *potassium*, favorisent l'adrénalinosécrétion. On peut chercher à diminuer l'excitabilité du splanchnique au moyen de *spartéine*.

Mais on peut s'efforcer aussi non seulement de lutter contre l'excitation adrénalinogène, mais encore d'empêcher l'adrénaline d'exercer son action hyperglycémiante par mobilisation du glycogène hépatique : on s'adressera alors à des corps qui produisent la *paralysie* totale *du sympathique*.

Nous sommes ici il faut y insister, dans le domaine purement expérimental.

a) *Inhibiteurs de l'activité du potassium*

L'ion potassium exerce dans l'organisme des actions générales qui le font ranger parmi les excitants du parasympathique. Mais il peut aussi, expérimentalement, provoquer une décharge d'adrénaline avec hyperglycémie par action excitante post-ganglionnaire exercée sur les terminaisons du splanchnique ou les cellules chromaffines de la surrénale (R. Hazard).

On pouvait se demander dès lors si cet ion potassium ne se trouvait pas en quantité suffisante dans le sang des diabétiques pour provoquer une décharge constante d'adrénaline avec hyperglycémie concomittante.

De fait, F. Rathery et J. Bertoliatti ont montré qu'il y a chez les diabétiques consomptifs une élévation parfois assez importante du taux du potassium du plasma. Ce taux est abaissé par l'insuline. Chez les diabétiques simples, la kaliémie plasmatique est en général normale, parfois légèrement augmentée.

Peut-on dès lors trouver parmi les inhibiteurs de l'activité de l'ion potassium un composé utilisable cliniquement ? On peut songer à utiliser l'antagonisme qui, suivant la loi de Loeb, oppose le groupe K et Na au groupe Mg et Ca. Un premier pas a été franchi lorsque l'on a pu montrer que le magnésium, au moins chez le chien, est capable de s'opposer à différentes causes d'hyperadrénalinémie, et notamment à celle que provoque le potassium (R. Hazard et L. Wurmser).

Remarquons tout de suite qu'il ne faut pas se hâter de conclure que le magnésium est utilisable au traitement du diabète chez l'homme. Les effets propres du magnésium sur la glycémie sont en effet très complexes. Une étude préliminaire de ces effets chez l'homme s'impose et il n'est pas

◆◆◆◆

sûr que le fait qui vient d'être signalé ne soit pas autre chose qu'un fait curieux, limité à certaines conditions expérimentales. Et il serait par ailleurs intéressant d'étudier l'antagonisme K/Ca sur la glycémie puisque l'on sait déjà que le calcium s'oppose à l'hyperglycémie adrénalinique. L'on a déjà, de reste, proposé un traitement calcique du diabète (M. et M. H. Kahn).

b) Spartéine

Parmi les médicaments qui touchent avec une certaine électivité le système nerveux autonome, la *spartéine* jouit de la propriété de paralyser ce système dans ses ganglions. On peut l'utiliser expérimentalement pour différencier les diverses sortes d'hyperglycémies suivant leur origine, centrale ou périphérique : elle supprime celles que provoquent l'asphyxie ou la nicotine, réduit celle de la morphine, laisse inchangée celle de l'ion potassium. (R. Hazard).

Mais, ainsi que nous l'avons constaté avec M. de Traverse dans le service du Prof. Rathery (expériences inédites), elle ne diminue pas l'hyperglycémie du chien dépancréaté et reste sans effet notable sur la glycémie au moins de certains diabétiques.

Il ne semble pas, par conséquent, que la spartéine puisse être appliquée seule au traitement du diabète.

Cependant, il y aurait peut-être lieu de l'essayer en association avec l'insuline. En effet, la spartéine, expérimentalement, rend les convulsions hypoglycémiques provoquées par l'insuline plus précoces que lorsque celle-ci agit seule. La spartéine ne manifeste guère son action au début de l'hypoglycémie, mais seulement quand celle-ci est devenue assez nette pour qu'il y ait sollicitation d'une hyperadrénalinémie compensatrice : c'est en s'opposant alors à l'hypersécrétion d'adrénaline que la spartéine accélère l'apparition de convulsions hypoglycémiques (R. Hazard et J. Beaufils).

c) Paralysants du sympathique

Les alcaloïdes de l'ergot de seigle, en paralysant le sympathique au niveau de la surrénale, inhibent l'action des nerfs adrénalinosécréteurs; en le paralysant au niveau du foie, ils empêchent l'adrénaline d'exercer son action glycogénolytique.

L'ergotoxine (Miculicich), l'ergotamine (Rothlin) suppriment l'hyperglycémie adrénalinique ; inhibant l'action de son antagoniste l'adrénaline, l'ergotamine favorise l'action hypoglycémiante de l'insuline.

Il en est de même pour l'yohimbine qui fait subir à la glycémie normale de faibles variations, mais entrave complètement l'hyperglycémie adrénalinique et renforce l'hypoglycémie insulinique (Sten Hanson).

On sait qu'en ces dernières années on a pu préparer par synthèse des composés chimiquement définis qui se montrent expérimentalement des paralysants plus ou moins complets des effets de l'excitation du sympathique et des actions de l'adrénaline (S. Anan, T. Okazaki et Nagasaki ; Fourneau, Bovet, Maderni, Mme de Lestrange ; Jeanne Lévy et E. Ditz).

Ces corps, actuellement très nombreux, appartiennent au groupe des coumaranes et des dioxanes et des amines à fonction éther-oxyde phénolique ou éther alcoolique. Nous nous bornerons dans cette étude à l'exposé des effets les plus frappants de quelques-uns de ces composés sur l'hyperglycémie adrénalinique et sur les effets hypoglycémiants de l'insuline tels qu'ils ont été constatés par E. Fourneau, D. Bovet, P. Maderni, Jeanne Lévy et Ditz, Zunz et Perla, M. Blancher. Ces deux sortes d'effets ne sont pas toujours d'ailleurs en rapport direct l'un avec l'autre, comme on va le voir, ni avec l'intensité de leur action inhibitrice sur l'hypertension adrénalinique.

Le 883 F (diéthylaminométhylbenzodioxane), le 933 F (pipéridométhyl 3 benzodioxane) et le 878 F (diéthylaminométhyl 2 coumarane) diminuent fortement l'hyperglycémie adrénalinique. Le 883 F et le 933 F n'accentuent pas les effets de l'insuline.

Le 928 F ou 413 J. L. (phénoxyéthyldiéthylamine) qui exerce des effets variables sur l'hyperglycémie adrénalinique, et le 940 F accentuent avec plus ou moins de régularité et de netteté les effets de l'insuline.

Citons encore le 410 J. L. (phénoxy 1-allylamino 2 éthane), le 415 J. L. (phénoxy 1-éthanolamino 2 éthane), le 412 J. L. (0-méthoxy-phénoxy 1-allylamino 2 éthane), le 416 J. L. (0-méthoxy-phénoxy 1-éthanolamino 2 éthane) qui diminuent ou suppriment l'hyperglycémie adrénalinique.

Il ne semble pas que l'on ait encore étudié leurs effets chez l'animal au cours du diabète expérimental.

* * *

Quel sera le sort réservé dans la thérapeutique courante du diabète sucré aux composés dont nous avons brièvement exposé l'action ? L'un au moins d'entre eux viendra-t-il quelque jour prendre place à côté de l'insuline ou de ses succédanés ? Il est bien malaisé de le prévoir. Cependant, avec toutes les réserves qui s'imposent quant à l'origine de l'hyperglycémie diabétique, et en se plaçant du point de vue assez étroit de l'antagonisme entre le pancréas et la surrénale, on peut conclure que les actions expérimentales exercées par quelques-uns au moins de ces composés sont assez curieuses et assez nettes pour mériter qu'on en poursuive l'étude. En ce qui regarde au moins l'incrétine, on ne peut qu'être tenté d'en faire l'application au traitement du diabète sucré.


Par ces temps de froid,
veuillez penser au
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol

La Phytothérapie hypoglycémiante

Par Henri LECLERC

Président de la Société de Thérapeutique

Chaque fois que mon vieil ami le Docteur Auguste Soins avait à soigner un diabétique, il était rare qu'il ne lui tînt ce langage : « Vous devez être désormais pour le boucher et pour le charcutier le modèle des clients et n'entretenir que des relations platoniques avec le fruitier et avec le pâtissier ». Cela se passait, en effet, il y a près d'un demi-siècle, au temps où c'était un dogme que, pour combattre la glycosurie, le fin du fin de la diététique consistait à soumettre les malades au régime presque exclusif des lipides et des protides et que, hors l'usage copieux des viandes, des œufs et des graisses, il ne pouvait y avoir de salut pour les sujets dont l'urine contenait du sucre : sans doute leur était-il permis d'ajouter à cette alimentation quelques herbages, de coucher leur bifteck sur une litière de cresson, de sertir l'or des œufs durs dans l'émeraude des épinards, de réaliser la classique symbiose du veau froid et de la salade, mais un veto pesait lourdement sur toute autre substance végétale et l'on eût voué aux foudres de la Faculté le praticien assez ignare pour ne pas condamner à l'ostracisme des denrées aussi nocives que les pommes de terre, les carottes, les oignons et tous les produits, quels qu'ils fussent, que prodigue le royaume de Pomone. Si la phytodiététique était vue d'un mauvais œil, la phytothérapie n'était pas mieux partagée : les ouvrages classiques d'alors nous montrent, en effet, les thérapeutes puisant de préférence leurs armes dans l'arsenal chimiothérapique et soumettant leurs patients à l'usage de l'arsenic, de la strychnine, des alcalins et des « nervins comme l'antipyrine et les bromures ».

Comme Sganarelle nous pourrions dire aujourd'hui : « Nous avons changé tout cela et nous faisons maintenant la médecine d'une méthode toute nouvelle ». C'est ainsi que, depuis les travaux de Mossé, les pommes de terre, cessant d'être « tabou », sont, non seulement permises, mais prescrites en fortes proportions aux diabétiques, que de nombreux auteurs, comme MM. Jardet et Nivière, leur conseillent des rations quotidiennes de 300 à 700 grammes, de cerises, de fraises, de prunes, de pêches, de raisins, de melons, que M. Lyonnet reconnait aux fruits l'avantage de désaltérer les malades et d'alcaliniser leur organisme, les acides qu'ils contiennent se transformant dans l'énocomie en carbonates. Plus récemment encore l'expérimentation physiologique a démontré que certains légumes que nos devanciers accusaient d'être glucosigènes jouissaient, au contraire, de propriétés hypoglycémiantes manifestes. Chez des malades nourris de topinambours dont les substances ternaires sont représentées en majeure partie par l'inuline et ses dérivés, MM. Carpenter et Root ont vu le sucre disparaître de l'urine et diminuer dans le sang et ont pu conclure de ces résultats que ces tubercules, introduisant dans l'organisme des hydrates de carbone capables d'être absorbés et utilisés par les glycosuriques, constituent une ressource alimentaire de premier ordre dans le régime du diabétique (1). De la carotte, jadis rigoureusement proscrite, MM. Franke, Malczynski et Onysymow ont isolé deux principes qui déterminent chez l'homme un abaissement du sucre oscillant entre 17,2 et 34,1 pour 100 (2) et M. Rychlik a signalé dans la betterave l'existence de produits qui, injectés à des chiens, déterminent une diminution marquée de la glycémie (3). En 1923, J.-B. Collip découvrait dans l'oignon une substance, la *glucokinine*, douée d'une action analogue à celle

(1) *Arch. of Intern. Med.*, juillet 1928.
(2) [illegible] *de biologie*, 12 février 1934.
(3) [illegible] *de biologie*, 14 mai 1934.

de l'insuline et se comportant comme une hormone (1) : ses assertions ont été confirmées ultérieurement par MM. Janot et J. Laurin qui, en expérimentant des extraits stabilisés de bulbes d'*allium cepa*, leur ont reconnu des propriétés hypoglycémiantes se produisant de suite dans la moitié des cas et précédées, dans l'autre moitié, d'hyperglycémie, comme cela se voit à la suite d'injections d'insuline (2). A ces conquêtes de la phytodiététique dans le traitement du diabète, ajoutons, parmi les plus intéressantes, la découverte qu'ont faite MM. E. Donard et Henri Labbé d'une substance contenue dans les touraillons d'orge germé et dont le pouvoir hypoglycémique se rapproche de celui de l'insuline : sous son influence, les auteurs ont obtenu des hypoglycémies atteignant jusqu'à 60 pour 100 ; ils ont vu les animaux sur lesquels ils expérimentaient présenter une gêne excessive de la respiration, de la polypnée, de l'agitation rapide des oreilles, accidents ayant les caractères habituels de l'hypoglycémie insulinique (3).

Si nous quittons le domaine de la phytodiététique pour explorer celui de la phytothérapie, nous voyons nombre d'expérimentateurs assigner un rôle nettement hypoglycémiant à certaines plantes dont, sans qu'on puisse le plus souvent préciser en vertu de quels principes s'exerce leur action pharmacodynamique, l'emploi ne laisse pas d'offrir de précieuses ressources aux thérapeutes dans le traitement du diabète et sur lesquelles, il n'est donc pas hors de propos d'attirer leur attention.

Eucalyptus (*Eucalyptus globuluabills*).— M. Faulds (4) rapporte qu'un habitant de la Nouvelle-Zélande, qui était atteint depuis longtemps d'un diabète ayant résisté à toutes les médications, fit usage d'une infusion d'eucalyptus pour se débarrasser d'un rhume tenace : le médicament ne produisit pas le résultat qu'il en attendait mais, par contre, après quelques jours de traitement, la glycosurie avait diminué dans de fortes proportions. Plusieurs essais faits par M. Faulds lui prouvèrent que l'eucalyptus jouit, en effet, de propriétés hypoglycémiantes accentuées. Il cite notamment le cas d'une diabétique de 66 ans, en proie à un prurit vulvaire intense, qui en fut rapidement débarrassée grâce à cette médication dont l'action fut confirmée depuis par M. Trabut qui l'attribuait aux substances tanniques que renferme la plante plutôt qu'à son essence (5).

Jambul (*Eugenia jambolana* Lam.). — Les graines de ce végétal qui contiennent 1,65 pour 100 d'acide gallique et un glucoside, la *jambuline* ou *antimelline*, sont d'un usage courant aux Indes comme remède antidiabétique. Stephenson recommande, pour obtenir le maximum d'activité thérapeutique, de les employer fraîches sous forme de teinture ou d'extrait fluide préparé à froid par percolation, à la dose de 0 gr. 60, trois fois par jour (6). Elles agiraient d'après Hillebrandt et A. Brissemoret en diminuant l'action saccharifiante des sucs

(1) *Journ. of biol. chem.*, p. 153, 1923.
(2) *Acad. des Sciences*, 1er décembre 1930 et mai 1931.
(3) *Acad. des Sciences*, 21 mars 1932 (note retirée du pli cacheté déposé le 31 mars 1930).
(4) Faulds. — Eucalyptus in treatment of diabetes. *The Glasgow med. Journ.*, 1920.
(5) Trabut. — L'eucalyptus et le diabète. *Bull. général de thérap.*, 1920.
(6) Stephenson. — Jambul, an indian remedy for diabetes. *The prescriber*, Edimbourg, n° 67, 1912.

salivaire et pancréatique et en supprimant les inconvénients d'une nourriture amylacée.

CHIMAPHILE (*Chimaphila umbellata Nutt*). — Cette éricacée très répandue en Russie, en Sibérie et surtout dans l'Amérique du Nord où on la désigne sous le nom de *Pipissewa* et où ses feuilles figurent dans la pharmacopée des Etats-Unis comme remède antirhumatismal et diurétique a été employée pour la première fois, dans le traitement du diabète par M. Soules qui, atteint de cette maladie, vit, sous son influence, le sucre disparaître complètement de son urine. D'après cet auteur, la préparation la plus active est l'extrait fluide à la dose de 8 grammes *pro die* (1).

NOYER (*Juglans regia* L.). — Les feuilles du noyer renferment de l'*inosite*, de la *juglandine*, du *juglone* et un tanin complexe, l'*acide nucitannique* : il résulte des expériences de M. G. Reynaud que l'extrait fluide de ces feuilles fraîches, injecté à des lapins, produit de l'hyperglycémie, tandis que, sèches et sous forme d'infusion concentrée, elles déterminent généralement de l'hypoglycémie, action qu'on peut rattacher au tanin qui aurait la propriété de restreindre la saccharification des amylacées dans le tube digestif et la transformation du glycogène dans les tissus (2). On peut, dans la pratique courante, remplacer l'infusion concentrée par l'extrait préparé avec les feuilles sèches en prescrivant six fois par jour une pilule ainsi composée :

Extrait mou de feuilles sèches de noyer	0 gr. 10
Poudre de réglisse	Q. S.
Pour une pilule.	

GALÉGA (*Galega officinalis* L.). — M. G. Tanret (3) a isolé des graines de cette plante un alcaloïde, la *galégine*, base monovalente donnant des sels cristallisés, sulfate, chlorhydrate, nitrate, bicarbonate et à laquelle il a reconnu, en collaboration avec M. H. Simonnet, une action hypoglycémiante qui, avec des doses de 0 gr. 07, devient considérable (4). Cette action a été confirmée par Reinwein qui a montré que, dans un traitement par l'insuline, on pouvait substituer partiellement à ce corps de la galégine qui a l'avantage de pouvoir être continuée pendant plusieurs jours sans danger d'accoutumance. Le Professeur Rathery en a également obtenu des effets nettements hypoglycémiants. Toutefois certains sujets manifestent de l'intolérance à l'égard du médicament : aussi MM. G. Parturier et Hugonot conseillent-ils, dans la *Presse Médicale*, d'employer de préférence l'extrait fluide de Galéga qui, d'une innocuité absolue, peut rendre de réels services pour faciliter l'utilisation des glucides, activer le métabolisme des protides et des lipides et influencer favorablement la cétose urinaire. Son usage est surtout indiqué dans les diabètes légers où il augmente la tolérance pour les hydrates de carbone, dans le diabète des vieillards qu'il permet de faire bénéficier d'un régime moins draconien, au cours des complications chirurgicales ou infectieuses entraînant une diminution de la tolérance à l'égard des glucides, dans les glycosuries insulino-résistantes où il paraît se comporter comme le succédané de choix de l'insuline, enfin dans tous les cas exposant les malades aux dangers de l'acidose. Son action s'épuisant assez rapidement, on fera bien de le prescrire d'une façon discontinue par périodes de huit jours entre lesquelles on laissera des intervalles de même durée, à la dose de LXXX à C gouttes prises en deux fois au début des repas (5).

PERVENCHE DE MADAGASCAR (*Vinca rosea* L.). — Originaire des Antilles et de l'Amérique tropicale et naturalisée dans la plupart des contrées chaudes du globe, cette plante a fourni, dans le traitement du diabète, de bons résultats à M. White qui l'utilise de la façon suivante : faire bouillir chaque jour vingt-sept feuilles dans trois verres d'eau pendant cinquante minutes : prendre un verre du liquide passé après chaque repas : une heure après, absorber une petite quantité de bicarbonate de soude dissous dans un demi-verre d'eau chaude (1). Plusieurs essais m'ont prouvé qu'on pouvait remplacer avec succès cette pervenche exotique par sa congénère indigène la petite pervenche (*Vinca officinalis* L.) sous forme de décoction à 5 pour 100 ou d'extrait fluide à la dose de L gouttes, trois fois par jour. J'ai vu cette médication se montrer efficace pour faire baisser de moitié la quantité du sucre contenu dans l'urine et pour atténuer la sensation de soif à laquelle sont en proie les malades.

HERBE A ROBERT (*Geranium Robertianum* L.). — La réputation que possède cette plante, dans la médecine populaire de remédier au diabète, n'a rien que de justifié. J'ai recueilli cinq observations de glycosuries, trois de moyenne intensité, deux caractérisées par une forte proportion du sucre urinaire (60 et 80 grammes par litre) qui bénéficièrent d'une façon remarquable de son emploi : dans les trois premiers cas, le glucose disparut totalement et ne se reproduisit ensuite qu'à des doses infimes : dans les deux autres, il descendit à 10 et à 17 grammes. On constata en même temps, une amélioration très nette de l'état général, un relèvement des forces et, chez un malade, l'atténuation d'une névrite du deltoïde dont il souffrait depuis deux mois ; chez un autre, on vit se cicatriser, au bout de dix jours de traitement, une large ulcération de la main consécutive à un echthyma. Le meilleur mode d'administration de l'herbe à Robert est l'extrait mou qu'on prescrira à la dose quotidienne de 0 gr. 30 à 0 gr. 60, en formulant :

Extrait mou d'herbe à Robert	3 grammes
Teinture de zestes de citron	2 grammes
Glycérine	40 grammes
Eau	Q. S. p. 100 c.c.

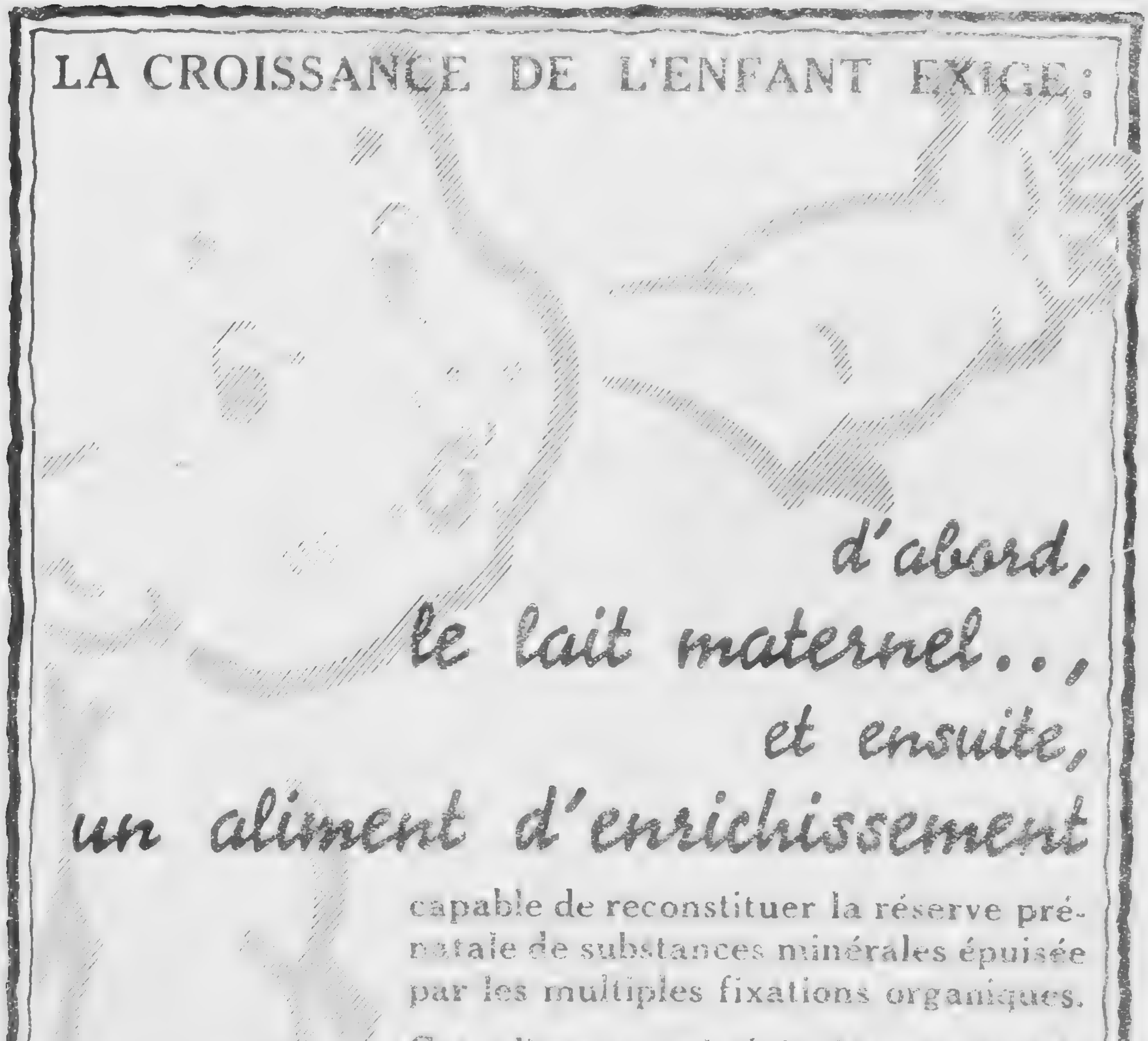
Une à deux cuillerées à café avant chacun des deux repas.

MYRTILLE (*Vaccinium myrtillus* L.). — A la suite de travaux dans lesquels R.-E. Mark et R.-J. Wagner signalaient la propriété que possède une décoction de feuilles fraîches de myrtille de diminuer l'hyperglycémie alimentaire, puis d'expériences entreprises par ces auteurs sur une substance, la *myrtilline*, capable d'abaisser le taux du sucre sanguin et même de le ramener à la normale (2), Shpiner reconnut que cette substance réduit l'hyperglycémie et la glycosurie des chiens totalement dépancréatés, qu'elle en empêche l'apparition chez des animaux ayant subi l'ablation des 19/20 du pancréas, qu'elle supprime l'hyperglycémie et la glycosurie déterminées par l'administration d'extrait thyroïdien chez un chien soumis à l'extirpation des 7/8 de cet organe (3). Le Prof. F. Rathery et Mlle Levina ont indiqué, pour obtenir la myrtilline, la technique suivante : traiter les feuilles fraîches desséchées par de l'alcool à 50 % à la température de 70°, précipiter ensuite les protéines et, après filtration, précipiter par une solution saline la myrtilline qu'on achève de purifier par redissolution et précipitations successives. Ils ont vu ce corps à la dose quotidienne de 1 gramme pendant quelques jours se montrer indubitablement actif chez un grand nombre de diabétiques en déterminant la disparition ou la baisse du sucre urinaire coïncidant ou non avec la baisse de la glycémie. En expérimentant comparativement sur des animaux soumis au régime sans viande ou avec viande, ils ont constaté que le médicament exerçait des effets plus prononcés chez les premiers (4).

SERPENTAIRE BLANCHE (*Eupatorium urticæfolium*). — D'après M. Coughs, la serpentaire blanche (*white snake root*) ren-

(1) *New York Med. Journ.*, 16 novembre 1907.
(2) G. REYNAUD. — Contribution à l'étude de la glycémie et du Juglans regia. *Thèse de Lyon*, 1932.
(3) G. TANRET. — Recherches chimiques et physiologiques sur la graine de Galéga. *Thèse D. Sc. nat.*, Paris, juin 1937.
(4) SIMONNET et TANRET. — Sur les propriétés hypoglycémiantes du sulfate de galégine. *Bull. Soc. chim. biol.*, p. 908, 1927.
(5) *Presse Médicale*, 16 février 1934.

(1) *Queensland agric. Journ.* [illegible]
(2) *Klin. Wochenschrift*, T. IV, p. [illegible] 192[illegible]
(3) *Amer. Journ. of physiol.*, T. LXXXIV, p. [illegible] 19[illegible]
(4) *Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, T. LXIV, p. 1758, 1928.


LA CROISSANCE DE L'ENFANT EXIGE :
d'abord,
le lait maternel..,
et ensuite,
un aliment d'enrichissement
capable de reconstituer la réserve prénatale de substances minérales épuisée par les multiples fixations organiques.
Cet aliment, qui doit être à la fois
très différencié
dans ses éléments,
et totalement digestible,
est connu depuis vingt-cinq ans par le Corps Médical pour ses résultats cliniques ; c'est
la Blédine
PREMIER ALIMENT APRÈS LE LAIT MATERNEL

ferme un principe, le *tremetol*, qui exerce une action toxique se traduisant par des tremblements (1). MM. G.-F. Cartland, F.-W. Heyl et E.-F. Neuport ont constaté qu'à la suite de son ingestion, il se produisait une hypoglycémie assez intense pour déterminer la mort des animaux au milieu de convulsions et que le plus sûr moyen d'y remédier était l'administration de fortes doses d'hydrates de carbone, ce qui indique beaucoup d'analogie entre le principe actif de la plante et l'insuline. L'infusion théiforme de la plante leur a paru, d'ailleurs, procurer de sérieuses améliorations dans le traitement du diabète sans exercer aucune action nocive ni sur le foie, ni sur les reins (2). Il y aurait donc intérêt à préciser la posologie de ce médicament, les indications que nous possédons à ce sujet étant trop vagues pour qu'il puisse, à cause de sa toxicité, entrer actuellement dans la pratique courante.

Mûrier noir (*Morus nigra* L.). — L'emploi des feuilles du mûrier noir a été consacré par la tradition populaire des Balkans dans le traitement du diabète : leur action hypoglycémiante a été mise en évidence par M. Bart à la suite d'expériences entreprises sur les sujets à jeun, pendant une glycémie provoquée, après un repas standard. En plus des effets hypoglycémiants, l'auteur a constaté souvent, deux heures après l'absorption d'un infusé de feuilles de mûrier, un état de légère faiblesse, avec une forte diurèse, un abaissement de la pression artérielle et de la densité de l'urine. D'après M. Bart, on peut se demander si le ou les principes actifs de la drogue agissent sur le métabolisme des hydrates de carbone grâce à la vitamine B_2 dite encore vitamine glycofixatrice ou si l'action hypoglycémiante est due à un mécanisme rénal. Quoiqu'il en soit, les résultats cliniques obtenus joints à la parfaite innocuité de la médication militent en faveur de son emploi : plusieurs observations m'ont prouvé que l'extrait fluide à la dose de XXX à L gouttes avant chacun des deux repas possède une réelle efficacité pour diminuer et même faire cesser la glycosurie : je citerai notamment le cas d'un diabétique de 80 ans qui, depuis qu'il fait usage de ce remède, a vu la proportion du sucre urinaire tomber de 30 grammes à 5 grammes en même temps que s'atténuaient un prurit anal et des douleurs lombaires auxquels il était sujet avant le traitement.

Bardane (*Arctium lappa* L.). — Se basant sur les heureux résultats que la bardane a fournis à M. Lecomte dans le traitement de la furonculose, M. Piotrowski (4) a recherché si elle ne possédait pas la propriété de diminuer l'augmentation du sucre sanguin, cause la plus fréquente de cette affection. D'expériences pratiquées sur des lapins mis à jeun depuis le soir avant les prises de sang, il conclut qu'il existe dans la racine de la plante une substance hypoglycémiante appartenant au groupe des vitamines B et probablement apparentée avec la vitamine B_2 qui joue un rôle important dans le métabolisme des glucides.

Aigremoine (*Agrimonia eupatoria* L.). — J'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'entretenir mes lecteurs de cette composée dont les vertus astringentes et cytophylactiques sont trop rarement mises à profit et qu'à la suite de récents essais, je n'hésite pas à préconiser comme un bon adjuvant des traitements antidiabétiques. Prescrite à des doses qui, en raison de son absence complète de toxicité, peuvent être assez élevées, elle produit de notables diminutions du glucose urinaire et parfois même sa disparition, exerce une action tonifiante sur l'organisme, régularise l'appétit et stimule les fonctions digestives. On en prescrira l'infusion à 10 pour 100 (trois tasses par jour après les repas), où l'extrait fluide à la dose moyenne de 4 grammes par jour.

Lampsane (*Lampsana communis* L.). — J'ai pu, il y a une trentaine d'années, apprécier les services que peut rendre ce simple chez un vieux glucosurique, polysarcique et rhumatisant, qui, pour combattre ses douleurs, s'était mis, sur le conseil d'un « guérisseur » à prendre chaque jour deux cuillerées à soupe du suc de la plante fraîchement récoltée. Si le médicament se montra peu opérant comme antalgique, il eut pour effet, au bout d'une quinzaine de jours, de faire tomber le sucre urinaire de 50 à 9 grammes, et de refréner un embonpoint qui prenait des proportions inquiétantes. La lampsane est, d'ailleurs, du point de vue botanique et très probablement aussi du point de vue chimique, étroitement apparentée avec la laitue à laquelle M. J. Laurin a reconnu la propriété de provoquer une hypoglycémie très nette de 34 pour 100 se produisant après une baisse régulière du sucre sanguin. Comme la dessiccation paraît infirmer son action pharmacodynamique, on prescrira de préférence l'alcoolature ou un extrait fluide préparé avec la plante fraîche à la dose de LX gouttes trois fois par jour.

Renouée (*Polygonum aviculare* L.). — La renouée dont la racine renferme des glycotanins, de petites quantités d'anthraquinone, une huile essentielle, un sucre dédoublable et des traces d'un alcaloïde volatil a été préconisée dans le traitement du diabète par M. F. Daels qui lui assigne la propriété de calmer la soif et de produire des effets laxatifs (1). C'est un synergique de l'Herbe à Robert à laquelle on peut avantageusement l'associer comme dans la formule suivante :

Extrait mou de Renouée	3 grammes
Extrait mou d'Herbe à Robert	4 grammes
Glycérine	40 grammes
Eau	Q. S. p. 300 c. c.

Une cuillerée à soupe avant chacun des deux repas.

Sans doute, dans l'état actuel de nos connaissances, est-il impossible d'établir d'une façon exacte quels sont les principes qui confèrent aux végétaux dont je viens d'esquisser l'étude leurs vertus hypoglycémiantes : mais, en attendant, que les physiologistes aient mis au point cette question sur laquelle, nous devons à M. J. Laurin des notions si importantes (2) les praticiens ont tout intérêt à se familiariser avec l'emploi, si empirique soit-il encore, de plantes dont l'observation clinique laisse entrevoir, dès à présent, l'utilité comme adjuvants dans la thérapeutique du diabète.

(1) *Journ. Agr. Research.*, t. XXXV, 1927.
(2) *Journ. of Amer. pharm. Assoc.*, t. XX, n° 5, 1931.
(3) *Soc. de biol. de Jassy*, 30 janvier 1932.
(4) Piotrowski. — Action hypoglycémiante de l'extrait de bardane, *Soc. de thérap.*, 8 mai 1935.

(1) *Journ. de pharm. belge*, p. 354, 1928.
(2) J. Laurin. — Recherches sur les principes hypoglycémiantes d'origine végétale. *Thèse la Fac. des Sc. de. Paris*, 1935.

L'Insuline dans le traitement du diabète sucré des enfants

Histoire d'une fille, actuellement âgée de 22 ans, traitée depuis neuf ans

Par le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Le diabète sucré n'est pas rare chez les enfants ; il semble même plus fréquent qu'on ne l'admettait autrefois.

Chez eux, il réalise des FORMES CLINIQUES assez diverses (1). On peut distinguer des *petits diabètes* et des *grands diabètes* ; ces derniers comprennent deux variétés, le *grand diabète avec dénutrition*, connu depuis longtemps, et le grand diabète *avec hypotrophie*, que j'ai individualisé en 1919.

Les *petits diabètes* peuvent exister à des degrés divers. Tantôt l'attention est attirée par quelques troubles de la digestion et de la nutrition ; tantôt l'enfant a de la polyurie, de la polydipsie, de la polyphagie.

La glycosurie varie de quelques centigrammes à 4 ou 5 grammes et même 10 à 20 grammes par vingt-quatre heures. Elle peut être permanente ou intermittente ; elle augmente ou apparaît à la suite des repas contenant des glucides.

Elle est, en général, nettement influencée par le régime ; la restriction des glucides la fait disparaître.

Ces diabètes se rencontrent chez des enfants à hérédité diabétique, neuro-arthritique ou hépatique, souvent gros mangeurs et abusant des sucreries. Ils voisinent avec les glycosuries alimentaires dépendant d'une petite insuffisance hépatique.

Ils guérissent sous l'influence d'un traitement du foie et d'un régime approprié.

Mais ils peuvent être la première étape d'un grand diabète. Ils doivent être surveillés pendant longtemps.

Les *grands diabètes* sont bien différents des précédents. Si on veut les bien connaître, il faut se reporter aux études déjà anciennes, poursuivies à une époque où le traitement avait pour base les régimes de réduction des glucides ; ceux-ci, généralement mal supportés, pouvaient retarder, mais, bien souvent, n'empêchaient pas l'échéance fatale.

Pour ces grands diabètes « la *découverte de l'insuline*, en 1922, amène une transformation complète dans la description, l'évolution et le traitement du diabète des enfants. On peut désormais décrire le *diabète avant l'insuline* et le *diabète après l'insuline* » (2).

La comparaison s'impose avec la découverte de la sérothérapie antidiphtérique ; celle-ci a entraîné la même discrimination entre les diphtéries traitées ou non traitées par le sérum.

Dès le début, la transformation, sous l'influence de l'insuline, des enfants diabétiques traités jusque-là par le régime seul, est apparue considérable. En 1924, je disais en terminant une de mes leçons cliniques : Le traitement par l'insuline « peut contribuer à arrêter l'évolution rapidement fatale de certains diabètes graves ; il peut contribuer à améliorer la situation des diabètes avec hypotrophie, dont le pronostic immédiat est moins sévère, mais il est de date trop récente pour qu'on puisse juger actuellement des résultats à longue échéance » (1).

Aujourd'hui ces résultats sont bien connus.

Depuis 1922, de très nombreuses observations d'enfants diabétiques soumis à l'insulinothérapie ont été publiées (2). Elles ont permis de préciser les RÉSULTATS ÉLOIGNÉS du traitement.

L'évolution générale du diabète chez les enfants traités par l'insuline peut revêtir trois modalités principales (3).

Suivant une *première modalité, l'amélioration se poursuit* progressivement et persiste : la glycosurie disparaît ou revient pas agèrement de temps en temps ; la glycémie est normale ou peu augmentée ; l'état général est bon ; le diabétique peut mener une existence active, à condition de suivre un régime alimentaire approprié et, en général, de ne pas abandonner l'insuline. Il n'est pas permis, toutefois, de parler de guérison.

Suivant une *deuxième modalité, le diabète est amélioré, mais son évolution continue*. Il existe des phases d'aglycosurie, pendant lesquelles on peut diminuer les doses d'insuline ou même en interrompre l'emploi. Mais, le plus souvent, ces périodes sont suivies de reprises, pendant lesquelles de hautes doses du médicament peuvent être nécessaires.

Dans une *troisième modalité, le diabète n'est pas influencé* par l'insuline. Malgré l'augmentation des doses et des régimes sévères, la glycosurie et la glycémie augmentent, les corps cétoniques persistent dans les urines. Le diabète est véritablement *insulino-résistant*. Ces faits sont heureusement rares.

Somme toute, d'une façon générale, chez les enfants, le diabète est heureusement influencé par l'insuline et leur existence se trouve notablement prolongée.

Malgré l'insuline, les enfants peuvent encore mourir du diabète ; mais la mort n'est plus, comme auparavant, l'éventualité à peu près fatale.

Je ne donnerai pas ici une étude complète du traitement par l'insuline des diabètes sucrés des enfants. Je ne pourrais qu'écrire à nouveau le chapitre du *Traité de médecine des enfants* que j'ai rédigé avec Paul Ducas.

Il me paraît plus intéressant de publier, à titre d'exemple de diabète amélioré progressivement par l'insulinothérapie, l'observation d'une fille que je soigne depuis l'âge de 13 ans et qui est actuellement âgée de 22 ans. La première partie de son histoire est relatée dans ma leçon du 19 mai 1928, citée ci-dessus sur le *diabète des filles à la période pubertaire* (4).

Cette observation me donnera l'occasion d'exposer quelques remarques sur le diabète des enfants.

---

(1) P. NOBÉCOURT. — *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance*, 1926, Paris, Masson et Cie, éditeurs. Leçon XII. Quelques considérations sur le diabète sucré de l'enfant (6 septembre 1919). — Leçon XIII. Histoire d'une enfant diabétique (29 avril 1922). — Leçon XIV. Formes cliniques et évolution des diabètes sucrés chez les enfants (6 mai 1922). — Leçon XV. Le traitement des diabètes sucrés chez les enfants (13 mai 1922).

(2) P. NOBÉCOURT et Paul DUCAS. — Le diabète sucré des enfants, *in* P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX. *Traité de médecine des enfants*, tome I, 1934, Masson et Cie, éditeurs.

(1) P. NOBÉCOURT. — *Loc. cit.* — Leçon XVI. Deux observations d'enfants diabétiques. Étude de la tolérance aux hydrates de carbone. Traitement par l'insuline (2 juin 1923). — Leçon XVII. Le traitement par l'insuline du diabète sucré des enfants (15 novembre 1924).

(2) P. NOBÉCOURT. — Sur un diabétique de 18 ans et demi, traité depuis trois ans et demi par l'insuline. *Journal des Praticiens*, 18 décembre 1926. — Du diabète des filles à la période pubertaire. *Journal des Praticiens*, 1er juin 1929. — Deux observations de filles diabétiques de 5 et de 7 ans. *Journal des Praticiens*, 22 novembre 1930.

Il m'est impossible de donner la bibliographie. On la trouvera dans le *Traité de médecine des enfants* et dans Paul DUCAS : Traitement du diabète sucré des enfants par l'insuline, *Thèse de Paris*, 1932.

(3) *Traité de médecine des enfants*, p. 292.

(4) *Journal des Praticiens*, 1er juin 1929.



DINITRA
INJECTABLE

Ampoules de 5 cc. de nitrophénazine (1 ampoule = 10 comprimés)

CONTRÔLE ABSOLU DES DOSES

TOLÉRANCE PARFAITE EN CAS D'IDIOSYNCRASIE DIGESTIVE

1 demi centimètre-cube par 10 kilos de poids corporel, par voie intra-musculaire

OBÉSITÉ **ARTHRITISME**

RALENTISSEMENTS DE LA NUTRITION

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12e

* * *

Odette D... est fille unique. Son père est bien portant. Sa mère est atteinte de diabète.

Cette dame, née le 24 février 1892, fait faire, parce que sa fille est reconnue diabétique, en janvier 1927, alors qu'elle est âgée de 35 ans, une analyse des urines ; on y dose 62 gr. 50 de glucose par litre, soit, pour trois litres, 187 gr. 50 par vingt-quatre heures. Un régime hypoglycosique amène rapidement la disparition, constatée le 9 mars et le 21 avril, de la glycosurie. Mais, dans la suite, celle-ci reparait et persiste, malgré un régime pauvre en hydrates de carbone et les injections d'insuline. Actuellement, en octobre 1935, à 43 ans, avec un régime pauvre en glucides et 60 unités d'insuline (40 unités avant le déjeuner, 20 unités avant le dîner), elle a, depuis un an, une glycosurie d'environ 35 grammes par jour, sans acétonurie; elle est maigre, fatiguée ; ses règles sont douloureuses.

Madame D... n'a eu qu'une grossesse. Elle ne présente aucun signe de syphilis ; sa réaction de Bordet-Wassermann, faite en octobre 1927, est négative (H7).

Elle avait un frère, également diabétique, qui est mort ; elle ignore la cause de sa mort.

Odette est née le 19 octobre 1913, après une grossesse et un accouchement normaux.

Elle est élevée presqu'exclusivement au sein jusqu'à 22 mois ; puis elle est nourrie avec des bouillies au lait et des panades ; enfin elle reçoit l'alimentation habituelle de sa famille.

Sa croissance se poursuit régulièrement ; elle fréquente l'école et travaille très bien. Elle n'a aucune maladie. En mai 1926, à 12 ans 7 mois, surviennent les premières règles ; les menstruations, assez abondantes et indolentes, reviennent régulièrement jusqu'en février 1927, à 13 ans 4 mois ; à partir de cette époque, l'aménorrhée s'installe. Entre temps, s'est manifesté un diabète.

En effet, en *juillet* 1926, à *12 ans 9 mois*, Odette commence à ressentir de la fatigue, à moins bien travailler. Un séjour à la campagne, pendant les vacances, ne l'améliore pas. Au retour, elle est toujours lasse, a fréquemment des étourdissements, travaille mal à l'école, a continuellement soif. Son médecin parle de «faiblesse de croissance».

Au début de *décembre*, elle est de plus en plus nonchalante et présente de la somnolence. A la polydipsie s'ajoute la polyphagie Bien qu'elle mange beaucoup elle maigrit notablement.

On interrompt l'école et on donne de l'huile de foie de morue.

L'état s'aggrave. Dans le courant de décembre, la dépression psychique est complète, la somnolence presque permanente, l'anorexie remplace la polyphagie, des vomissements alimentaires, des douleurs vives dans la fosse iliaque gauche et l'épigastre, de la dyspnée d'effort apparaissent.

Le 28 décembre, un médecin découvre la glycosurie et fait le diagnostic de diabète. Il injecte d'urgence 1 c. c. d'endopancrine (20 unités d'insuline) et envoie la malade à l'hôpital.

Elle est âgée de 13 *ans 2 mois*. Elle est très maigre et pèse 38 kgr.300 Elle est dans le coma. Les urines contiennent 78 grammes de glucose par jour, de grandes quantités d'acétone et d'acide diacétique ; la glycémie est de 3 gr. 65 ‰. Il s'agit d'un grand diabète avec dénutrition.

On fait immédiatement des injections d'insuline. L'enfant sort rapidement du coma ; les corps cétoniques diminuent puis disparaissent de l'urine ; la glycosurie persiste.

Le traitement par l'insuline est poursuivi, mais assez irrégulièrement. La glycosurie augmente et se maintient au voisinage de 150 grammes par vingt-quatre heures, en février et mars 1927 ; la glycémie augmente également et atteint 4 gr. 86, 4 gr.32, 4 gr. 15, en février, mars et avril. Le poids augmente.

Le 1er *mai* 1927, Odette entre à la *Clinique médicale des enfants*. Elle est âgée de 13 *ans 6 mois*.

Sa taille est de 155 cm., au lieu de la moyenne, 148 cm. ; elle présente un excès statural de 7 cm., soit 4,7 % ; elle a la taille des filles de 18 ans.

Elle pèse 41 kgr. 750, au lieu de 38 kgr. 900, poids moyen de son âge. Pour sa taille de 18 ans, elle devrait peser 49 kgr., elle présente donc une réduction pondérale de 7 kgr. 250, soit 14,7 %.

Elle est bien constituée. Son état général est bon. Ses téguments sont normaux. Elle a des poils pubiens fournis, mais les seins ne sont pas encore formés. L'aménorrhée persiste depuis deux mois.

La température est normale.

L'examen des viscères, du système nerveux, des yeux ne révèle rien de particulier. Le pouls est à 80, la pression artérielle, prise avec l'appareil de Vaquez-Laubry, de 12,5-8.

Il n'existe aucun signe de tuberculose ni de syphilis. La cuti réaction à la tuberculine est positive, la réaction de Bordet-Wassermann (H8) négative.

Par vingt-quatre heures le volume des urines est de 800 à 1.000 c. c., la glycosurie de 28 à 30 grammes ; les urines contiennent beaucoup d'acétone et d'acide diacétique.

La glycémie est de 4 gr. 30 ‰.

Nous instituons un régime comprenant par jour :

Pommes de terre	200 gr.
Légumes verts	600 gr.
Viande	125 gr.
Œufs	n° 2
Lait	450 c. c.
Beurre	90 gr.

Ce régime fournit approximativement :

Glucides	108 gr.
Lipides	103 gr.
Protides	73 gr.
Calories	1.700

Nous faisons chaque jour des injections d'endopancrine (produit contenant 20 unités d'insuline par c.c.) en variant les doses, afin de trouver celle qui est nécessaire et suffisante pour faire disparaître la glycosurie.

Voici comment se comportent la glycosurie, les corps cétoniques (acétone et acide diacétique) pendant la première phase du traitement (1er mai au 27 juillet 1927) (1) :

1-8 *mai* (8 jours), avec 80 *unités d'insuline* : les corps cétoniques disparaissent en six ou sept jours ; la glycosurie, qui variait de 30 à 57 grammes par jour, diminue et finalement est de 1 à 6 grammes.

9 *mai au* 9 *juin* (31 jours), avec 60 *unités d'insuline* : l'acétonurie est à l'état de traces ; la glycosurie se maintient généralement autour de 60 grammes, parfois tombe à 30 ou 40 grammes ou monte à 90 grammes, 100 grammes et même 147 grammes.

10 *juin au* 10 *juillet* (29 jours), avec 80 *unités d'insuline* : l'acétonurie fait défaut ; la glycosurie tombe, à partir du huitième jour, à 20 grammes et au-dessous ; à partir du dix-neuvième jour, au-dessous de 10 grammes ; à partir du vingt-sixième jour, au-dessous de 2 grammes.

9 *au* 22 *juillet* (14 jours) avec 60 *unités d'insuline* : la glycosurie disparaît au bout de sept jours (16 juillet) ; la glycémie (12 juillet) est de 2 gr. 12 ‰.

Dès lors *on diminue graduellement les doses d'insuline* :

23 juillet	50 unités
2 août	40 unités
24 août	30 unités
2 septembre	20 unités
13 septembre	10 unités

Le 28 septembre, *on la supprime.*

Pendant ce temps, il n'y a pas de glycosurie ; la glycémie s'abaisse graduellement, on dose, pour mille, 1 gr. 90 (20 juillet), 1 gr. 45 (30 juillet), 1 gr. 42 (10 août), 1 gr. 37 (2 septembre), 1 gr. 15 (13 septembre), 1 gr. 35 (28 septembre).

Après la suppression de l'insuline, la glycosurie ne reparaît pas sauf, de temps en temps, à l'état de traces.

Le 10 *octobre*, à 14 *ans moins 9 jours*, Odette mesure 156 cm. 5 au lieu de 150 cm. ; elle a un excès statural de 6 cm. 5, soit de 4 % ; elle a la taille des filles de 20 ans.

Son poids est de 48 kgr. 250, au lieu de 40 kgr. 800, poids moyen de son âge. Pour sa taille de 20 ans, elle devrait peser 50 kgr. 500 ; elle présente donc une réduction pondérale de 2 kgr. 250, soit 4,3 %, qui est dans les limites des variations physiologiques.

Depuis le 1er mai, en cinq mois, la taille a augmenté de 1 cm. 5, le poids de 4 kgr. 500. Pour les filles normales, de 13 ans 6 mois à 14 ans, l'accroissement statural est de 2 cm., l'accroissement pondéral de 1 kgr. 900.

Le régime alimentaire restant le même, l'absence de glycosurie persiste du 16 juillet au 15 décembre 1927, c'est-à-dire pendant cinq mois.

Le 16 *décembre*, deux mois et demi après la suppression de l'insuline, la glucose reparaît dans l'urine à la dose de 12 grammes par jour ; il se maintient aux environs de 10 grammes par jour et disparaît même les 2, 3 et 4 janvier 1928 (2).

La glycémie est de 2 gr. 29 ‰ (28 décembre).

(1) Voir les courbes de la glycosurie et du poids dans le *Traité de médecine des enfants* (fig. 142 et 147, pp. 290 et 295).

(2) Voir les courbes de la glycosurie et du poids dans le *Traité de médecine des enfants* (fig. 148, 149 et 150, pp. 295 et 296).

Le 5 *janvier* 1928, les règles, interrompues depuis février 1927, reparaissent ; elles durent jusqu'au 10 janvier.

La glycosurie augmente : 30 grammes, 35 grammes, 39 grammes (17 janvier) par jour.

L'acétonurie se montre, d'abord à l'état de traces, puis en petite quantité, enfin en assez grande quantité.

La glycémie s'élève légèrement (2 gr. 75 ‰, le 11 janvier).

A partir du 16 *janvier*, on ajoute au régime suivi depuis le 1er mai 1927 (voir ci-dessus) 50 grammes de lait, 50 grammes de fromage de gruyère, 4 sardines, 10 grammes d'amandes. Le régime fournit approximativement :

Glucides	114 gr.
Lipides	125 gr.
Protides	85 gr.
Calories	1.900

Le 18, on *recommence les injections d'insuline, à doses croissantes* : 10 unités (18 janvier), 20 unités (24 janvier), 30 unités (27 janvier), 40 unités (1er février), 50 unités (4 février), 60 unités (9 février).

Durant ce traitement, la glycosurie atteint 60 grammes par jour, l'acétonurie est forte.

Avec 70 *unités* (10 *février*), la glycosurie s'abaisse à 17-18 grammes, puis remonte à 60-65 grammes, l'acétonurie tombe à l'état de traces.

Avec 80 *unités* (11 *mars*), la glycosurie, après quelques oscillations, et l'acétonurie disparaissent. La glycémie est de 2 gr. 10 ‰ (16 mars).

On continue cette dose d'insuline pendant dix-huit jours, puis *on diminue graduellement les doses* : 70 unités (19 mars), 60 unités (27 mars), 50 unités (5 avril), 40 unités (13 avril). Les urines ne contiennent toujours ni glucose, ni acétone.

Avec 30 *unités* (18 *avril*), il n'y a d'abord ni glycosurie, ni acétonurie. Mais, au bout de douze jours (30 avril), la *glycosurie reparaît* (12 grammes par jour), puis se maintient entre 7 et 15 grammes par jour. Il n'y a pas d'acétonurie. La glycémie est de 2 gr. 12 ‰.

A *partir du 7 mai, on injecte* 40 *unités*. La glycosurie persiste (6 à 20 grammes par jour), les urines contiennent des traces d'acétone.

On *augmente les doses d'insuline*, 60 unités (26 mai), 80 unités (4 juin). La glycosurie se maintient à 20-25 grammes et atteint parfois 30 ou 35 grammes ; l'acétonurie est toujours à l'état de traces.

Enfin avec 90 *unités* (2 *juillet*), la glycosurie et l'acétonurie disparaissent au bout d'une douzaine de jours (15 juillet).

On *recommence la diminution des doses* : 80 unités (20 juillet), 70 unités (30 juillet), 60 unités (6 août), 50 unités (21 août), 40 unités (28 août), 30 unités (4 septembre). Pendant ce temps, il n'y a habituellement ni glycosurie, ni acétonurie ; de temps en temps, l'urine contient passagèrement 5 à 10 grammes de glucose et des traces d'acétone. La glycémie est de 2 gr. 25 ‰ (23 juillet).

Le 11 *septembre*, on abaisse la dose d'insuline à 20 *unités*. Au bout d'une dizaine de jours, la glycosurie reparaît et se maintient à 5-10 grammes ; les urines contiennent des traces d'acétone.

Le 28 *septembre*, on remonte à 40 *unités*. La glycosurie et l'acétonurie disparaissent; de loin en loin cependant les urines contiennent 4 ou 5 grammes de glucose. La glycémie est de 1 gr. 84 ‰ (12 octobre).

Au bout de trois mois, on abaisse la dose d'insuline à 30 *unités* (5 janvier 1929). La glycosurie reparaît.

Avec 40 *unités* (18 janvier) elle disparaît.

Ensuite, avec 30 *unités* (14 mars), 35 *unités* (29 avril), 40 *unités* 27 mars), il n'y a habituellement pas de glycosurie ; celle-ci apparaît passagèrement, atteignant 20 à 25 grammes par jour, puis seulement 10 à 15 grammes par jour, accompagnée de petites quantités d'acétone.

A partir de septembre on diminue les doses d'insuline : 30 unités (16 septembre), 20 unités (26 septembre.) Il n'y a pas de glycosurie. Mais celle-ci reparaît et atteint 25 à 30 grammes au moment d'une période menstruelle (4 au 6 novembre).

On remonte à 30 *unités* (7 novembre) puis on diminue à 20 *unités* (7 décembre), à 10 *unités* (26 décembre). Il n'y a pas de glycosurie.

Du 15 *au* 30 *janvier* 1930, on injecte, 10 *unitée tous les trois jours*, Il n'y a pas de glycosurie (1).

A *partir du* 31 *janvier*, on injecte 10 *unités une fois par semaine*. La glycosurie reparaît et atteint 10 grammes, quelquefois 15 grammes.

On revient aux *injections quotidiennes* : 10 unités (13 février), 20 unités (2 mars). La glycosurie persiste entre 5 et 10 grammes, puis disparaît certains jours et enfin définitivement en mai, deux ans et cinq mois après sa réapparition.

Pendant quatre mois, avec 20 *unités*, il n'y a pas de glycosurie. En septembre celle-ci reparaît et atteint 18 à 20 grammes ; il y a une légère acétonurie.

La glycosurie persiste avec 20 *unités*. Puis, avec 40 *unités* (8 février 1931), elle diminue et tombe à l'état de traces.

A partir du 2 *mai* 1931, *on varie les doses d'insuline* (10, 20, 30 et même 45 unités), en tenant compte du taux de la glycosurie. Celle-ci est très irrégulière : 40 grammes (début de décembre 1931), 15 à 20 grammes (avril 1932), 5 à 40 grammes (mai) ou petite quantité (juin), 10 à 20 grammes (*mai* 1933), 20 grammes (octobre et novembre).

En *décembre* 1933, avec 15 *unités*, la glycosurie tombe à 5 grammes, 2 grammes, 1 gr. 50.

A partir du 3 *mars* 1934, on injecte seulement 10 *unités*.

La glycosurie est faible et irrégulière. Le 21 juillet, elle est de 5 gr. 70 par litre, il n'y a pas d'acétonurie ; la glycémie est de 1 gr. 51 ‰, la cholestérolémie de 2 gr. ‰.

Depuis le début de 1935, on continue d'injecter chaque jour 10 *unités* d'insuline. Le régime est large et Odette mange à peu près de tout ; cependant la ration de glucides est limitée à 100 grammes de pommes de terre, deux petits morceaux de pain de gluten et de pain ordinaire.

Dans ces conditions, il n'y a pas de glycosurie ; cependant de loin en loin, passagèrement, on trouve dans les urines une petite quantité de glucose.

A partir du 24 *septembre, l'insuline est supprimée*, l'alimentation restant la même. Une glycosurie intermittente apparaît : 1 ou 2 grammes de glucose par litre tous les deux jours.

Le 11 *octobre, on recommence l'insuline* (10 unités par jour) ; la glycosurie disparaît complètement.

Actuellement (21 *octobre* 1935), Odette a 22 *ans*. Elle est bien portante ; toutefois, depuis l'apparition des premiers froids elle se sent fatiguée comme toujours à la même époque. Elle mesure 160 cm. et pèse 54 kgr. 600 (elle pesait, le 1er juillet, 56 kgr., le 23 septembre 55 kgr.) ; son périmètre thoracique xiphoïdien mesure 70-79 = 74 cm. 5 son coefficient de Pignet est de 30,9. Les menstruations sont régulières et ne sont plus douloureuses.

Pendant toute la durée de l'observation nous avons suivi l'évolution de la TAILLE, du POIDS et des principaux CARACTÈRES ANTHROPOMÉTRIQUES.

Dans le tableau suivant sont inscrites les *tailles* d'Odette (1), les tailles moyennes des filles, puis, Odette ayant toujours eu des tailles supérieures à celles-ci, l'excès statural réel et l'excès statural pour 100.

Dates	Ages		Tailles Odette	Tailles Moyennes	Excès statural réel	Excès statural pour 100
1er mai 1927.......	13 ans	6 mois	155 cm.	148 cm.	7 cm.	4,7
20 juillet	13 ans	9 mois	155,5	149	6,5	4,3
10 octobre	14 ans		156,5	150	6,5	4,3
janvier 1928.......	14 ans	3 mois	157,5	150,5	7	4,6
15 mars	14 ans	5 mois	158	151	7	4,6
15 mai............	14 ans	7 mois	158,5	151	7,5	4,9
24 août	14 ans	10 mois	159	151,5	7,5	4,9
3 janvier 1929	15 ans	2 mois	160	152	8	5,2
1er mai 1935.......	21 ans	7 mois	160	156	4	2,5

Voici maintenant les *poids* d'Odette, les poids moyens des filles plus âgées dont elle a les tailles, les écarts réels et pour 100 entre ces poids (2).

Dates	Ages		Poids de Odette	Poids moyens pour la taille	Réduction pondérale réelle	Réduction pondérale pour 100
			kg.	kg.	kg	
23 décembre 1926.	13 ans	2 mois	33,300	»	»	»
1er mai 1927.....	13 ans	6 mois	41,750	49	7,250	14
10 octobre.......	14 ans		48,300	55	7	12
15 mai 1928......	14 ans	7 mois	55	57	2	3
24 août	14 ans	10 mois	55,500	58	2,500	4
3 janvier 1929....	15 ans	2 mois	[illegible]	59	[illegible]	6
12 septembre 1930	16 ans	11 mois	55,300	59	3,700	6
13 décembre.....	17 ans	2 mois	54,800	59	4,200	7
10 octobre 1931..	18 ans		55,700	59	3,300	5
17 décembre 1932.	19 ans	1 mois	56,500	59	2,500	4
14 octobre 1933..	20 ans		55,500	59	3,500	5
15 septembre 1934	20 ans	11 mois	55,500	59	3,500	5
1er mai 1935.....	21 ans	6 mois	56,000	59	3,000	5
27 août 1935	21 »	10 mois	54,500	59	4,500	7
28 septembre 1935.	21 ans	11 mois	55,000	59	4,000	6

(1) Voir *Journal des Praticiens*, 22 novembre 1930.

(1) Pour les tailles jusqu'à 17 ans voir P. NOBÉCOURT. Modalités de la croissance staturale des filles de haute taille. *Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIV, nos 2 et 3, février et mars 1931. Obs. XXXVIII.

(2) Pendant la période de croissance, il convient de comparer les poids avec ceux des sujets de même taille plutôt qu'avec ceux des sujets de même âge. P. NOBÉCOURT. Quelques données numériques sur la maigreur chez les enfants et les jeunes gens. *Gazette des Hôpitaux*, 28 août et 4 septembre 1935.

Voici, pour terminer les *caractères anthropométriques* d'Odette à 14 ans 6 mois, 16ans 11 mois, 21 ans 6 mois, comparés à ceux des femmes de même taille.

20 *avril* 1928, *à* 14 *ans* 6 *mois*.

T. = 158 cm. — T. de 14 ans 6 mois = 151 cm. — Excès statural 7 cm., soit 4,6 %. — Taille moyenne de femme adulte.

Les mesures comparées à celles d'une femme de 158 cm. sont les suivantes :

	Odette	Femme de 158 cm.
B	83 cm. 5	84 cm.
S	74 cm. 5	74 cm.
$\frac{S}{B}$	0,892	0,880
P	55 kgr. 000	57 kgr. 000
$\frac{P}{T}$	348	360
Pt-xiph.	71-78 cm. = 74 cm. 5	81 cm.
$\frac{Pt}{T}$	0,471	0,512
Coeff. de Piquet	28,5	20

12 *septembre* 1930, *à* 16 *ans* 11 *mois*.

T. = 160 cm. — T. de 16 ans 11 mois = 154 cm. — Excès statural = 6 cm., soit 3,8 %. — Taille moyenne de femme adulte.

Les mesures comparées à celles d'une femme de 160 cm. sont les suivantes :

	Odette	Femme de 160 cm.
B	85 cm. 5	85 cm.
S	74 cm. 5	75 cm.
$\frac{S}{B}$	0,870	0,882
P	55 kgr. 300	59 kgr. 000
$\frac{P}{T}$	345	368
Pt.xiph.	70-78 = 74 cm.	82 cm.
$\frac{Pt}{T}$	0,462	0,512
Coeff. de Piquet	30,7	19

1er *mai* 1935, *à* 21 *ans* 6 *mois*.

La taille, le buste et les membres inférieurs sont les mêmes que précédemment.

Les autres mesures comparées à celles d'une femme de 160 cm. sont les suivantes :

	Odette	Femme de 160 cm.
P	56 kgr. 000	59 kgr. 000
$\frac{P}{T}$	350	368
Pt xiph.	71-79 cm. = 75 cm.	82 cm.
$\frac{Pt}{T}$	0,468	0,512
Coeff. de Piquet	29	19

* * *

L'histoire d'Odette suggère un certain nombre de remarques sur le grand diabète avec dénutrition des enfants et des jeunes gens, traité régulièrement par l'insuline.

Étiologie. — Odette a une *hérédité diabétique* : sa mère est diabétique ; un frère de celle-ci était diabétique.

Cette hérédité n'est pas rare à l'origine du diabète des enfants. Toutefois elle n'est pas fréquente ; d'après Joslin, elle ne se rencontre que dans 12 à 16 % des cas.

On ne constate aucun autre facteur étiologique. Notamment il n'y a *pas de syphilis*.

L'hérédité syphilitique est d'ailleurs rare. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans 5 % (Nobécourt) dans 1,6 % (Joslin) des cas.

Odette est une fille ; elle a présenté les premiers symptômes du diabète à 12 ans 9 mois. On peut se demander si l'âge et le sexe ont eu une influence sur l'apparition de la maladie.

Le diabète se rencontre chez les enfants de tous *âges*, mais sa fréquence augmente avec les années.

D'après les statistiques anciennes d'H. Leroux, Stern, Wegeli, Saundby, réunissant 108 cas, l'âge du début est (1) :

Au-dessous d'un an :	9 cas, soit	2,2 %
De 1 à 5 ans :	77 » »	18,8
De 5 à 10 ans :	122 » »	29,9
De 10 à 15 ans :	200 » »	49,0

On compte donc 50,9 % des cas pendant les dix premières années de la vie et presque le même nombre de cas (49 %) pendant les cinq années suivantes (10 à 15 ans).

Pour ma part, dans une statistique dressée en 1928 (2) et portant sur 20 cas, je relève :

De 2 à 5 ans :	3 cas, soit	15 %
De 6 à 10 ans :	8 » »	40
De 11 à 16 ans :	9 » »	45

Le diabète se rencontre dans les deux *sexes* ; suivant les auteurs, il est surtout fréquent soit chez les garçons soit chez les filles.

D'après mes observations, il me paraît avoir une certaine prédilection pour les filles.

Sur les 20 cas, que je viens de citer, il y a 13 filles (65 %) et 7 garçons (35 %).

La plus grande fréquence du diabète chez les filles est surtout manifeste à partir de 9 ans.

Sur mes 20 malades, on remarque que le diabète a débuté :

De 2 à 8 ans, chez 6 : 3 filles (50 %) et 3 garçons (50 %) ;
De 9 à 16 ans, chez 14 : 10 filles (71,4 %) et 4 garçons (28,5 %).

Chez les filles, se produit, de 9 à 12 ans, la poussée de croissance prépubérale et se poursuit de 12 à 15 ans l'évolution de la puberté.

Chez les garçons, ces phénomènes sont plus tardifs ; et la puberté évolue de 14 ans et demi à 17 ans et demi. D'autre part, la puberté entraîne des modifications plus rapides et plus importantes chez les filles que chez les garçons. Il est donc permis de penser que la puberté joue un rôle dans l'apparition du diabète chez les filles.

Début et évolution du diabète avant le traitement par l'insuline. — Chez Odette, le *début clinique du diabète*, à 12 ans 9 mois, est *insidieux*, mais l'*évolution assez rapide*.

La malade présente une fatigue croissante, devient apathique, travaille mal à l'école ; elle a de la polydipsie, de la polyurie, puis de la polyphagie et cependant elle maigrit beaucoup.

Ces phénomènes s'accentuent et, cinq mois environ après leur apparition, surviennent des accidents graves : somnolence presque permanente, anorexie, vomissements alimentaires, douleurs vives dans l'abdomen, dyspnée d'effort.

C'est alors seulement qu'on examine les urines, qu'on constate une importante glycosurie et qu'on fait le diagnostic du diabète.

A ce moment, Odette, âgée de 13 ans 2 mois, est très maigre. Elle est dans le coma. Ses urines contiennent 78 grammes de glucose par jour, de grandes quantités d'acétone et d'acide diacétique, la glycémie est de 3 gr. 65 ‰.

En présence du tableau clinique que je viens d'esquisser, il faut toujours rechercher la glycosurie. Dès cette période, elle est, en général déjà forte.

Cette modalité du début est la plus habituelle chez les enfants. Dans des cas plus rares, le *début clinique* est *brusque* ou *rapide*. Alors, les grands symptômes s'installent d'emblée et le malade peut tomber dans le coma au bout de quelques heures. Il est possible que le diabète ait existé depuis un certain

(1) P. Nobécourt. — *Précis de Médecine des Enfants*. Masson et Cie, 1907, p. 532.

(2) *Journal des Praticiens*, 1er juin 1929.

temps et soit resté occulte ; mais il y a des observations où l'absence de glycosurie est constatée avant le début brusque ou rapide des symptômes.

Évolution du diabète pendant le traitement par l'insuline. — Cinq mois environ après le début clinique du diabète, le diagnostic est porté. Odette, qui a 13 ans 2 mois, est dans le coma ; son état est grave.

On commence les injections d'insuline.

Comme dans la plupart des cas similaires, les effets de ce *traitement d'attaque* sont remarquables. L'enfant sort du coma, les divers symptômes, les corps cétoniques diminuent, puis disparaissent.

La glycosurie, qui souvent d'ailleurs est moins rapidement influencée, persiste ; malgré un traitement — assez irrégulier, il est vrai — elle augmente ; la glycémie reste forte.

C'est alors, neuf ou dix mois après le début clinique du diabète, que nous commençons méthodiquement le *traitement de fond* décrit ci-dessus. Odette est âgée de 13 ans 6 mois.

Il faut élever à 80 unités les doses d'insuline, pour que la glycosurie et l'acétonurie disparaissent, tandis que le taux de la glycémie diminue de 4 gr. 30 ‰ à 2 gr. 12 ‰. Ces résultats sont acquis après un traitement de deux mois et demi, un an après le début clinique du diabète.

Dès lors, on peut diminuer graduellement les doses d'insuline pour les supprimer, sans que la glycosurie reparaisse. Pendant cinq mois, les urines ne contiennent pas de glucose.

Au bout de ces cinq mois, deux mois et demi après la suppression de l'insuline, la glycosurie et l'acétonurie reparaissent et augmentent rapidement, la glycémie est un peu plus élevée (2 gr. 75 ‰) que précédemment.

Odette a 14 ans 8 mois. On reprend les injections d'insuline. Il faut atteindre 90 unités pour faire disparaître la glycosurie et l'acétonurie.

Pendant longtemps, on ne peut abaisser les doses d'insuline au-dessous de 40 unités ; la glycosurie reparaît avec 30 ou 20 unités. Cependant la glycémie diminue : 2 gr. 12 ‰, 1 gr. 84 ‰.

C'est seulement vingt-deux mois après le commencement de la deuxième période de traitement qu'avec 20 unités la glycosurie disparaît. Odette est alors âgée de 16 ans 8 mois.

Bien que la même dose d'insuline soit continuée, la glycosurie reparaît au bout de quatre mois.

Elle persiste avec des doses d'insuline, qui varient, suivant les phases, de 10 à 40 unités, pendant près de trois ans et demi

Enfin, avec 10 unités, elle disparaît. Odette a alors 20 ans et demi.

Avec cette dose, qui n'est pas abandonnée, Odette n'a pas habituellement de glycosurie ; de loin en loin seulement, son urine contient passagèrement une petite quantité de glucose ; sa glycémie est de 1 gr. 51 ‰.

Au bout d'un an et demi environ, quand Odette a 21 ans 11 mois, on essaie de supprimer l'insuline. La glycosurie reparaît. Au bout d'une quinzaine de jours on reprend l'insuline à la dose de 10 unités et la glycosurie disparaît.

Des faits qui viennent d'être exposés résultent plusieurs conclusions importantes pour le traitement de fond du diabète sucré par l'insuline.

1° *La posologie de l'insuline n'est pas uniforme.* Pour un même malade et avec une insuline donnée (les diverses insulines n'ont pas toutes, en effet, la même activité), les doses qui entraînent la disparition de la glycosurie et l'abaissement de la glycémie, sont différentes suivant la phase de la maladie. Il faut procéder par tâtonnement, chercher la dose nécessaire et suffisante d'abord pour faire disparaître la glycosurie, ensuite pour empêcher son retour. Il convient de varier les doses par étapes plus ou moins longues ; on les augmente ou on les diminue de 10 unités tous les dix jours, par exemple.

2° *Le traitement doit être continué pendant longtemps* ; ses effets doivent être contrôlés par l'examen régulier des urines. C'est seulement après plusieurs semaines d'aglycosurie avec une dose de 10 unités qu'on peut essayer la suppression de l'insuline. Mais il faut la recommencer, dès que la glycosurie reparaît.

3° Les *reprises de la glycosurie* peuvent survenir, que le traitement soit interrompu ou soit encore en cours.

Pendant le traitement par l'insuline, il convient de prescrire un *régime alimentaire mixte*, suffisamment riche en protides et en lipides, contenant des quantités déterminées de glucides ; cette précaution est nécessaire pour pouvoir apprécier les effets de l'insuline. Suivant la teneur en glucides de l'alimentation, il faut, en effet, des doses plus ou moins fortes d'insuline.

Pour Odette, la ration de glucides a été approximativement de 2 gr. 50 puis de 2 grammes par kilogramme corporel.

Avec ce régime, le *poids* a augmenté tout d'abord : il est au début du traitement, à 13 ans 6 mois, de 41 kgr. 750 ; il atteint, à 14 ans 7 mois, 55 kgr. ; l'augmentation est donc de 13 kgr. 250 en treize mois. A 14 ans 7 mois, le poids est supérieur au poids moyen de l'âge, inférieur de 2 kgr. 500, soit 4 %, au poids moyen conforme à la taille de 159 cm., qui est celle d'une femme adulte.

Dans la suite, quand, à partir de 15 ans 2 mois, la taille se fixe à 160 cm., le poids se stabilise aux environs de 55 kgr. Par rapport au poids moyen des femmes de 160 cm., qui est de 59 kgr., il est inférieur de 4 kgr, soit 6 %. C'est donc un poids moyen pour la taille, mais un peu faible.

Odette présente des variations, peu importantes d'ailleurs, du poids.

Ces variations du poids, qui sont fréquentes chez les enfants traités par l'insuline (1), dépendent, dans une certaine mesure, des modifications dans l'hydratation des tissus. De fait, pendant longtemps, Odette offre, à maintes reprises de la bouffissure du visage et des extrémités des membres inférieurs ; ces phénomènes ne se produisent plus depuis plusieurs mois.

Le traitement par l'insuline a toujours été bien toléré. On peut noter cependant, à certaines périodes, du gonflement douloureux au lieu des injections et, à quelques reprises, des malaises après les injections, malaises dus à l'hypoglycémie quand la malade omettait de prendre un aliment hydro-carboné.

Insuline et croissance staturale. — A 13 ans 6 mois, quand nous commençons à soigner Odette, elle a une taille de 155 cm., au lieu de 148 cm. un excès statural de 7 cm., soit 4,7 % ; sa taille est celle des filles de 18 ans. Elle présente une hypertrophie staturale légère.

On peut présumer qu'à 12 ans 9 mois, quand se sont manifestés les premiers symptômes du diabète, elle avait déjà une stature élevée.

Divers auteurs, tels que Ladd, Spencer, Boyd et Nelson, Robinowitch et Bazin, P. White, etc., aux Etats-Unis, Marcel Labbé, en France, estiment qu'une haute taille, une *hypertrophie staturale*, est un *facteur étiologique du diabète*.

Cette opinion ne me paraît pas justifiée pour plusieurs raisons.

1° Il faut préciser qu'il ne s'agit pas d'une haute taille restant dans les limites des variations physiologiques, mais d'une hypertrophie staturale.

Il faut préciser les caractères de l'hypertrophie staturale, distinguer les hypertrophies staturales simples, souvent physiologiques, et les hypertrophies staturales complexes, qui n'ont pas la même signification (2).

2° Les enfants de haute taille, qu'ils présentent de l'hypertrophie staturale simple ou une hypertrophie staturale complexe, sont légion. Rares sont ceux atteints de diabète.

3° Les enfants diabétiques présentent les mêmes diversités de tailles que les enfants non diabétiques.

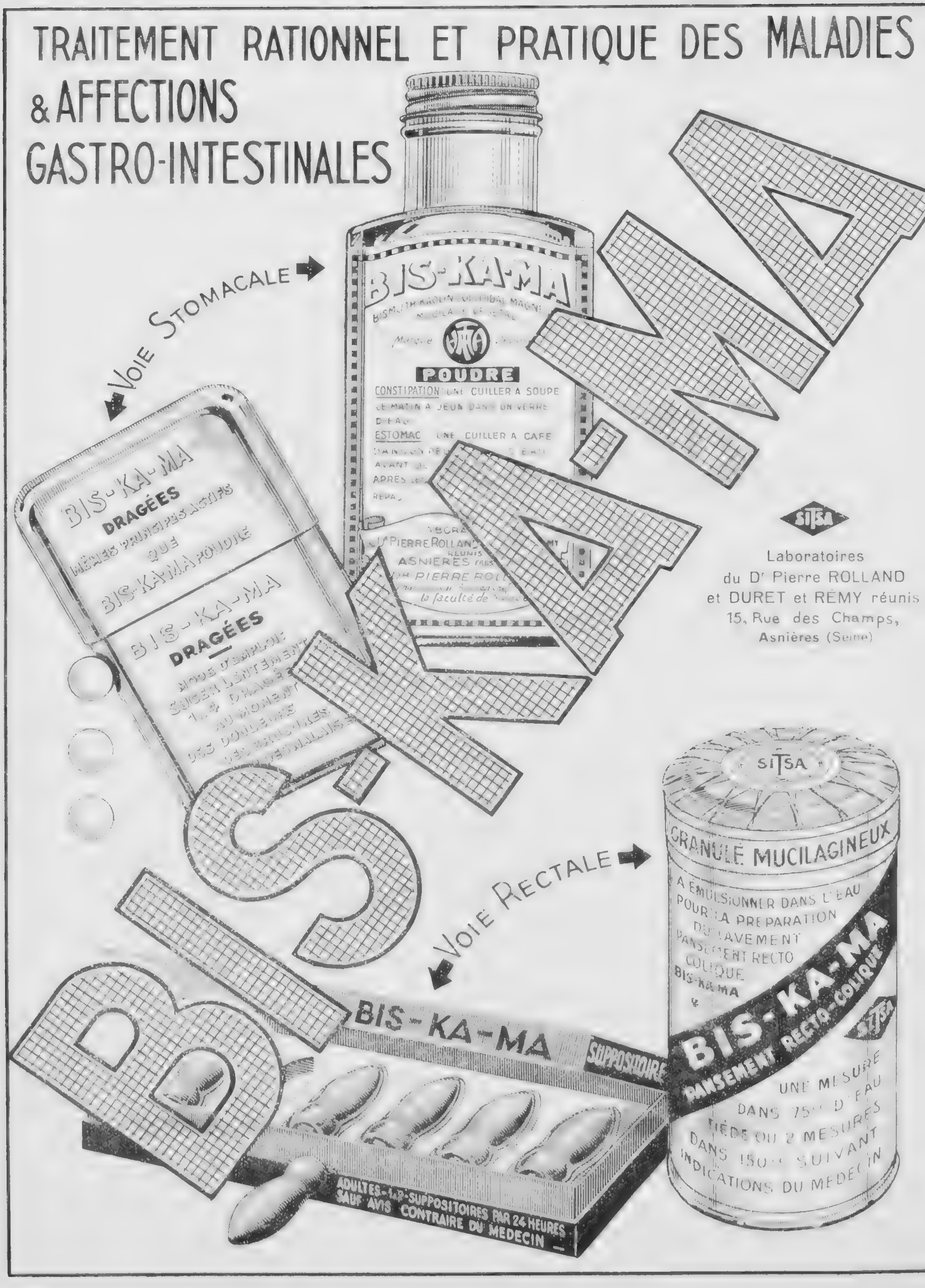
En 1928, sur 11 filles diabétiques âgées de 7 à 15 ans, j'en trouve (3) :

5 (45,45 %) ayant des tailles moyennes ;
1 (9 %) ayant de l'hypertrophie staturale ;
5 (45,45 %) ayant de l'hypotrophie staturale.

(1) P. Nobécourt. — Le poids des enfants diabétiques traités par l'insuline. *Archives de Médecine des Enfants*, 1er janvier 1923.

(2) P. Nobécourt et M. Kaplan. — Les hypertrophies staturales et le [illegible], *in* Nobécourt et L. Babonneix. *Traité de Médecine de* [illegible], tome I, 1934.

(3) *Journal des Praticiens*, 1er juin 1929.


TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES
& AFFECTIONS
GASTRO-INTESTINALES
VOIE STOMACALE
BIS-KA-MA
POUDRE
CONSTIPATION
ESTOMAC
BIS-KA-MA
DRAGÉES
BIS-KA-MA
Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND
et DURET et RÉMY réunis
15, Rue des Champs,
Asnières (Seine)
VOIE RECTALE
SITSA
GRANULÉ MUCILAGINEUX
BIS-KA-MA
PANSEMENT RECTO-COLIQUE
UNE MESURE DANS 75cc D'EAU TIÈDE OU 2 MESURES DANS 150cc SUIVANT INDICATIONS DU MÉDECIN
BIS-KA-MA
SUPPOSITOIRE
ADULTES - 1 à 2 SUPPOSITOIRES PAR 24 HEURES SAUF AVIS CONTRAIRE DU MÉDECIN

Pendant le traitement par l'insuline, Odette grandit. De 13 ans 6 mois à 15 ans 2 mois, sa taille passe de 155 cm. à 160 cm. ; elle augmente de 5 cm. Pendant la même période, la taille des filles moyennes passe de 148 cm. à 152 cm. ; l'augmentation est de 4 cm. La croissance staturale d'Odette ne présente donc rien de particulier.

A partir de 15 ans, la taille d'Odette ne change plus, celle des filles moyennes augmente jusqu'à 156 cm., à 20 ans. L'arrêt de la croissance chez Odette est un fait banal ; chez beaucoup de filles qui ont un accroissement statural précoce et exagéré, la taille se stabilise à 13, 14 ou 15 ans.

De ce fait, quand la fille est devenue adulte, la taille peut devenir moyenne. C'est le cas pour Odette, qui, à 22 ans, a seulement un excès statural de 4 cm., soit de 2,5 %.

Remarquons, que, pour sa taille, elle a toujours été mésoskèle, mais que le poids, le périmètre thoracique, leurs rapports avec la taille ont toujours été un peu faibles, le coefficient de Piquet un peu fort.

Somme toute, rien n'autorise à penser que l'insuline ait joué un rôle dans la croissance staturale d'Odette.

De fait, contrairement à l'opinion de divers auteurs, l'*influence de l'insuline sur la croissance staturale est nulle ou faible*, et, en tout cas, très inconstante. Comme je l'ai écrit avec P. Ducas (1), chez les diabétiques de stature moyenne, la croissance staturale reste moyenne ; chez les diabétiques de haute stature la croissance, suivant les cas, se poursuit ou s'arrête, conformément aux modalités qu'on peut rencontrer chez les sujets non diabétiques (2); dans le diabète avec hypotrophie staturale, la croissance staturale reste insuffisante.

Insuline et évolution sexuelle. — Odette a ses premières règles à 12 ans 7 mois ; ensuite ses menstruations sont régulières. L'apparition des premiers symptômes du diabète, à 12 ans 9 mois, son aggravation, ne les interrompent pas. Elles sont supprimées seulement à 13 ans 5 mois, alors que le traitement par l'insuline est suivi depuis trois mois. Elles reparaissent, à 14 ans 3 mois, après une interruption de dix mois, alors que le traitement par l'insuline est supprimé depuis trois mois. Depuis elles sont habituellement régulières, abondantes, souvent douloureuses.

Il ne semble pas que l'insuline exerce une action directe sur les fonctions menstruelles. Dans les diabètes avec dénutrition, elle peut intervenir d'une façon indirecte, en améliorant l'état général, pour provoquer l'apparition des premières règles ou le retour des menstruations, si elles ont été interrompues. Dans les diabètes avec hypotrophie staturale et absence d'évolution pubérale elle ne stimule ni l'accroissement de la taille, ni l'évolution des phénomènes de la puberté.

*
* *

Il est intéressant de préciser l'*influence des menstruations sur la glycosurie*. Voici quelques constatations. Nous donnons le taux moyen de la glycosurie pendant plusieurs jours.

I. *Janvier* 1928, 14 *ans* 2 *mois*.

Pas d'insuline.

Glycosurie irrégulière, jusqu'à 10 grammes par jour, nulle les 2, 3 et 4 janvier.

Règles du 5 au 10 janvier. La glycosurie est de 20 gr. 70 par jour.

Période post-menstruelle (11, 12, 13 janvier). La glycosurie monte à 28 gr. 96 par jour, l'acétonurie apparaît.

II. *Février* 1928, 14 *ans* 3 *mois*.

Insuline, 30 unités. Glycosurie, 56 gr. 90 par jour.

Règles du 2 au 8 février. Insuline, 50 unités. Glycosurie, 59 gr. 05 par jour.

Période post-menstruelle (9-15 février). Insuline 60 unités (février), 70 unités (à partir du 10 février). Glycosurie : 48 gr. 50 par jour.

III. *Février-mars* 1928, 14 *ans* 4 *mois*.

Insuline, 70 unités. Glycosurie, 48 gr. 34 par jour.

Règles du 28 février au 5 mars. Insuline 80 unités. Glycosurie, 24 gr. 71 par jour.

Période post-menstruelle (6 au 12 mars). Insuline, 80 unités. Glycosurie, 3 gr. 15 par jour.

IV. *Mars-avril* 1928, 14 *ans* 5 *mois*.

Insuline, 80 unités. Glycosurie, nulle ou traces.

Règles du 22 au 28 mars. Insuline, 80 unités. Glycosurie, nulle ou traces.

Période post-menstruelle. Insuline, 60 unités. Glycosurie, nulle.

V. *Avril-mai* 1928, 14 *ans* 6 *mois*.

Insuline, 30 unités. Glycosurie nulle.

Règles du 22 au 27 avril. Insuline, 30 unités. Glycosurie, nulle, traces, 2 grammes, 1 gramme par jour.

Période post-menstruelle (28 avril-4 mai). Insuline, 20 unités puis 30 unités. Glycosurie, 9 gr. 17 par jour.

VI. *Mai* 1928, 14 *ans* 7 *mois*.

Insuline, 40 unités. Glycosurie 10 gr. 22 par jour.

Règles du 20 au 26 mai. Insuline : 40 unités. Glycosurie, 27 gr. 19 par jour.

Période post-menstruelle (27 mai-2 juin). Insuline, 60 unités. Glycosurie : 25 gr. 19 par jour.

VIII. *Juin-juillet* 1928, 14 *ans* 8 *mois*.

Insuline, 80 unités. Glycosurie, 16 gr. 04 par jour.

Règles du 23 au 29 juin. Insuline, 80 unités. Glycosurie, 31 gr. 57 par jour.

Période post-menstruelle (30 juin-5 juillet). Insuline, 80 unités. Glycosurie : 31 gr. 75 par jour.

L'examen des faits établit les notions suivantes :

1° Dans une période où on n'injecte pas l'insuline, alors que la glycosurie est légère ou même nulle, la glycosurie devient permanente et augmente pendant et après les règles (I).

2° Dans des périodes où, avec l'insuline, il n'y a pas de glycosurie, les règles tantôt ne font pas apparaître la glycosurie (IV) tantôt déclenchent une petite glycosurie (V), la dose d'insuline restant la même.

3° Dans des périodes, où, avec de l'insuline, il y a de la glycosurie :

si la dose d'insuline reste la même, la glycosurie augmente (VI et VII) ;

si la dose d'insuline est augmentée, tantôt la glycosurie diminue (III), tantôt elle s'accroît (II).

La même influence des règles sur la glycosurie se retrouve même alors que le traitement est poursuivi sans interruption depuis quinze mois.

VIII. *Avril-mai* 1929, 15 *ans* 6 *mois*.

Insuline, 30 unités.

Glycosurie (28 avril-3 mai), 4 gr. 16 par jour (0, 1 gramme, 2 gr. 31, 8 gr. 85, 11 gr. 80).

Règles du 4 au 8 mai. Glycosurie, 10 gr. 59 par jour (1 à 23 grammes par jour).

Période post-menstruelle (9 au 15 mai). Glycosurie, 11 gr. 27 par jour (1 gramme à 28 gr. 38 par jour).

*
* *

En conclusion notre malade doit être classée dans la première modalité évolutive, signalée au début de ce travail, des diabètes avec dénutrition traités par l'insuline. Depuis l'âge de 13 ans 2 mois, où elle a été soumise, pour la première fois, au traitement, cinq mois après le début du diabète, son état s'est grandement amélioré.

Alors qu'avant l'insuline le pronostic des grands diabètes avec dénutrition était à peu près fatal et leur durée de trois ans au plus, elle a actuellement 22 ans, son diabète dure depuis plus de neuf années et rien n'autorise à penser que son existence soit menacée.

Sa santé est bonne, bien que son embonpoint soit un peu

(1) *Traité de Médecine des Enfants*, p. 297.
(2) P. Nobécourt. *Archives de Médecine des Enfants*, février et mars 1931. — Modalités de la croissance staturale chez les garçons de haute stature. *Gazette des Hôpitaux*, 27 novembre 1929, n° 95, p. 1701.

faible. Elle mène sans fatigue, une existence normale et travaille dans un laboratoire de biologie médicale.

Elle n'a plus de glycosurie et sa glycémie est normale.

Toutefois, elle n'est pas guérie, elle est toujours diabétique. Bien qu'elle ne suive pas un régime trop strict, elle doit le surveiller, limiter la ration de glucides, et faire chaque jour une injection de 10 unités d'insuline. De temps en temps une infraction au régime fait réapparaître une légère glycosurie transitoire. Il est permis de penser que, sans ces précautions, la glycosurie se montrerait de nouveau ; la suppression passagère de l'insuline a été suivie d'un retour de la glycosurie.

Il est intéressant de signaler que la mère est atteinte d'un grand diabète qui a été constaté à 35 ans ; que, huit ans plus tard, à 43 ans, malgré un régime hypoglycosique et 60 unités d'insuline, la glycosurie persiste aux environs de 35 grammes par jour et l'état général est médiocre.

Principes directeurs du traitement de la tuberculose chez les diabétiques

Par Marcel PERRAULT

Chef de clinique à la Faculté de Paris

Depuis toujours la tuberculose pulmonaire est réputée comme susceptible au premier chef d'offrir aux diabétiques une occasion de mourir.

Mais, ce privilège redoutable, la thérapeutique insulinienne l'a renforcé, en prolongeant l'existence de nombreux diabétiques, et en abaissant, dans des proportions considérables, le taux de la mortalité par coma acidosique.

A l'heure actuelle, en effet, d'après les statistiques concordantes des divers auteurs, cette mortalité par coma diabétique n'excède pas 20 % des cas, tandis que la tuberculose pulmonaire en revendique 60 % s'il s'agit de diabète consomptif, 30 % s'il s'agit de diabète simple.

Il n'est donc pas inutile d'accorder quelque attention à la thérapeutique qu'il convient d'instituer chez les diabétiques tuberculeux, d'autant que ses moyens sont simples, qu'ils sont puissants — et qu'ils sont efficaces pour peu qu'on les mette en œuvre à bon escient.

Ce sont les quelques idées générales que nous allons esquisser qui doivent inspirer cette mise en action de techniques correctes et précises tant contre la tuberculose que contre le diabète, techniques qui n'ont d'ailleurs rien de particulier en soi.

*
* *

La découverte de l'insuline ne remonte pas à plus de quinze ans. Avant les travaux de Banting et Best, la thérapeutique des états diabétiques était bien souvent un leurre.

La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire, seule méthode ayant fait ses preuves comme traitement de cette redoutable maladie, il n'y a guère plus longtemps qu'elle est bien réglée dans ses techniques, bien assurée dans ses indications. Sans doute, le pneumothorax artificiel n'est pas une nouveauté, mais il n'y a guère qu'on le sache manier correctement, compléter s'il le faut par la section des brides pleurales, bilatéraliser au besoin. La phrénicectomie est plus récente. La collapsothérapie sanglante par la thoracoplastie sort à peine de l'enfance.

On conçoit donc la vanité des palabres qui ont tant occupé les classiques. Fallait-il chez un tuberculeux diabétique soigner le diabète, négliger la tuberculose ? Fallait-il, au contraire négliger le diabète et soigner la tuberculose, au moyen de cette suralimentation qui, déjà nocive chez les tuberculeux habituels, devenait catastrophique bien souvent chez un tel sujet ? La question était singulière de savoir quelle affection, il convenait de traiter dès l'abord : on ne savait traiter efficacement ni l'une, ni l'autre.

Quand la thérapeutique eut cette possibilité, l'emploi de la merveilleuse drogue que constitue l'insuline, on se demanda si la tuberculose des diabétiques n'en devait pas subir le contre-coup. Quelques faits, mal interprétés, le semblèrent prouver. Justice est faite de telles craintes. Nous n'insistons pas. On sait de surcroît que l'insulinothérapie a été proposée chez les bacillaires banaux dans le but de les faire engraisser. L'engraissement des tuberculeux pulmonaires n'est pas une fin en soi. L'insulinothérapie donne là des résultats médiocres ou nuls. Mais ce qui demeure, c'est l'innocuité de la méthode.

D'un autre point de vue, on a prétendu que la chimiothérapie par l'or pouvait être dangereuse au cas de diabète sous-jacent à la tuberculose. C'est là également une assertion parfaitement controuvée. La chrysothérapie donne chez les diabétiques tuberculeux, les mêmes résultats qu'au cas de tuberculose isolée. L'on sait assez qu'il ne faut pas trop lui demander. Ses dangers sont les mêmes qu'en dehors du diabète, mais à coup sûr l'existence de ce diabète n'en détermine pas de nouveaux.

*
* *

Quels sont les rapports entre les deux maladies, l'action possible de l'une sur l'autre, c'est ce qu'il convient maintenant de se demander.

La tuberculose influe-t-elle sur l'état diabétique ? A coup sûr, mais il nous semble qu'elle le fait — à son début ou au moment d'une « poussée évolutive » — comme les infections banales et dans la mesure où elle « flambe ». Les auteurs ont constaté le fait, sans que l'explication précise en soit donnée. Encore certains ont-ils pensé que la tuberculose loin d'aggraver le diabète l'améliorait (Lundberg). C'est là une opinion dont Marcel Labbé et ses élèves ont fait, facilement, justice. Mais, ce qui demeure, c'est que lorsque la tuberculose est modérément active et évolutive, elle peut très bien ne pas retentir sur le mécanisme de la glyco-régulation. Et il faut bien dire aussi, pour montrer combien ces relations entre diabète et tuberculose sont loin d'être régies par des lois nécessaires et simples, qu'on a observé des cas où des tuberculoses extrêmement graves n'ont eu aucune action

sur le diabète associé. Ainsi en était-il dans le cas suggestif rapporté par Rathery et Julien Marie (1), où, malgré une tuberculose « extrêmement évolutive », un régime équilibré, « un peu moins sévère que la cure stricte de Bouchardat », permit, en huit jours, d'obtenir la disparition complète de la glycosurie.

Il s'agit évidemment là d'un cas exceptionnel, mais nous l'avons cité parce que le trouvant particulièrement saillant et parce que nous pensons que si, dans l'ensemble, elles sont exactes, il faut, malgré tout apporter quelque tempérament aux assertions de notre collègue et ami Thiéry (2) qui écrit (3) : « La tuberculose pulmonaire, au début, amène une diminution de la tolérance hydrocarbonée et des poussées d'acidose susceptibles d'attirer l'attention. Au cours de son évolution, les poussées évolutives tuberculeuses entraînent parallèlement des poussées évolutives du diabète. L'amélioration apportée par la collapsothérapie entraîne au contraire une amélioration du diabète... ».

Le parrallélisme entre évolution de la tuberculose et évolution du diabète nous paraît beaucoup moins étroit, et, à tout prendre, dans l'incertitude un peu cruelle où l'on demeure concernant les facteurs d'évolutivité de l'une et l'autre affection, il n'est pas défendu de supposer, au cas qu'elles viennent à s'aggraver de concert, qu'une même cause générale est dans les deux cas responsable.

Quant aux états diabétiques, comment favorisent-ils (s'ils la favorisent), l'éclosion de la tuberculose pulmonaire et comment la rendent-ils plus évolutive et plus grave (si l'on doit croire qu'elle est, au moins dans la majorité des cas, plus évolutive et plus grave) ?

Est-ce par la déperdition énergétique due à la glycosurie, à la dénutrition ? Est-ce par l'imprégnation des tissus par le sucre [hyperglycystie (1)] consécutive à l'hyperglycémie ? Est-ce à cause de l'affaiblissement de l'allergie signalée par Marcel Labbé ? Il n'existe là aucune certitude. Ce qui seulement est sûr (nous nous excusons de cette lapalissade), c'est qu'il est plus grave d'avoir deux maladies qu'une seule — surtout quand ces deux maladies sont susceptibles isolément, dans leurs formes graves, d'entraîner la mort. Ce qui est sûr également, du point de vue du thérapeute, c'est qu'il les faut soigner l'une et l'autre, à la demande, suivant les soins qu'elles exigeraient à les prendre séparément, et qu'il faut s'efforcer, ce faisant, à ne pas être gêné par l'évolution de l'une ou de l'autre. *Mais ceci posé, les moyens thérapeutiques à employer n'ont absolument rien de particulier.*

* * *

La tuberculose des diabétiques n'a rien de spécial par elle-même. Elle est le plus souvent cependant ulcéro-caséeuse chronique — comme chez les non-diabétiques. Ni sa séméiologie, ni son début, ni son évolution ne nous paraissent présenter de particularité marquante. Elle n'est pas sèche et froide, plus qu'une autre, dit Thierry. La fièvre existe, les débuts aigus ne sont pas rares. Les formes hémoptoïques contrairement à l'opinion des classiques n'ont rien d'exceptionnel. Enfin, malgré qu'il ait écrit avoir observé, (sur 95 malades) 15 % de débuts aigus, 16 % de débuts hémoptoïques, et deux tiers des cas à début insidieux « traduit par des modifications de l'état général et des troubles de la tolérance aux hydrates de carbone avec poussée d'acidose pouvant aller jusqu'au coma », Thierry ajoute (conclusion 15° de sa thèse, inspirée par Marcel Labbé) : « Dans 50 % des cas, la tuberculose des diabétiques est bilatérale lorsqu'on fait le diagnostic. » Sans optimisme excessif, on peut espérer, surtout si le début se fait à grand fracas pulmonaire, ou par hémoptysie, ou en déclenchant l'acido-cétose, faire le diagnostic un peu plus tôt. Nous dirons- même que c'est un devoir très pressant. Nous y reviendrons.

Pour Rathery (*loc. cit.*), « toutes les modalités anatomo-cliniques et évolutives de la tuberculose se rencontrent chez les diabétiques, depuis la tuberculose miliaire aiguë et la broncho-pneumonie caséeuse jusqu'à la tuberculose fibro-caséeuse commune et la tuberculose fibreuse. De tous ces types cliniques, le plus fréquent est représenté par la tuberculose fibro-caséeuse commune ».

Cette dernière forme a, le plus habituellement, un début complètement latent. « Il est assez rare, disent par ailleurs Rathery et J. Marie, qu'une poussée évolutive du diabète coïncide avec le début de la tuberculose ». Ces auteurs croient pouvoir avancer que les diabétiques âgés présentent des tuberculoses aussi évolutives que celle des jeunes non diabétiques. Ceci ne nous paraît guère remarquable. Nombre de post-cinquantenaires non-diabétiques font également des tuberculoses pulmonaires évolutives.

La durée de la bacillose non soumise à la collapsothérapie n'excéderait pas un an et demi pour Thierry. Elle évolue habituellemen en un an à deux ans pour Rathery qui ajoute : « Il est exceptionnel qu'elle excède quatre années. Cependant, nous suivons une de nos malades depuis six ans ».

Si l'on veut bien lire entre les incertitudes et les contradictions des auteurs on en arrive à conclure qu'en réalité il n'y a pas de tuberculose des diabétiques. Il y a des tuberculoses *chez* des diabétiques. Entre les deux affections existe, *le plus souvent mais non toujours*, un échange de mauvais procédés. Il faut établir, avant tout traitement, un état signalétique précis de l'une et de l'autre, et les soigner en conséquence.

* * *

La tuberculose pulmonaire étant très fréquente chez les diabétiques, on s'est demandé comment cette tuberculose s'installait chez eux.

Un fait nous a frappé, c'est qu'aucun des auteurs que nous avons consulté ne rapporte de cas de primo-infection, même chez les diabétiques jeunes. Peut-être l'attention n'a-t-elle pas été attirée de ce côté.

Quant aux formes décrites, sont-elle imputables à la contagion (réinfection exogène), qui expliquerait (M. Labbé) que la tuberculose soit plus fréquente chez les diabétiques d'hôpital que chez ceux de la ville, ou au contraire ne sont-elles que le réveil d'une infection de l'enfance (réinfection endogène) comme le croit Léon Bernard, et comme cela est d'ailleurs conforme à la doctrine actuellement régnante ? Aucun argument décisif ne permet de trancher cette question qui n'est d'ailleurs pas particulière à la tuberculose des diabétiques.

* * *

Nous insisterons peu sur la technique même du traitement.

(1) H. Rathery et J. Marie. — La tuberculose pulmonaire chez les diabétiques. *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, séance du 22 décembre 1933, p. 1629.

(2) J.-E. Thiéry. — Diabète et tuberculose. Thèse de Paris, 1934, Jouve.

(3) J. E. Thiéry. — Influence de l'infection tuberculeuse sur l'évolution du diabète. *La Pratique Médicale Française*, juillet 1935.

(4) Thierry. — Les processus de guérison de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques. *La Médecine*, 1935 (numéro spécial consacré à la nutrition).

En ce qui concerne l'état diabétique, l'idéal est de le réduire aussi complètement que possible. On supprimera la glycosurie, on ramènera la glycémie à la normale (un gramme). Ceci tandis que le sujet ne présente aucun signe clinique ou humoral de céto-acidose et que son poids est stable, une fois égalé sensiblement à celui qui correspond à son type morphologique.

Il est des cas où ces différents buts seront atteints par le régime seul. Il en est d'autres, et ce seront les plus nombreux à notre avis, où, pour les atteindre « vite et bien », on devra recourir à l'insulinothérapie. Le temps est passé où cette thérapeutique prenait figure d'épouvantail non seulement pour les malades, mais aussi pour les médecins.

Nous ne saurions entrer dans le détail. Il est bien entendu qu'on emploiera la dose d'insuline nécessaire, mais sans plus (il ne faut pas perdre de vue les incidences sociales), et selon les règles habituelles à son administration. Il est bien entendu aussi qu'il n'y a pas de dose standard, ni fixée une fois pour toutes, mais qu'on doit adapter cette dose quotidienne d'insuline — et concurremment le régime équilibré — à chaque cas et, dans chaque cas, selon les variations évolutives possibles de l'état diabétique.

Enfin la partie est, là, trop grave pour qu'on ait licence de se livrer à des recherches plus ou moins fondées quant aux régimes déséquilibrés qui sont périodiquement prônés comme merveilleux, ou quant aux diverses drogues prétendant à réduire la glycosurie et visant à se substituer à l'insuline et dont aucune n'a fait sa preuve.

Enfin, dernier point : *la tuberculose pulmonaire ne réclame aucun régime particulier*, le mieux étant toutefois, de ce point de vue, de recourir au plus simple, au moins toxique (à cause du foie des bacillaires, « place forte » de leur résistance), au plus varié (à cause de l'hyporexie fréquente).

Le traitement de la tuberculose chez les diabétiques est le même que chez les non-diabétiques. Il a les mêmes indications et les mêmes raisons de connaître le succès ou l'échec.

Une lésion tuberculeuse du type exsudatif peut guérir très rapidement et très complètement par sa mise au repos (repos du malade, pneumothorax artificiel), ou même sans intervention bien précise de la thérapeutique. Elle peut aussi se caséifier en masse, et c'est là, une éventualité plus fréquente, aussi bien au cours du diabète qu'en dehors de lui, et alors la thérapeutique est bien impuissante dans un cas comme dans l'autre.

Quand il s'agit de la lésion tuberculeuse banale, productive, la possibilité de guérison est en mesure directe de l'aptitude à la sclérose rétractile. C'est cette rétraction curative du foyer bacillaire qu'il faut permettre et favoriser. L'instauration d'un pneumothorax artificiel est là, comme chez les tuberculeux habituels, la méthode idéale dans l'état actuel de l'art. Là aussi, l'unilatéralité lésionnelle est désirable. Si déjà, il y a lésions bilatérales on envisagera l'éventualité d'une collapsothérapie bilatérale dont on sait qu'elle comporte par elle-même quelques possibilités d'ennuis.

Cette collapsothérapie bilatérale peut être successive ou d'emblée. C'est cette dernière surtout qui est lourdement grevée, et pas spécialement chez les tuberculeux diabétiques. La collapsothérapie bilatérale successive au contraire offre beaucoup moins d'aléa. Si les indications en sont bien posées, elle peut donner, chez les tuberculeux diabétiques comme chez les autres, des résultats très satisfaisants. On peut la concevoir, et cela est conforme à la réalité des faits, comme nécessaire dans deux éventualités différentes.

Tantôt, on a institué, contre des lésions unilatérales un pneumothorax (ou on a pratiqué une phrénicectomie), et c'est secondairement que, des lésions s'étant développées du côté opposé, on en vient à discuter l'opportunité d'une collapsothérapie du second poumon — toujours préférable à notre avis à l'adjonction d'une chimiothérapie dont l'action est loin d'être indiscutable. Nous ne pouvons insister ici sur ce qu'il convient de décider alors à l'égard du pneumothorax initial (continuation ou remplacement par la phrénico exérèse, voire la thoracoplastie si les lésions son suffisamment anciennes et torpides ; rythme des insufflations, pressions optima.....). Répétons-le : il n'y a là rien de spécial du fait que le diabète s'associe à la tuberculose.

Tantôt, les lésions sont bilatérales, mais accessibles à la thérapeutique. On envisage naturellement d'instituer une collapsothérapie bilatérale mais, pour les raisons que nous avons dites, successive. Par quel côté commencer ? Il n'y a guère, on eut répondu : par le côté le plus atteint. Nous pensons, avec de nombreux auteurs, qu'il faut mettre au repos, collaber, le poumon qui présente les lésions les plus récentes. On utilisera des pressions basses, négatives ou aux environs de zéro. Elles sont suffisantes. Très souvent, dans de tels cas, les tendances rétractiles du poumon opposé (déjà décelées sur la radiographie initiale) seront favorisées dans leurs effets par le pneumothorax ainsi institué (effet controlatéral sur lequel a insisté Ascoli). Il sera souvent possible de compléter la collapsothérapie non par un pneumothorax du second côté mais par une phrénico-exérèse.

Tout ceci, on le voit, rentre dans le cadre du traitement habituel de la tuberculose pulmonaire. De même, la nécessité de sectionner *très tôt* les brides pleurales. Il tombe sous le sens qu'un pneumothorax doit être efficace, ou ne pas être. Mais c'est là, quelque chose de tout à fait général

Voici maintenant les résultats publiés par les auteurs.

MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin, Justin-Besançon et J.-E. Thiéry (1), sur 94 diabétiques tuberculeux, soignés dans le service depuis cinq ans, en ont traité 45 par la collapsothérapie, « les autres étant bilatéraux et trop étendus pour pouvoir en bénéficier ». Il est bien entendu que l'état diabétique était en même temps traité.

« Sur ces 45 malades traités, il y a eu 30 morts par tuberculose (un seul malade ayant succombé au collapsus cardiaque), et 15 survivants (en décembre 1933).

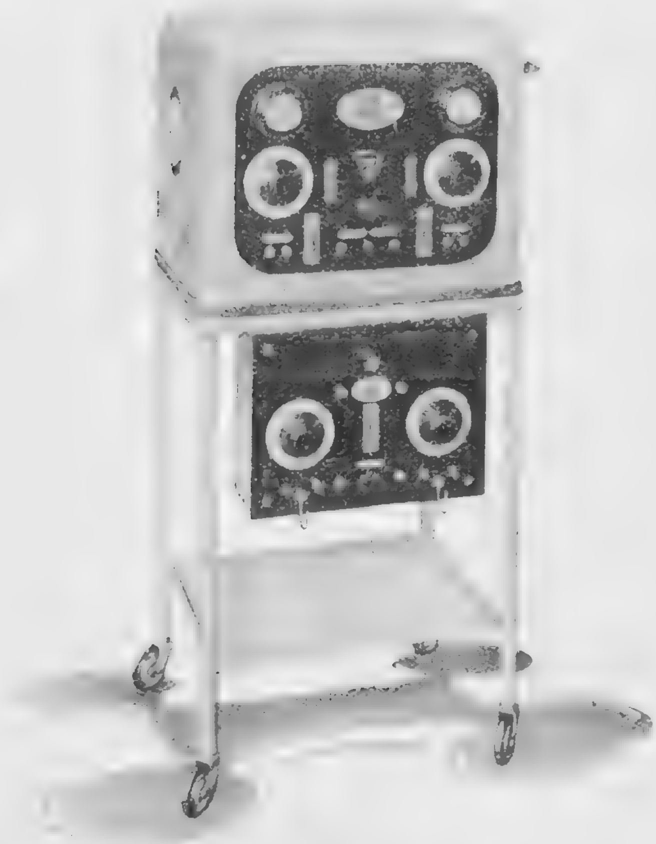
Voici les conclusions des auteurs : « de l'observation de ces 45 cas de tuberculose chez les diabétiques traités par collapsothérapie, nous ne retiendrons que 26 (14 des 30 cas suivis de décès ne permettant pas de suivre la collapsothérapie, et 5 des cas survivants manquant de recul pour apprécier son effet).

De ces 26 cas, 16 sont morts... 10 survivent ; nous avons observé douze fois un épanchement, dix fois suivi de symphyse. Une seule fois, nous avons observé la transformation purulente d'un épanchement séro-fibrineux. Deux malades sont morts des suites d'une perforation pleuro-pulmonaire... Trois fois, le pneumothorax s'est montré inefficace en raison d'adhérences ou d'évolution dans le moignon. Quatre fois la bilatéralisation (du pneumothorax) a été impossible en raison d'une symphyse du côté opposé. »

Sans oser parler de guérison, les auteurs signalent que la plus longue survie observée par eux est de cinq ans et cinq

(1) M. Labbé, R. Boulin, J. Besançon et J.-E. Thiéry. — Résultats de la collapsothérapie appliquée au traitement de la tuberculose des diabétiques. Etude statistique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, séance du 2 février 1934, p. 201.


FLÉTASE
HUILE DE FOIE DE POISSON
RAFFINÉE



mois. Il s'agit d'un cas où un épanchement fut suivi de symphyse. Les auteurs soulignent le bon pronostic des pachypleurites rétractiles consécutives au pneumo-thorax artificiel. Il s'agit là d'un fait bien connu d'ailleurs des phtisiologues. Il leur a paru également que les épanchements au cours du pneumothorax chez les tuberculeux diabétiques étaient plus fréquents que chez les non-diabétiques (46,15 % au lieu de 35 %). Nous nous permettrons de faire remarquer que le premier pourcentage a été établi sur 26 cas, le second sur des milliers, ce qui incite à les comparer avec prudence.

Quant à la facilité soulignée par les auteurs avec laquelle se constitue la pachypleurite rétractile après l'épanchement séro-fibrineux du pneumothorax — là comme chez les non-diabétiques — on nous permettra de la mettre à l'actif de notre opinion que la tuberculose des diabétiques n'a absolument rien de spécial en tant que tuberculose.

De leur côté (*loc. cit.*), MM. Rathery et J. Marie, ont traité douze malades par le pneumothorax thérapeutique. Sur neuf malades ayant subi le traitement collapsothérapique depuis plus de dix-huit mois, cinq sont actuellement bien portants. Les quatre échecs comprennent : un mort par perforation large dix jours après l'installation du pneumothorax ; un mort, un mois après, par méningite tuberculeuse terminale chez un malade présentant une bacillose très évolutive ; deux morts par bilatéralisation, trois ans et quatorze mois après, le premier traité par pneumothorax simple et chrysothérapie (le malade ayant refusé le second pneumothorax), le second par pneumothorax bilatéral.

Ces différents résultats ne paraissent pas particulièrement encourageants. Mais ils gagneraient à être rapprochés, sans passion, des faits observés chez les tuberculeux non diabétiques. Chez ces derniers, les résultats ne sont pas, *à indications égales par ailleurs*, tellement supérieurs. Il n'empêche que, si ces indications thérapeutiques sont exactes, les résultats de la collapsothérapie sont remarquables. Si l'on pratique le pneumothorax un peu au hasard — ou une quelconque les collapsothérapies — en lui demandant ce qu'il ne saurait faire, alors on aura des statistiques péjoratives, mais aussi bien chez les bacillaires habituels que chez ceux qui sont diabétiques.

Il est légitime, par ailleurs, d'espérer que la précocité de l'intervention thérapeutique soit bénéfique. C'est pourquoi — et tous les auteurs y insistent — il faut s'efforcer de dépister dès son début la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques.

***

Chez les diabétiques jeunes (enfants, adolescents, jeunes adultes), la pratique de la cuti-réaction pourra rendre des services. Si le sujet n'est pas contaminé, on pourra s'efforcer de le préserver, d'une part en lui évitant les contacts infectants massifs, ce qui n'est facile que pour les enfants, d'autre part, en lui administrant du vaccin B. C. G. Chez les sujets jeunes enfin, les réactions cutanées tuberculiniques pourront déceler le début de l'allergie au cours de la primo-infection. Il faudra alors bien entendu suivre radiologiquement les lésions.

Chez l'adulte, outre l'examen clinique systématique, il faudra recourir régulièrement à l'exploration radiologique (radioscopie tous les trois mois, radiographie tous les ans), pratiquer la bacilloscopie des crachats au cas de pneumopathies « d'allure banale ». Enfin, on pourra surveiller de temps à autre la réaction de Vernes à la résorcine. Elle n'est pas spécifique. Mais un chiffre nettement élevé est à retenir et doit donner l'éveil.

Dans ces conditions, si les diabétiques sont suivis ainsi régulièrement dans le but de dépister à son début la tuberculose, le pneumothorax sera institué très précocement (nous croyons avec J. Marie qu'il n'est pas nécessaire dans le cas particulier d'attendre que la bacilloscopie soit positive). Si la lésion n'a pas un potentiel évolutif exceptionnel, si elle a une certaine tendance à la rétraction, si cette rétraction n'est gênée par rien (on sectionnera très rapidement les adhérences pleurales), ce pneumothorax bien entretenu, correctement pratiqué, a les plus grandes chances d'amener la guérison chez ce sujet que le régime et l'insuline ont mis (artificiellement, mais le résultat est là), dans la condition même d'un homme « normal », quant à la composition de ses humeurs.

La production d'un épanchement séro-fibrineux n'aggrave pas, dans la règle le pronostic et parfois concourt à l'améliorer. Il imposera souvent la substitution de la phrénicectomie au pneumothorax par suite de la symphyse pleurale.

La purulence de l'épanchement indique le lavage de plèvre, le drainage a minima au besoin. Il ne faut jamais laisser de pus sous la peau d'un diabétique.

Nous nous sommes expliqués suffisamment plus haut sur la possibilité d'une collapsothérapie bilatérale. Nous n'y reviendrons pas.

***

En résumé, pour soigner correctement et efficacement un tuberculeux diabétique, il faut savoir soigner et le diabète et la tuberculose — et nous savons aujourd'hui soigner ces deux maladies — mais il faut aussi pouvoir les juguler l'une et l'autre. Pour le diabète, c'est dans la règle faisable parce que nous possédons contre lui une arme très fidèle et très forte. Pour la tuberculose, c'est beaucoup plus malaisé parce que le traitement de cette affection demande encore beaucoup trop à la « natura medicatrix ».

C'est pourquoi le dépistage précoce s'impose avant que la progression de la maladie l'ait rendue irréductible. C'est pourquoi aussi, il faut faire dans la mesure du possible de la prophylaxie à son égard — et là aussi les problèmes que suscitent la tuberculose chez les diabétiques se confondent avec ceux qui se posent à propos de la tuberculose tout court.

Maladie de Cushing

(A propos d'un cas personnel)

Par André PHILIBERT

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine

Il est des maladies dont l'extrême rareté n'est qu'apparente et vient de ce qu'elles sont méconnues. La maladie de Cushing peut compter parmi elles. Certes, elle est bien loin d'être fréquente. Pourtant, depuis que Cushing a dégagé le syndrome que l'on désigne justement sous son nom, quelques observations en ont été publiées. Nous-même avons eu l'occasion d'observer un malade qui nous paraît en être indubitablement atteint. Sans doute la preuve anatomo-pathologique proposée par Cushing manque : le malade vit. Mais le syndrome clinique est suffisamment net pour pouvoir être dès maintenant reconnu.

Cette question est d'autant plus intéressante qu'elle est liée aux découvertes faites depuis ces dernières années dans le domaine de la physiologie de l'hypophyse, organe dont l'importance s'affirme chaque jour.

***

Quelle est donc la maladie décrite par Cushing ? Il s'agit d'un syndrome pluriglandulaire, secondaire, selon Cushing, à une altération primitive de l'hypophyse. C'est en 1932, puis 1933 que Cushing en a donné une description complète, fondée sur douze à quinze cas.

Depuis cette époque, quelques observations en ont été publiées, à l'Etranger et en France.

Citons celles de Rutishauer, de Strauss, de Kraus, de Basténi, de Jamin, de Gamma, d'Irwing H. Padee (celui-ci en a vu sept cas), de Roch, de Girard, Margarot et P. Rimbaud. Le nôtre nous paraît être le second publié en France. D'autre part, un excellent article de Sigwald a bien mis au point l'état actuel de la question.

Cliniquement, l'affection qui frappe les deux sexes, se manifeste de 6 à 41 ans (âges extrêmes). Elle débute par une *obésité* d'une allure toute spéciale, qui se développe exclusivement à la tête, à la face, au cou, au thorax et à l'abdomen, respectant les membres.

Sur la peau du ventre, distendue, ainsi que sur la racine des cuisses, il existe des *vergetures*, parfois purpuriques.

Le teint du patient est rosé et la face est le siège de bouffées de rougeur congestive, comme dans le cas de notre malade.

D'autres symptômes vont venir s'ajouter à cette obésité, survenant insidieusement à des intervalles variés.

La *déchéance des fonctions sexuelles* est la plus importante. Chez la femme, il y a souvent une période transitoire d'excitation : les règles plus rapprochées, très abondantes, pouvant entraîner des métrorragies (Roche). Mais cette phase est courte, rapidement l'*aménorrhée* s'installe, sans que, à ce moment la malade soit cachectique. Cette aménorrhée s'accompagne de *frigidité* et même quelquefois, d'*inversion sexuelle*. En même temps, les caractères sexuels secondaires se modifient. La femme se masculinise. Le clitoris parfois se développe anormalement. Mais surtout, la *barbe apparaît au menton*, tandis que les cheveux tombent et cessent de pousser. Cet hirsutisme féminin (femme à barbe) est d'ailleurs déjà connu au point de vue clinique. Il a été décrit par Apert dès 1910, sous le nom d'hirsutisme surrénal, et est en rapport avec un adénome basophile de la corticale surrénale ; il peut y avoir une légère mélanodermie, qui est signalée d'ailleurs aussi dans le syndrome de Cushing.

Chez l'homme, on observe les mêmes troubles, frigidité et *impuissance* qui devient complète. Corollairement, chez l'adulte, la *barbe, les cheveux cessent de pousser*, les cils tombent complètement. Les malades ne se rasent plus que tous les deux jours, tous les huit jours, tous les quinze jours.

Les *troubles de l'ossification* paraissent constants. Une *cyphose* progressive se dessine. Parfois, une *fracture spontanée* attire l'attention, et la radiographie montre une *ostéoporose* manifeste.

Les troubles cardiaques sont parfois très précoces, palpitations, tachycardie. Ils peuvent être dus à une *hypertension* artérielle qui, elle, est constante et qui s'élève parfois jusqu'à 24 maxima et 14 ou 16 minima. L'hyposystolie, par insuffisance ventriculaire gauche, peut même ouvrir la scène.

Souvent, mais non toujours, apparaît une glycosurie importante, avec polydipsie, polyphagie et hyperglycémie.

Très fréquentes aussi sont les *poussées de purpura*, non seulement au niveau des vergetures, mais sur les membres.

Enfin, parmi les signes inconstants, citons l'*atrophie musculaire*, manifeste sur les membres, parfois précoce. Dans notre cas, elle fut particulièrement marquée.

Citons encore, la diminution de l'acuité visuelle, uni ou bilatérale, l'exophtalmie, le tremblement, l'acrocyanose, l'hypercholestérinémie, la polyglobulie. Dans le cas de Giraud, Margarot et Rimbaud, il y avait une paraplégie spasmodique associée.

L'évolution d'un tel syndrome se fait par poussées, avec prédominance de troubles portant soit sur le cœur, soit sur le squelette, soit sur le système génital.

L'aggravation est progressive, la durée n'excède pas sept ans. Le pronostic jusqu'ici est fatal. La mort survient habituellement avec la défaillance cardiaque secondaire à l'hypertension, et cachexie.

***

Lors de sa première publication, en 1912, Cushing désignant le cas observé sous le nom de syndrome d'obésité glandulaire douloureux, avec hypertrichose, aménorrhée et développement exagéré des caractères sexuels secondaires, l'attribuait à une altération primitive des capsules surrénales. On pouvait rapprocher ce cas du syndrome d'Apert, ou hirsutisme surrénal.

Mais, dans les cas ultérieurement étudiés, Cushing trouve dans neuf cas sur douze, un adénome développé aux dépens des cellules basophiles de l'hypophyse antérieure : les autres altérations glandulaires, en particulier l'adénome de la corticale des surrénales, que l'on constate aussi à l'autopsie, serait secondaire à la lésion hypophysaire. Cette lésion commandera les autres, et la maladie de Cushing serait un adénome primitif basophile de l'hypophyse. Notons que cet adénome ne forme pas une tumeur macroscopique ; c'est un processus microscopique qu'il faut chercher dans l'hypophyse d'apparence normale, débitée en coupes histologiques.

***

Voici maintenant l'observation résumée du cas que nous avons eu l'occasion de suivre.

Le malade est un homme, actuellement âgé de 43 ans, fort, athlétique, pratiquant habituellement les sports, sans antécédents morbides importants : une diphtérie, sans paralysie, à l'âge de 17 ans, une appendicite opérée.

L'affection a commencé, il y a deux ans, par une « *obésité* » *siégeant surtout sur la face, le cou*, puis le *thorax* et l'*abdomen*, et

SUR L'ACTION NETTEMENT ANTITUBERCULEUSE D'UNE SOLUTION PARTICULIÈREMENT IRRADIÉE

Depuis quelques années, les modifications physico-chimiques de la matière sous l'influence des radiations retiennent l'attention des savants.

D'autre part, on conçoit aujourd'hui, en biologie, que les phénomènes de vie, de maladie ou de mort se réduisent en fin de compte à une question d'équilibre électro-magnétique de nos humeurs (A. Lumière) ou de rythme vibratoire. Un rythme anormal prédispose, selon sa fréquence, à telle ou telle maladie. Guérir consiste alors à restituer un rythme vibratoire normal aux éléments perturbés.

Partant de ces principes, on a obtenu, sous le nom de ***VITALIUM F. 2,*** avec un complexe de S. Al. Chl. et Ph. de M électronisé pendant un temps déterminé par des rayons β et γ, un produit qui semble modifier profondément le terrain tuberculeux et le rendre réfractaire. C'est là, il nous semble, la première réalisation thérapeutique des phénomènes d'électronisation qui ont déjà reçu des applications pratiques dans d'autres domaines.

Depuis dix-huit mois, nous expérimentons systématiquement le ***VITALIUM F. 2*** dans le traitement de la tuberculose. Il se compose d'ampoules buvables de 10 c. c. Le dosage infantile est de 2 c. c. Les cures comprennent six à dix doses prises trois heures au moins après le dîner, de trois soirs en trois soirs, cures séparées de douze à quinze jours de repos. Les doses varient, suivant les cas, de une à quatre ampoules.

Quelques réactions transitoires s'observent ; elles sont d'un pronostic favorable.

Quels sont enfin les résultats ?

Le ***VITALIUM F. 2,*** qui n'a aucune toxicité, s'applique à tous les cas de prétuberculose et à ceux de tuberculose confirmée, médicale ou chirurgicale, dont l'évolution n'est pas encore arrivée à un stade préterminal. Son efficacité est d'autant plus remarquable qu'il est administré d'une manière plus précoce.

Ce produit est contre-indiqué dans la fièvre hectique avec état précachectique, la dégénérescence amyloïde hépatique et rénale, les néphrites graves, certaines infections générales associées et principalement pendant les phases aiguës de la colibacillose.

Un tiers des cas traités semble réfractaire à ce traitement. Il s'agit le plus souvent alors de tuberculisation survenue secondairement sur un organisme profondément amoindri par une autre maladie.

Sur les deux tiers des cas favorablement influencés, il existe environ 12 % qui sont modifiés avec une rapidité impressionnante. Les malades se sentent littéralement transformés et le médecin constate que cela est vrai ; il assiste à une modification remarquable des signes locaux et généraux.

Pour les autres, l'amélioration est plus lente, mais on note en quelques mois une évolution clinique d'une rapidité indiscutablement supérieure à ce qu'il est possible d'observer dans les cas les plus favorables traités par d'autres procédés.

Ces cures peuvent être appliquées en même temps que la collapsothérapie. Elles sont particulièrement indiquées au début d'une bilatéralisation chez les porteurs de pneumothorax.

Ce traitement s'applique également aux formes hémoptoïques.

Laboratoires du VITALIUM
Docteur NEAU, pharmacien
1, place Canclaux, NANTES (Loire-Inférieure)

une diminution de la vision de l'œil droit : la vue est trouble, et les images paraissent trembler. Quelques mois après surviennent des troubles cardiaques, une *tachycardie* habituelle, des crises de palpitations, avec irrégularités du pouls, un *tremblement* léger généralisé, des bouffées de chaleur avec rougeur de la face.

Ce symptômes basedowiens ne s'accompagnent ni de goitre ni d'exophtalmie. De temps à autre surviennent des poussées de *purpura*, limitées à un bras, une cuisse, etc... La *tension artérielle* est de 18/11 (Vaquez-Laubry). Mais elle est sujette à de brusques élévations ; nous l'avons vue un jour à 24-18. Le malade suit de lui-même un régime pour maigrir. De fait, il perd quelques kilos. Mais une *impuissance sexuelle* progressive qui devient bientôt complète s'installe, en même temps que *barbe, cheveux et cils tombent*, le malade ne se rase que tous les deux jours. Une faiblesse des jambes progressive accompagne ces phénomènes, et aboutit bientôt à une *atrophie musculaire* extrêmement marquée. Le malade peut à peine marcher ; le droit antérieur gauche est réduit à une mince bande de 2 à 3 centimètres de large. Les réflexes diminués, sont cependant conservés.

Plus tard, l'atrophie musculaire gagne les membres supérieurs, mais d'une façon beaucoup plus lente, et moins intense, ainsi que les muscles vertébraux ; une *cyphose* se dessine progressive, elle, et le malade « rapetisse » de jour en jour.

Vu par nous pour la première fois, un an après le début de son affection, il présente un aspect très spécial, avec sa grosse tête, son col élargi, son thorax volumineux, son ventre proéminent, contrastant avec l'atrophie des membres ; la face est le siège de rougeurs subites, les paupières, totalement dépourvues de cils sont gonflées, les conjonctives sont œdématiées (chémosis). Le pouls bat à 130 pulsations au repos ; le corps est le siège d'un tremblement léger perceptible au vertex et aux doigts. A l'examen de l'abdomen, on constate que la cicatrice opératoire de l'appendicite est transformée en une large vergeture. L'examen des viscères est négatif : poumon, cœur, aorte, corps thyroïde, rate, etc..., paraissent normaux, les organes génitaux ne sont pas atrophiés. Aisselles et pubis sont garnis de poils.

Ni albumine, ni sucre dans l'urine. Pas de polyurie (800 à 1.100 gr.) ; azotémie de 0,35, glycémie de 0,78, calcémie de 0,095. Légère polycythémie (5 millions 600.000 G. R.) ; Wassermann et Hecht négatifs. Le métabolisme basal est diminué (20). Pas de prolan dans les urines (Borrien).

Deux radiographies du crâne ne montrent pas d'élargissement de la selle turcique ; la radioscopie du thorax confirme l'absence de toute tumeur du médiastin. Des radiographies de la colonne vertébrale et du thorax décèlent une raréfaction du tissu osseux, témoin d'une décalcification intense.

L'examen de l'œil, pratiqué par le Docteur Grélault, montre une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit, de l' « œdème de la rétine » ; quelques sugillations hématiques du vitré, comme lavées dans l'œdème ; la papille n'est pas œdématiée ; l'œil gauche présente seulement une ébauche de toutes ces altérations.

Un traitement symptomatique appliqué contre l'impuissance, l'hypertension, l'atrophie musculaire et les signes apparents d'hyperthyroïdie semble d'abord donner des résultats. L'atrophie musculaire des membres inférieurs se répare nettement, cils et cheveux commencent à repousser. Mais, par contre, la cyphose s'accentue, le gonflement de la tête et du cou reste presque inchangé, de même que l'état de l'œil droit.

D'autre part, l'impuissance, après avoir disparu, se réinstalle de nouveau peu à peu. Bref, il y a au bout d'un an, une amélioration légère pour certains symptômes, éphémère et même nulle pour d'autres.

* * *

Nous pensons que dans cette observation, on retrouve des éléments cliniques suffisants pour diagnostiquer sinon maladie de Cushing en l'absence de vérification anatomique, du moins syndrome de Cushing. On peut noter, en effet, cet assemblage hétéroclite des principaux symptômes : obésité du tronc et de la tête, hypertension, impuissance, chute des cheveux et de la barbe, vergetures et purpura, polycythémie, cyphose. Dans certaines observations, Cushing signale la diminution de l'acuité visuelle et l'atrophie musculaire. Sans doute, le syndrome s'enrichit souvent de signes qui manquent chez notre malade : hyperglycémie, diabète, exophtalmie, etc...

Mais il faut remarquer que ces symptômes n'existent pas dans tous les cas, et qu'ils sont souvent intermittents : ainsi en est-il dans l'observation de Giraud, Margarot et P. Rimbaud, pour l'hyperglycémie et la glycosurie. Dans l'observation si intéressante de Roch, la maladie s'est présentée d'abord sous le masque d'une hyposystolie qui a régressé.

Quelques réflexions cliniques s'imposent au sujet de l'obésité. Dans certains syndromes hypophysaires déjà décrits (syndrome de Babinsky-Frœhlich, adipose cérébrale de Aschauer et Erdeim, maladie de Dercum ?) l'adiposité est un symptôme primordial. Mais dans le syndrome de Cushing s'agit-il bien exclusivement d'une surcharge graisseuse ? Nous en doutons. La bascule indique évidemment augmentation ou diminution de poids, mais dans le cas de notre malade, à l'examen, il ne semble pas que volume de la tête ait de beaucoup diminué, tandis que les muscles se sont considérablement atrophiés ; ceci compense cela et ne nous renseigne pas sur la nature du gonflement sous-cutané.

A la regarder de près, cette obésité ne paraît pas être constituée seulement par de la *graisse*. L'aspect lunaire de la face, dont les traits sont gonflés, rappelle un peu le faciès *myxœdémateux*. Au gonflement des tissus participe, du moins dans notre cas, une certaine proportion d'*œdème vrai* (qui paraît exister aussi dans un cas de Cushing). Le gonflement des paupières, le chémosis conjonctival sont d'ordre purement œdémateux.

Cet aspect d'œdème vrai, est tel, que tout d'abord, en voyant le malade, l'idée vient d'un œdème « en pèlerine », lié à une tumeur du médiastin qui n'existe pas et que la suite de l'examen clinique permet de rejeter.

Une autre réflexion, parmi d'autres, peut encore être faite. Notre malade présente tous signes nets d'hyperthyroïdie, le tremblement, la tachycardie et les phénomènes vaso-moteurs de la face : goitre, exophtalmie, élévation du métabolisme basal font défaut. Pour Cushing, l'exophtalmie, même dans le syndrome de Basedow, ne serait pas due à l'hyperthyroïdie, mais bien à l'hypophyse altérée : un de ses malades avait de l'exophtalmie. On sait d'ailleurs, et nous l'avons constaté récemment dans un cas, qu'après la thyroïdectomie, les basedowiens voient souvent tous leurs symptômes régresser, hormis l'exophtalmie, qui disparaît plus lentement ou peut même persister.

Nous pourrions encore épiloguer long temps sur notre observation : au total, si l'on s'en tient aux signes cliniques, il s'agit bien, nous semble-t-il, d'un syndrome de Cushing.

* * *

S'il est difficile de comprendre d'une façon complète la pathogénie de ce syndrome du moins est-il permis, à la lumière des données physiologiques récentes, d'essayer de reconnaître dans le complexe de Cushing, l'action des hormones sécrétées par l'hypophyse.

Depuis ces dernières années, en effet, d'importantes acquisitions ont été faites sur la physiologie de l'hypophyse, surtout par les travaux de l'école américaine avec Coolip, et de l'école allemande avec Anselmino et Hoffmann.

En France, ces notions ont été vulgarisées et étendues par les travaux de Rivoire. De plus, toutes les autres endocrines ont été scrutées, quant à leur fonctionnement et par syndromes corollaires de leurs altérations primitives ; qu'il nous suffise de rappeler les travaux d'Ascheim et Zondek, de Brouha et Friedmann, de Brindeau et Hinglais sur le prolan.

Pour essayer d'interpréter les syndromes hypophysaires et le syndrome de Cushing, en particulier, résumons les données acquises sur l'histologie et la physiologie de l'hypophyse.

L'hypophyse est constituée par une glande appendue à la tige pituitaire, émanée de l'hypothalamus ; elle renferme une partie nerveuse, et une partie glandulaire. Celle-ci est divisée en trois parties, le lobe postérieur ou *pars tuberalis* qui entoure l'infundibulum, et paraît sécréter une hormone vaso-constrictrice. Une partie intermédiaire, juxtaposée à la partie nerveuse de l'hypophyse, proche de la tige pituitaire, qui renferme quelques cellules glandulaires aberrantes

basophiles, enfin, le lobe antérieur proprement dit, ou *pars anterior*, qui renferme trois catégories de cellules glandulaires : des cellules éosinophiles, des cellules basophiles et des cellules chromophobes.

Des relations étroites existent entre l'hypothalamus nerveux et l'hypophyse glandulaire. D'une part, l'hypothalamus envoie à l'hypophyse de nombreuses fibres nerveuses, provenant de noyaux, dont trois en particulier sont maintenant bien connus (noyau paraventriculaire, noyau supraoptique, noyau latéral du *tuber cinereum*). La plupart de ces fibres appartiennent au système végétatif (Roussy et Mosinger). Quelques-unes viennent du grand sympathique, par la moelle.

Inversement les hormones sécrétées par l'hypophyse passent d'une part par la circulation générale, pouvant ainsi agir sur les autres glandes, mais, d'autre part, elles imprègnent l'hypothalamus directement par une triple voie : par inhibition interstitielle du tissu nerveux (neurocrinie), par déversement direct dans le liquide céphalo-rachidien (hydrencéphalocrinie), et par un système porte, né de l'hypophyse, et ramifié dans l'hypothalamus (hémoneurocrinie). (Roussy et Mosinger).

Il sera donc difficile de faire la part dans certains syndromes, de ce qui revient à l'hypophyse même, à l'hypothalamus ou à l'hypophyse, par l'intermédiaire de l'hypothalamus, ainsi que Lhermitte le fait justement remarquer.

Nombreuses sont les hormones sécrétées par l'hypophyse.

Tout d'abord, une hormone vaso-constrictrice produite par le lobe postérieur, la rétropituitrine qui agit comme on sait sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux et de l'utérus.

Puis une hormone de croissance, dont la production paraît incomber aux cellules éosinophiles. De fait, l'acromégalie de P. Marie et le gigantisme sont l'expression d'une tumeur éosinophile hypophysaire. Notons en passant que dans un cas de Swing, l'acromégalie était associée au syndrome de Cushing.

Puis, toute une série d'autres hormones, dont la plupart sont mêmes isolées, agissant sur les diverses glandes endocrines.

Leur rôle excitateur sur ces glandes (thyroïde, surrénale, parathymide, etc.), est prouvé :

1° Par la destruction expérimentale du lobe antérieur de l'hypophyse, qui est suivie de l'atrophie de toutes les endocrines.

En clinique, le syndrome de Simmonds, ou cachexie hypophysaire qui a pour substratum une atrophie primitive de l'hypophyse, réalise une déficience polyglandulaire ;

2° Par l'injection expérimentale répétée des diverses stimulines extraite du lobe antérieur de l'hypophyse à divers animaux du laboratoire.

On a isolé :

Une *thyrostimuline*, dont l'inoculation répétée aboutit à une hyperthyroïdie basedowienne, parfois durable, le plus souvent passagère.

Une *parathyro-stimuline*, donnant l'hypercalcémie et l'ostéoporose ;

Une *cortico-stimuline* agissant sur la corticale surrénale, dont elle entraîne l'hypertrophie ;

Plusieurs *gonado-stimulines*, nettement distinctes, et séparées en : gonadostimuline A, agissant sur la maturation de l'œuf (folliculine), gonadostimuline B, agissant sur le corps jaune (lutéine), et une gonodostimuline C, qui paraît être indispensable pour l'activité des prolans (issus de placenta). Les deux premières, A et B, sont en effet distinctes des prolans A et B, de l'urine de femme enceinte ou atteinte de môle hydatiforme.

Chez l'homme, c'est surtout la gonadostimuline B qui agit sur la glande interstitielle du testicule (ainsi que le prolan B).

Une *lacto stimuline*, qui préside à la sécrétion lactée.

Plusieurs *pancréato-stimulines* : une insulo-stimuline, qui agit sur les îlots de Langerhans, une substance diabétogène, ou contre-stimuline, qui paraît inhiber la glycolyse, et une substance glycogénolytique, semblant agir pour transformer le glycogène en un produit plus stable.

Enfin, on a isolé une hormone acétonémiante, une hormone agissant sur les graisses.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail d'action de toutes ces hormones, détail que l'on peut trouver d'ailleurs dans les travaux de Rivoire. Rappelons cependant que, en général :

1° L'hyperfonctionnement d'une glande endocrine inhibe la production de la stimuline hypophysaire correspondante, et inversement ;

2° L'excès prolongé de production d'une stimuline hypophysaire (ou d'injections), après une phase d'hyperfonctionnement de la glande secondaire, aboutit ou à une phase d'équilibre, ou même à un hypofonctionnement définitif de celle-ci ;

3° Les stimulines hypophysaires, semblent pouvoir faire apparaître dans l'organisme, des anti-stimulines tout comme les antigènes étrangers.

Ainsi, d'après toutes ces données, l'hypophyse, agissant sur les centres végétatifs, provoquera la contraction des muscles lisses, et serait peut-être ainsi responsable de certaines hypertensions. Elle agirait directement sur la croissance, pour en régler l'harmonie, et par un jeu complexe, au moyen, nous apprend le clinique, de ses cellules éosinophiles.

D'après le syndrome de Cushing, enfin, elle réglerait, par ses cellules basophiles, le fonctionnement des autres endocrines, elle-même restant presque dans l'ombre.

Dans ce syndrome :

Tremblement, tachycardie, exophtalmie peuvent être rattachés à l'hyperthyroïde

Ostéoporose, hypercalcémie, fracture spontanées, symptômes pouvant aller jusqu'à l'ostéomalacie ou au syndrome osseux de Recklinghausen dépendent de l'hyperparathyroïdie.

L'hypoovarie, l'impuissance sont le résultat, nous l'avons vu, d'une hyperexcitation prolongée, qui aboutit à la suppression.

L'hypertension et peut-être, par action seconde sur la glande génitale, l'hirsutisme, la chute des cheveux, etc., seraient tributaires de la surrénale.

Il est plus malaisé d'assigner une origine précise à l'obésité, au diabète, au purpura.

Pour l'obésité, il convient de faire des réserves jusqu'à ce que la nature exacte des substances qui provoquent l'infiltration des tissus soit nettement connue : comme par l'ovaire et le testicule, il s'agit peut-être parfois d'un épuisement de la thyroïde après la phase d'excitation, aboutissant au myxœdème. Il faudrait cependant se garder de généraliser, car l'hypophyse sécrète une hormone qui agit sur les graisses, peut-être pour les épargner.

Pour le diabète, l'explication est encore plus malaisée : centres glycolytiques nerveux, hormones hypophysaires excitant des centres, d'une part, hormones hypophysaires antagonistes vis-à-vis du pancréas endocrinien peut-être vis-à-vis du foie, d'autre part, peuvent être invoqués comme cause de l'hyper ou même de l'hypoglycémie.

Sans doute ici, comme dans l'acromégalie, le diabète associé paraît nettement d'origine hypophysaire, mais par quel jeu complexe apparaît-il ? Il est actuellement impossible de le savoir.

Pour rendre les problèmes encore plus complexes, il faut penser à l'action de ces anticorps que les stimulines ont le pouvoir d'engendrer, et qui viennent en contrecarrer l'action.

Il faut tenir compte encore d'un autre facteur inconnu : on peut supposer que les stimulines elles-mêmes ne sont pas de composition constante, que leur action n'est pas immuable et fixe, qu'elles s'écartent du cadre rigide que leur fixe la physiologie expérimentale, tout comme on a supposé, d'après les différents aspects histologiques des acini thyroïdiens, qu'il y a plusieurs variétés de thyroxine.

L'avenir nous dira dans quel sens il faut orienter la thérapeutique dans le cas qui nous occupe : mais dès maintenant, le premier soin, nous semble-t-il, est de diagnostiquer le syndrome, afin d'en pouvoir faire progresser l'étude et nous pensons que notre observation s'ajoutant aux précédentes, contribuera à attirer l'attention des cliniciens sur ce nouvel aspect de la pathologie de l'hypophyse.

BIBLIOGRAPHIE

Harvey Cushing. — *Bull. of the Johns Hopkin's Hospital*, t. 50, 1932, pp. 137 à [illegible]

Harvey Cushing. — *Journ. of the American Med. Assoc.*, t. 99, n° 1, 1932, pp. 281 à 284.

Roch. — Adénome basophile de l'hypophyse. *Presse Médicale*, n° 48, 16 juin 1934, p. 987.

Giraud, Marguerot et P. Rimbaud. — Maladie de Cushing avec paralysie spasmodique. *Presse Médicale*, 25 mai 1935, n° 42.

Rivoire. — Les corrélations hypophyso-endocriniennes. *Presse Médicale*, n°s 75 et 96, 19 septembre et 1er décembre 1934 ; n°s 11, 18, 27 et 38, 6 février, 2 mars, 8 avril et 11 mai 1935.

Sigwald. — Le basophilisme hypophysaire (maladie de Cushing). *La Science médicale* [illegible] 15 décembre 1934.

Philibert et Gillault. — Sur un syndrome hypophysaire indéterminé, voisin du syndrome de Cushing. *C. R.* Soc. méd. chir. hôp. libres, 3 juin 1935 ; in *Arch. Hospitalières*, juillet 1935, n° 7. (L'observation complète paraîtra dans un numéro suivant).

Diabète et Grossesse

Par Madame **M. ROY-BAUBART**

Classiquement, la glycurie des femmes enceintes était considérée comme banale, fréquente et sans gravité, puisque pour certains auteurs, tels Didier et Philippe, en 1921, elle était constante. Inversement de Sinety ne la rencontre jamais. Des résultats aussi curieusement discordants attirèrent notre attention.

Au cours de nos recherches qui portèrent sur quatre-vingt femmes enceintes, dont trente-quatre primipares et quarante-six multipares, nous n'avons trouvé que quatre fois du sucre dans les urines, ce qui nous donne la proportion très faible de 5 %. Dans ces quatre cas, il s'agissait toujours de femmes parvenues au dernier mois de leur grossesse, fait déjà antérieurement constaté par de nombreux auteurs ; et coïncidence étrange, dont nous nous garderons bien de tirer aucune conclusion, c'étaient quatre primipares.

Même en tenant compte de la loi des séries, et en admettant que nous soyons tombés sur une série de femmes chez lesquelles la glycosurie était rare, il nous faut bien reconnaitre qu'elle reste très inférieure au pourcentage que nous pensions trouver.

Il nous a paru intéressant de rechercher si le sucre trouvé dans les urines était du glucose ou du lactose ; par l'adjonction aux urines de phénylhydrazine en présence d'acide acétique et d'acétate de soude, nous obtenions la formation de cristaux de lactosazone ou de glucosazone facilement différenciables au microscope, les premiers ressemblant à des oursins, les autres à de fines aigrettes. Trois fois nous trouvâmes du glucose pur, et une fois seulement des traces de lactose mélangées à du glucose. D'ailleurs, jamais nous n'avons pu déceler plus de 6 grammes de sucre par litre, ce qui constitue une glycosurie faible.

Donc si cette glycosurie avait été plus fréquente chez les femmes proches de l'accouchement, il pouvait sembler probable qu'on la retrouverait avec un maximum de chances chez les parturientes ; or, nous ne pûmes en mettre en évidence. Mais il est à noter que ces femmes étaient toutes à jeun, parce qu'en travail depuis plusieurs heures ; et ceci nous fournira un argument à l'appui de l'hypothèse que nous exposeront ultérieurement.

Au cours du post-partum, nous avons par contre trouvé très fréquemment du sucre : dans les deux tiers des cas. Toujours, il s'agissait de lactose, sans trace de glucose, et deux fois, nous en avons décelé dans les urines de femmes examinées au cours de leur grossesse et qui n'avaient jamais présenté de glycosurie auparavant.

Nous croyons qu'il faut isoler le cas de la femme en lactation comme constituant une entité bien spéciale, car, à ce moment, il existe une relation certaine entre le fonctionnement de la glande mammaire, surtout au moment de l'intense poussée laiteuse qui survient trois ou quatre jours après l'accouchement, et le passage du lactose pur dans les urines. Nous ne reviendrons pas sur ce cas particulier.

Nous étions donc arrivés à cette constatation que la glycosurie des femmes enceintes était moins fréquente qu'on pouvait le croire, et n'augmentait nullement de fréquence au cours du travail. Nous avons alors étudié quelles variations la glycémie pouvait subir chez ces mêmes femmes. L'examen du sang fut fait concomitamment avec l'examen des urines ; chez les cinq femmes glycosuriques (une de ces glycosuries était provoquée et ne rentrait pas dans le cadre de notre statistique), la glycémie fut normale ou très légèrement diminuée, comprise entre 0 gr. 86 et 1 gr. 17 ‰. Enfin, au cours d'un examen chez une femme qui reste aglycosurique, et qui à jeun présentait une glycémie de 0 gr. 76, nous eûmes la surprise de voir trois quart d'heure après l'ingestion du sucre apparaître des signes manifestes d'hypoglycémie, ce qui fut confirmé par un dosage du sucre sanguin qui donna le chiffre très bas de 0 gr. 59. Deux heures après, la glycémie était revenue à la normale, et tous les troubles avaient disparu. Une seule explication à ce phénomène nous a paru plausible : les 50 grammes de glucose ingérés amenèrent chez cette femme une décharge antagoniste d'insuline, décharge qui fut trop forte et dépassa le but naturellement cherché.

Il nous a paru possible de résumer rapidement cette série de recherches en quelques lignes :

— glycosurie relativement rare ;

— ne coïncidant nullement avec une hyperglycémie, mais avec un chiffre de sucre sanguin normal ou même diminué ;

— absence de sucre urinaire chez les parturientes, probablement parce que toujours à jeun.

Nous avons cru pouvoir en tirer quelques conclusions : il nous a semblé que le métabolisme des hydrates de carbone était réellement modifié, même perturbé chez les femmes enceintes, mais qu'il s'agissait davantage d'un abaissement du seuil rénal aux hydrates de carbone, c'est-à-dire d'une tendance au diabète rénal, plutôt que d'un diabète vrai.

C'est en partant de cette hypothèse que nous avons essayé de classer et d'étudier les différents cas de glycosurie observables au cours de la grossesse.

I. Glycosurie passagère

Il est banal de constater qu'un repas trop riche en glucides soit suivi rapidement d'une glycosurie passagère, qui peut ne pas se renouveler, et qui est généralement plus fréquente à la fin de la gestation. Quelques auteurs (Gottschalk, Stricken) ont montré qu'à ce moment, 50 grammes de glucose, soit la moitié de la dose nécessaire à un individu normal, suffisent à faire monter la glycémie à 1 gr. 80, atteignant ainsi le seuil de perméabilité du rein au glucose.

Cette glycosurie passagère est donc banale et complètement anodine ; elle correspond à une très forte augmentation de la glycémie, qui est elle-même transitoire.

II. Diabète rénal

Lorsque la glycosurie n'est pas la conséquence d'un repas riche en glucides, il est capital de rechercher le taux de la glycémie.

Si celle-ci est normale ou même légèrement abaissée, il

s'agit d'un diabète rénal vrai ou d'une tendance au diabète rénal. Ce cas nous paraît être fréquent, et nous pensons que s'il n'est pas grave en lui-même, il implique une surveillance régulière de la gestante pendant les mois qui suivront son accouchement : si le plus souvent cette glycosurie disparaît complètement sans laisser de traces, parfois, on peut la voir persister définitivement ; la grossesse aura déclenché un diabète rénal qui ultérieurement pourra soit spontanément, soit à l'occasion d'une nouvelle grossesse évoluer vers un diabète vrai. D'autres fois, cette glycosurie disparaît après l'accouchement et réapparaît à chaque nouvelle gestation sans subir aucune transformation.

C'est dans cette éventualité d'une transformation possible en diabète vrai, qu'il ne faut pas négliger systématiquement une glycosurie et qu'il faut revoir la femme de temps à autre.

III. Diabète vrai

Il peut s'agir d'un diabète vrai, et la glycosurie s'accompagne d'hyperglycémie. C'est le cas qui est de loin le plus rare et le plus grave, mais encore doit-on différencier le diabète apparu à l'occasion de la gestation, qui peut disparaître après l'accouchement et réapparaître à chaque nouvelle grossesse, et le diabète préexistant, qui semble s'aggraver du fait de la grossesse et au cours duquel les complications surviennent avec un maximum de chances.

Les femmes diabétiques sont très rarement fécondes, ce qui explique le nombre relativement faible d'observations qui ont pu être rapportées. Autrefois même, elles étaient considérées comme stériles, mais depuis l'instauration de l'insulinothérapie, les cas de fécondité des diabétiques semblent être moins rares. Cette fréquente stérilité est généralement expliquée par une synergie probable entre les fonctions ovarienne et pancréatique ; la perturbation ovarienne se traduit d'ailleurs cliniquement par l'aménorrhée ou l'insuffisance des règles, la frigidité ; peut-être existerait-il même une dégénérescence du follicule ?

Influence de la grossesse sur le diabète

Il est heureux que les femmes diabétiques soient habituellement peu fécondes, car l'influence de la grossesse sur le diabète est souvent désastreuse, moins cependant depuis la découverte de l'insuline.

Le pronostic de gravité est avant tout facteur de l'espèce de diabète ; il est moins sombre chez une diabétique simple, bien que la transformation en diabète consomptif puisse se voir, car la grossesse abaisse généralement le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone. A partir du quatrième ou cinquième mois, les signes d'acidose sont souvent diminués, et cette curieuse constatation peut s'expliquer par une suppléance du pancréas fœtal au pancréas maternel déficient ; cette hypothèse s'appuie sur deux faits : d'une part au cours des autopsies des fœtus mort-nés de diabétiques, on a relevé un anormal développement des îlots de Langerhans. D'autre part, quelques auteurs américains après avoir dépancréatisé une chienne gravide près de mettre bas, ne constatèrent ni glycosurie, ni hyperglycémie, mais aussitôt après la délivrance, un coma diabétique rapidement mortel s'installait. C'est parce que les signes d'acidose peuvent être masqués pendant la deuxième moitié de la grossesse qu'il faudra être particulièrement méfiant au moment de l'accouchement.

L'insulino-sensibilité présentée parfois chez la femme enceinte pourrait également s'expliquer par la même raison : en certains cas, au cours de la grossesse, les doses d'insuline peuvent et même doivent être diminuées ; un cas de coma hypoglycémique au cours d'une grossesse a été signalé par M. Rathery (S. M. H. P., 10 juillet 1931), bien que la quantité quotidienne d'insuline ait été portée de 30 à 20 unités, avec augmentation des hydrates de carbone.

Le moment le plus critique de toute la gestation est en effet le travail et les heures qui le suivent. Trois causes peuvent être invoquées et mises en évidence :

a) La mobilisation considérable des hydrates de carbone d'où excès de travail pour le pancréas ;

b) Le choc traumatique particulièrement intense dans un accouchement facilement dystocique ;

c) La brusque séparation de l'enfant et de la mère qui entraîne une suppression brusque de l'insuline fœtale suppléant à celle insuffisante produite par la mère.

Pendant toute la durée de l'accouchement et la journée qui suit, la femme devra être examinée fréquemment, presque d'heure en heure et la seringue d'insuline à la main pourrait-on dire, de manière à intervenir au premier signe clinique ou biologique d'acidose ; des examens d'urines, ainsi que des glycémies seront systématiquement répétées plusieurs fois par jour. C'est à ces seules conditions que le coma acidosique pourra être soit évité, soit réprimé dans des circonstances où son apparition est particulièrement fréquente et grave.

Influence du diabète sur la grossesse

L'avortement spontané survient dans près de la moitié des cas, soit dans les premiers mois de la grossesse, soit par mort fœtale dans le cours du huitième mois ; l'enfant est souvent macéré. L'hydramnios se rencontre dans 20 % des cas. Si l'enfant vient vivant à terme, il est presque toujours énorme (5 à 6 kgr.), parfois hydrocéphale, provoque un accouchement dystocique au cours duquel il meurt facilement, car avant tout il est fragile, sans résistance ; parfois, dans les jours où les heures qui suivent leur naissance, les enfants de diabétiques, quoique en apparence sains, sont retrouvés morts dans leur berceau, sans cause évidente. Il est donc assez rare de voir survivre ces enfants ; par surcroît, il semble que dans un tiers des cas environ (M. Labbé) le diabète soit héréditaire.

Toutefois depuis l'insuline, le pronostic vital de l'enfant est moins sombre, et dans nombre d'observation, les femmes ont mené leur grossesse à terme sans incident et ont eu des enfants normaux.

Quant au point de vue maternel, la grossesse est lourdement grevée par sa coïncidence avec un diabète : l'accouchement est rendu dystocique par l'énorme volume fœtal et se complique facilement d'inertie utérine, d'hémorragies, de défaillance cardiaque. Dans les jours suivants les infections graves sont plus fréquentes que normalement.

Ultérieurement, dans les mois qui suivent l'accouchement, la malade fragilisée par deux causes simultanées : diabète et grossesse, présente fréquemment une poussée tuberculeuse qui est généralement d'allure rapide.

De même que pour l'enfant, le pronostic maternel a été très amélioré par l'insulinothérapie bien que les complications demeurent encore graves et fréquentes. Mais avant tout, dans le pronostic fœtal et maternel surtout, il faut faire une distinction capitale entre le diabète *consomptif* et le diabète *simple*. Si celui-ci ne se transforme pas en diabète acidosique au cours de la grossesse, le pronostic est excellent ; il y a peu de chances de complications, surtout

pour la mère. Au contraire, s'il s'agit d'un diabète grave, soit préexistant à la fécondation, soit dû à une transformation, la grossesse est dangereuse pour la mère, et l'enfant a peu de chances de survie.

Indications thérapeutiques

Nous envisagerons les indications thérapeutiques

1° Au cours de la grossesse ;
2° Au cours du travail ;
3° Après l'accouchement pour la mère et pour l'enfant.

1° *Au cours de la grossesse*, deux cas bien différents sont à distinguer, suivant la nature du diabète :

a) Si la gestation survient chez une *diabétique simple*, il faut surveiller régulièrement la glycémie et la glycosurie, rechercher si les réactions d'acidose ne deviennent pas positives, puisque la transformation en diabète consomptif est une éventualité toujours possible. La malade sera mise à un régime strict et le taux d'assimilation des hydrates de carbone suivi à chaque examen, de sorte que s'il baisse, on devra administrer de faibles doses d'insuline qui permettront une plus grande assimilation de glucides.

Quant à la grossesse au cours d'un diabète simple, elle ne présente pas d'indication particulière, en dehors d'une surveillance régulière qui pourrait mettre en évidence la mort de l'enfant *in utero*. Il est nécessaire aussi d'envisager particulièrement la possibilité d'accouchement dystocique, l'enfant étant généralement très gros. C'est en ce cas qu'on a pu préconiser l'accouchement provoqué au huitième mois.

Enfin, la malade devra être à plusieurs reprises examinée cliniquement et aux rayons X pour déceler un début de tuberculose pulmonaire.

b) Si la grossesse survient au cours d'un *diabète consomptif*, le pronostic étant beaucoup plus grave, les réactions sanguines et d'acidose urinaire seront l'objet d'examens répétés, le régime sera équilibré en donnant le maximum d'hydrates de carbone. Quant à l'insuline, elle sera administrée judicieusement pour ne pas provoquer de coma hypoglycémique et les injections en seront fractionnées pour éviter une action trop brutale.

Quant à la grossesse, c'est seulement en cas de diabète consomptif qu'a pu se poser la question de l'avortement provoqué. En ce cas, il faut tenir compte :

— de la baisse du taux d'assimilation des hydrates de carbone ;
— de l'insulino-résistance ;
— d'albuminurie avec œdème, anasarque ;
— de troubles cardiaques.

Même quand on se résout à l'avortement, il faut bien savoir que celui-ci est très grave, car il provoque un violent traumatisme et il ne faut y recourir que si la mère semble fatalement condamnée à bref délai par l'évolution normale de la grossesse.

2° Au cours du travail, et après la délivrance, au moment où les accidents acidosiques ont le plus de chances d'éclater, il est nécessaire de procurer à la parturiente des hydrates de carbone sous une forme quelconque : sérum glucosé soit intraveineux, soit en goutte à goutte rectal. S'il s'agit d'un diabète consomptif, il faut se préparer à faire de l'insuline en injections rapprochées, car ces malades sont à la limite du coma.

Quelle que soit la nature du diabète, il est indispensable, plus que chez toute autre femme, de faire un traitement de tonicardiaques pour éviter une défaillance myocardique, et un traitement antihémostatique les hémorragies étant très fréquentes au cours de ces accouchements presque toujours dystociques ;

3° *Après l'accouchement*, si le diabète n'a subi aucune transformation, on reprendra un régime semblable à celui suivi avant la grossesse ; on conseillera à la malade d'éviter une grossesse ultérieure qui risquerait d'aggraver le diabète et d'amener les plus sérieuses complications. Enfin, pendant les mois qui suivront l'accouchement, il est indispensable d'examiner fréquemment et régulièrement ces femmes qui ont subi une double action anergisante : la grossesse d'une part, le diabète de l'autre, de façon à dépister et à traiter rapidement une tuberculose pulmonaire débutante. Celle-ci est en effet fréquente en ces cas et se présente le plus souvent sous une forme évolutive.

Quant à l'enfant, il est nécessaire de le surveiller aussi de temps à autre, le diabète maternel pouvant être héréditaire et demandant à être traité sévèrement car il est d'autant plus grave qu'il apparait chez un être plus jeune.

Conclusions

Nous nous résumerons donc rapidement ; il nous semble bien :

— qu'il existe chez les femmes enceintes un trouble réel du métabolisme des hydrates de carbone ;
— que la glycosurie est plus rare qu'on ne le croyait ;
— qu'elle peut être parfaitement banale et sans importance, mais doit cependant attirer l'attention et être suivie pendant et après la grossesse, car elle peut être le premier signe d'un diabète rénal ou d'un diabète vrai.
— qu'enfin, s'il s'agit d'une coexistence de diabète avec grossesse, ce qui demeure rare malgré l'insulinothérapie, le pronostic reste très sérieux, surtout s'il s'agit de diabète consomptif. La mère est sous la menace d'un coma acidosique et l'avenir vital de l'enfant est très problématique.

Les syndromes diabétiques associés aux syndromes endocriniens

Par Paul SAINTON

I. — Introduction

Introduction. — Lorsqu'en 1889 Mering et Minkowsky provoquèrent expérimentalement chez le chien un diabète expérimental semblable au diabète maigre de l'homme par la pancréatectomie et qu'Hédon en corrigea les effets par la greffe de tissu pancréatique, l'origine des troubles du métabolisme des sucres parut être définitivement élucidée. La notion que le pancréas jouait un rôle exclusif dans la production du diabète fut cependant loin d'être universellement admise. Carnot en 1912 écrivait : « les glycosuries glandulaires ne sont pas uniquement d'origine pancréatique, elles peuvent être d'origine thyroïdienne, salivaire, surrénale, de même que cliniquement on connaît des glycosuries thyroïdiennes, hépatiques, surrénales, etc... » En 1913 je faisais remarquer avec Gastaud que l'association du goitre exophtalmique, du diabète et de l'acromégalie prouve que la glycosurie peut reconnaître une origine hypophysaire et que plusieurs glandes pouvaient être mises en cause dans la production de la glycosurie chez les basedowiens. Ces citations prouvent que dès cette époque le problème était bien posé.

L'isolement de l'insuline en 1922, grâce aux travaux de Mc Cléod, Banting et Best jeta une nouvelle clarté sur le rôle du pancréas dans le métabolisme glucidique. Les succès thérapeutiques obtenus par la médication insulinique consolidèrent les hypothèses sur le rôle du pancréas dans le diabète, si bien que pendant quelques années insuffisance insulinique et diabète furent considérés dans la majorité des cas comme synonymes.

La découverte de nouvelles hormones nous ramène actuellement, par une fortune singulière, à la conception clinique primitive en nous démontrant que les facteurs endocriniens du diabète sont multiples. Ce sont les conséquences de cette évolution des idées qui seront exposées ici, en les dégageant du flot des publications bibliographiques qui leur a été consacré.

***

II. — Les notions acquises sur le rôle du pancréas dans le diabète

Il n'est point inutile d'en résumer les points essentiels. Le diabète pancréatique expérimental reproduit les symptômes du diabète maigre : glycosurie immédiate, constante, abondante, 40 à 90 grammes, durable, hyperglycémie (2 à 3 grammes par litre au lieu de 1 gr. 25), polyurie, polydypsie, polyphagie, azoturie marquée. Cet état peut être corrigé par l'introduction sous la peau d'un greffon (Hédon). Cependant, il est à remarquer qu'il peut exister chez l'homme des lésions du pancréas sans diabète et des diabètes sans lésions du pancréas. Rathery, Marcel Labbé, Chabrol sont d'accord pour admettre qu'il n'y a pas de rapports étroits entre le syndrome du diabète maigre et la lésion pancréatique, ce qui ne veut pas dire, comme le soutient justement Fiessinger, qu'il n'existe pas de troubles fonctionnels de la sécrétion pancréatique interne.

Mais la nature de la sécrétion du pancréas ne fut bien établie qu'avec la découverte de l'insuline qui agit véritablement comme une hormone pancréatique, si bien qu'Hédon a pu écrire : « La vie sans pancréas est possible avec l'insuline. » Celle-ci a la propriété non seulement d'utiliser les sucres, mais encore de les fixer en faisant des réserves. Cependant malgré la somme énorme des travaux consacrés à l'étude du mode d'action de cette substance, celui-ci est encore obscur « car il ne peut s'expliquer entièrement, comme le dit Rathery, par une action particulière de la glycogénèse. » Cet auteur a d'ailleurs démontré avec Kourilsky que l'insuline pouvait provoquer l'hypoglycémie en dehors de la glycogénèse. Il émet l'hypothèse que l'action de cette hormone consiste à déplacer le métabolisme organique vers un type où prédominent les hydrates de carbone et que la disparition de l'acidose est le corollaire inéluctable du coefficient d'assimilation hydrocarbonée (Mac Cleod, Desgrez, Pierry et Rathery, A. Krogh, etc.).

L'insuline ne représente pas seule la sécrétion pancréatique. La vagotonine découverte et étudiée par Santenoise et ses collaborateurs, excite le vague et fixe le glycogène dans le foie. Il y aurait donc deux hormones pancréatiques, une hormone de combustion, l'insuline, une hormone de fixation, la vagotonine.

Il est possible qu'il existe encore d'autres hormones. Rathery signale que dans certaines insulines du commerce existe une substance non dialysable.

Quelle que soit l'importance du rôle de l'insuline dans le métabolisme des sucres, elle ne saurait faire oublier que le foie joue un rôle capital dans la production du diabète, car si on l'enlève chez un animal dépancréaté, il y a disparition de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Enfin le rôle du glycogène lui-même est discuté. Rathery, Kourilsky, Mlle Laurent et Gibert ont montré que, même privé de glycogène, le foie pouvait fabriquer du sucre.

Des recherches récentes de Noël Fiessinger, Garling, Palmer, Lançon, Herbain et Roger Cattan tendent à attribuer un rôle hormonal à un organe qu'on a jusqu'ici quelque hésitation à ranger parmi les glandes endocrines, la rate ; elle sécréterait une hormone ayant les mêmes propriétés que l'insuline, mais ayant une activité moindre. Rathery et Cosmulesco ont montré que l'injection d'extraits spléniques influait sur le cycle d'évolution des glucides.

Les notions qui viennent d'être rappelées ici doivent être présentes à l'esprit, si l'on passe à l'étude des syndromes endocriniens associés au diabète et des interprétations physiologico-pathologiques qu'ils comportent.

***

III. — Les théories endocriniennes du diabète

Dans l'article qu'il a consacré au diabète dans le Traité de médecine, Legendre fait mention des théories endocriniennes du diabète, il passe en revue celles-ci, et se demande s'il ne faut pas admettre un diabète thyroïdien, un diabète surrénal, un diabète génital, un diabète hypophysaire. Pour résoudre cette question à l'aide des travaux les plus récents, force est de voir si les faits cliniques et les faits expérimentaux fournissent des bases suffisamment solides pour étayer une telle conception. Après l'exposé des faits concernant chaque glande, il sera nécessaire d'en faire une synthèse pour résoudre la question de l'existence de syndromes diabétiques d'origine hormonale autre que d'origine insulinique.

*
* *

IV. — Diabète et hyperthyroïde

A) *Les faits cliniques.* — L'association du diabète sucré et du syndrome de Basedow est plus rare qu'on ne l'a prétendu. Si on consulte les différentes statistiques, les chiffres qu'elles nous fournissent sont très comparables entre eux. Kocher donne une proportion de deux cas de diabète sur 59 cas de Basedow ; Sattler, Maranon, Dautrebande, nous-mêmes, l'avons trouvé dans environ 3/100 des cas, Joslin dans 1,5/100. La coexistence des deux syndromes se rencontre habituellement chez la femme. Il semble que dans les observations publiées jusqu'ici on n'aie pas tenu un compte suffisant de la succession de ceux-ci dans le temps ; dans une statistique de la thèse de Gastaud, il est noté que sur quarante cas de diabète dans l'hyperthyroïdie, le syndrome glycosurique avait précédé la réaction thyroïdienne dans vingt-six cas, ce qui ne peut être interprété d'une façon absolue en faveur de la précession d'un syndrome sur l'autre, car le basedowisme peut rester fruste pendant un certain temps. Dans un cas curieux (Grube) le syndrome de Basedow sembla apparaître à la suite de l'émotion qu'éprouva la malade, en apprenant qu'elle avait du sucre dans ses urines. Il est à retenir, pour bien montrer l'apparentement des deux syndromes, qu'il y a coexistence dans certaines familles de l'hyperthyroïdie et du diabète sucré (Lancereaux, Mansby, Pribam, etc...)

Lorsque les maladies évoluent côte à côte, nombre de cliniciens ont signalé que poussées d'hyperglycémie, poussées d'hyperthyroïdie sont parallèles et que les exaspérations de l'une se montrent en même temps que les exaspérations de l'autre et qu'elles s'apaisent simultanément (Marcel Labbé, Fitz, Merklen, Wall et Kayser, Wilder et John). C'est ainsi que chez une basedowienne le traitement thyroïdien amena l'apparition du sucre, c'est ainsi que la thyroïdectomie est suivie d'une meilleure tolérance pour les hydrates de carbone (Wilder, Rhodenburg, Buchmann, Fuchs). Il n'en est pas toujours de même : il y a des cas où l'interdépendance des deux syndromes apparaît d'une façon moins précise : l'amélioration du goitre exophtalmique soit spontanée, soit thérapeutique, influence peu le diabète, l'insuline abaisse le métabolisme basal, mais elle a moins d'action sur le diabète hyperthyroïdien que sur le diabète isolé. La superposition des deux maladies aggrave le pronostic.

Les opinions les plus divergentes ont été émises sur la fréquence de la glycosurie simple dans l'hyperthyroïdie tandis que Kraus, Chryosteck, von Noorden ont admis que celle-ci était constatée dans la moitié des cas, elle n'a été observée par Dienot, Goldsmith et moi-même que dans 15 à 16 %. C'est une glycosurie variable comme celle des basedowiens diabétiques. La recherche par l'épreuve de la glycémie d'un état paradiabétique, donne pour Marcel Labbé une courbe intermédiaire entre celle du sujet sain et du diabétique. Les basedowiens ont un triangle glycémique moyen de 1,75. On peut dire d'une façon générale qu'ils ont une tendance à l'hyperglycémie.

Les observations où le diabète a été associé à un état hypothyroïdien (Apert, Gordon), sont exceptionnelles : comme elles sont anciennes, il y a lieu de se demander s'il n'existait pas des réactions hypophysaires. Le traitement thyroïdien peut, comme dans le cas d'Ewald, amener chez un myxœdémateux un diabète sucré.

B) *Les faits expérimentaux.* — Ils sont contradictoires ; la glycosurie a été observée aussi bien chez les animaux hyperthyroïdés que chez les animaux éthyroïdés. Pour Eppinger, Falta et Rüdinger la thyroïde inhibe le pancréas, pour King elle agit surtout sur la glycolyse tissulaire. Dautrebande constate la rareté des faits expérimentaux et critique l'affirmation que l'injection d'adrénaline ne détermine pas de glycosurie chez les animaux thyroïdectomisés.

La théorie classique de l'antagonisme thyropancréatique émise par l'école de Vienne n'est pas la seule qui ait été proposée pour expliquer le diabète thyroïdien. On ne saurait passer sous silence la théorique boulimique, qui est fondée (Charvat) sur les besoins alimentaires impérieux des basedowiens, ils sont tels qu'ils réclament des régimes quotidiens riches de 5.000 calories ; dans ces cas le diabète ne serait pas le résultat de l'hypoinsulinie, mais du surmenage de tous les processus de combustion de l'organisme. Cette idée est d'accord avec les recherches de Marie Parhon, Marks, Bodanski qui montrent que l'absorption de glande thyroïde, même chez un sujet soumis à une alimentation riche en hydrates de carbone, réduit le glycogène du foie.

Il résulte de l'ensemble de ces faits qu'il existe des syndromes diabétiques dans lesquels hyperthyroïdie et hypoinsulinie sont parallèles, témoignant de l'antagonisme thyropancréatique, sans préjuger des autres facteurs qui peuvent intervenir et qui sont améliorés par les thérapeutiques étiologiques, mais qu'il existe d'autres cas dans lesquels il ne paraît y avoir qu'une coïncidence et où chaque affection évolue pour son propre compte.

*
* *

V. — Diabète et parathyroïdes

La question du rôle que peuvent jouer les affections parathyroïdiennes dans le métabolisme glucidique n'est pas tranchée. Pour la plupart des auteurs, Silberstein et Kessler, Parhon et Derovici, l'injection d'extrait parathyroïdien abaisse la glycémie ; la parathyroïdectomie augmente la glycosurie chez les diabétiques (Zung et Jean Labarre). On en a conclu que la sécrétion parathyroïdienne est synergique de la sécrétion pancréatique (Watanabé et Clark, Winter et Smith). Le fait est d'ailleurs contesté.

*
* *

VI. — Diabète et surrénales

Les documents cliniques sur l'existence d'un diabète surrénal sont peu nombreux. Prosper-Emile Weill avait attiré l'attention sur la coexistence du diabète et de l'hirsutisme, mais la fréquence du diabète chez les femmes à barbe n'est pas démontrée. Cependant il faut mentionner les interventions sur les surrénales pratiquées par un très grand nombre de chirurgiens dans le diabète. Ils ont été guidés pour appliquer cette thérapeutique par des faits d'ordre expérimental. On sait, en effet, depuis les travaux de Blum en 1901, que l'injection d'adrénaline chez les animaux amène une élévation de la glycémie et provoque de la glycosurie ; cet effet s'obtient chez le lapin par une injection d'un milligramme dès la trentième minute et atteint son maximum en deux ou trois heures. Chez l'homme la poussée d'hyperglycémie est plus lente et fait place ensuite à de l'hypoglycémie. D'ailleurs la glycosurie dépend non seulement de la dose d'adrénaline injectée mais aussi de l'importance des réserves de l'organisme en glycogène. Si celles-ci sont épuisées la glycosurie adrénalinique n'existe plus. Cette action de l'adrénaline est en relation intime avec le système nerveux sympathique et s'exerce par stimulation des extrémités nerveuses périphériques. Ces faits sont-ils suffisants pour admettre qu'il y ait hyperproduction adrénalinique dans le diabète, comme le soutiennent Eppinger, Falta et Rüdinger et que la surrénale est à l'origine de certains diabètes. Il est prudent actuellement de s'en tenir aux conclusions de Bierry et Rathery. « L'adrénaline provoque l'hyperglycémie, mais par injections répétées elle ne produit pas un véritable diabète. »

Quelques soient les conceptions théoriques, il nous faut cependant tenir compte des données fournies par l'expérimentation chez l'animal rendu diabétique et par la chirurgie surrénale chez l'homme. Ciminata a montré que chez un chien



ENTRÉE DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

dépancréaté, l'énervation des deux surrénales peut provoquer la guérison du diabète : l'ablation d'une surrénale aurait une action moins active (Perroti). Le résultat de cette intervention serait de provoquer l'interruption de l'arc réflexe qui provoque l'hyperglycémie adrénalinique, d'utiliser l'antagonisme de la médullo-surrénale et du pancréas pour influencer certains diabètes insulinorésistants (Stucker).

L'énervation d'une surrénale ou l'énervation successive des deux surrénales ont été employées comme traitement du diabète par Mario Donati, par Corachan et Simarro, par Giordano : les résultats obtenus méritent quelque attention puisque les malades ont été améliorés. Ces faits trouvent une confirmation dans les interventions analogues et heureuses pratiquées par Crile chez les hyperthyroïdiens diabétiques. Langeron a obtenu un abaissement de la glycémie et de la glycosurie chez des diabétiques par la radiothérapie surrénale.

La médullosurrénale ne joue pas seule un rôle dans le métabolisme des glucides : la corticosurrénale jouerait un rôle important pour Britten et Silvelle, le taux de la glycémie s'élève après injection de cortine, la réserve glycogénique du foie et des muscles augmente alors que les phénomènes inverses se produisent après ablation de la corticale surrénale. Cependant le rôle de la corticale serait moins actif pour d'autres auteurs ; elle agit surtout comme glande lipoïdogène. Il en sera question d'ailleurs plus loin à propos de l'hormon acétonémiante.

***

VII. — Diabète et glandes génitales

1° *Le diabète d'origine ovarienne.* — Bouchard, Lécorché, Leclerc, Dalché ont depuis longtemps insisté sur le rôle que peut jouer l'insuffisance ovarienne dans les diabètes qui surviennent au moment de la ménopause. Cette opinion est partagée par Maranon ; il fait remarquer que sur 735 femmes diabétiques, les symptômes ont apparu entre 40 et 50 ans. Pour lui, « L'hormone féminine de l'ovaire, la folliculine n'a pas une action hyperglycémiante, mais hypoglycémiante ; ce n'est donc pas à son absence qu'il faut attribuer la tendance hyperglycémiante et glycosurique et par conséquent cette tendance est en rapport avec les deux réactions glandulaires qui le plus souvent accompagnent l'insuffisance génitale de l'âge critique à savoir l'hyperfonction surrénale et l'hyperfonction thyroïdienne qui sont des états diabétiques. » Aschner émet aussi l'opinion que l'âge critique est singulièrement propice au diabète « que le pancréas intervienne ou non. »

Rien n'est plus démonstratif pour confirmer la reflexion d'Aschner que la belle observation de Carnot, Terris et Caroli qui concerne une malade aménorrhéique, insulinorésistante chez laquelle la glycosurie suivait l'évolution du cycle sexuel, elle tombait tous les vingt jours de 100 ou 110 grammes à 20 grammes ou à 30 grammes trois jours avant la période menstruelle. Cette malade était insulinorésistante, des injections de folliculine firent réapparaître les règles et améliorèrent en même temps l'état hyperglycémique. Rathery et Rudolf ont montré qu'au moment où la folliculine est abondante, certains diabétiques présentaient une sensibilité spéciale à l'insuline, et qu'elles bénéficiaient de l'association de la folliculine à l'insuline qui déterminaient chez elle une chute de la glycémie et de l'acétonémie.

2° *Le diabète d'origine testiculaire.* — La glycémie est abaissée par l'activité testiculaire ; pour Rogemont, la sécrétion testiculaire pourrait évoluer en contretemps avec la sécrétion d'insuline (Fiessinger). Il semble que les rapports sont moins étroits entre l'hormone testitulaire et les hormones pancréatiques qu'avec l'hormone ovarienne.

***

VIII. — Le diabète hypophysaire

1° *Faits cliniques.* — L'apparition d'un diabète au cours de l'acromégalie est connue depuis longtemps. La première statistique de Pierre Marie annonçait la proportion vraiment excessive de 50 %, la statistique de Borchardt la réduit à 35 % de diabètes, 5 % de glycosuries. Les dernières recherches de Cushing donnent le chiffre de 12 1/2 % de diabète et de 25 % de glycosurie.

Le syndrome diabétique se rencontre au grand complet chez les malades atteints d'adénome antihypophysaire acidophile, la polyphagie, la polydypsie, la polyurie sont intenses. Le taux du sucre éliminé peut atteindre de 700 à 1.500 grammes par jour : les métabolisme azoté, phosphatique et calcique sont en général normaux. Souvent (Cushing) le diabète procède par véritables vagues se déclenchant en même temps que la poussée d'hyperpituitarisme et suivies de phases d'accalmie. Malgré la quantité de sucre éliminé, ce diabète est souvent bien toléré, il ne s'accompagne pas de dénutrition : l'acidose est exceptionnelle, le coma est très rare. L'action de l'insuline est variable ; il y a souvent insulino-résistance absolue (Uhlrich, Malher et Paterny, Falta) ou tout au moins relative (Marcel Labbé, Escalier et Gilbert Dreyfus). Enfin dernière particularité il peut alterner avec le diabète insipide qui le précède ou le suit. Langeron, Desplats, Paget et Danes ont rapporté un cas où le syndrome hypoglycémique a succédé à un diabète calcique. Au point de vue thérapeutique, il est influencé par l'hypophysectomie (Cushing et Davidoff), par la radiothérapie hypophysaire (Langeron).

Il peut y avoir coexistence du goitre exophtalmique, de l'acromégalie et du diabète.

Le diabète peut se rencontrer non seulement dans les états d'hyperfonctionnement acidophiles, mais encore dans les adénomes chromophobes.

Faits expérimentaux. — *L'hypophysectomie* ne produit pas la glycémie chez les chiens tant qu'ils sont bien alimentés ; mais elle s'abaisse rapidement au cours du jeûne ; les animaux privés d'hypophyse sont très sensibles à l'action de l'insuline (Houssay). Cette ablation améliore le diabète expérimental chez des animaux d'espèce très différente, chiens, poissons, batraciens et reptiles (Houssay). La glycosurie et l'hyperglycémie s'atténuent ; le rapport D/N est bas, l'azotémie cesse, l'amaigrissement diminue, le glucose injecté détermine une élévation du quotient respiratoire. L'ablation simultanée du pancréas et de l'hypophyse amène une modification insignifiante de la glycémie.

L'injection d'extraits hypophysaires produit des effets infiniment complexes qui tiennent à la variété des hormones sécrétées.

Le *rôle des hormones hypophysaires dans les troubles du métabolisme des sucres.* — Les premiers cliniciens qui découvrirent l'acromégalie avaient été tentés d'admettre que le diabète concomitant était la conséquence d'un diabète nerveux, dû à une compression du plancher du quatrième ventricule par la tumeur. Actuellement le rôle de l'hypophyse dans le métabolisme des hydrates de carbone est admis par tous, mais lorsqu'il s'agit d'en interpréter le mécanisme, les opinions sont multiples. Il y a :

1° des théories endocriniennes,
2° des théories neuroendocriniennes.

1° *Théories endocriniennes.* — La conception primitive mettait en cause la *posthypophyse.* Cushing en 1919, concluait qu'à l'état normal l'activité de celle-ci réglait le métabolisme des hydrates de carbone, qu'une injecction intraveineuse d'extrait post-hypophysaire provoque la glycogénolyse, qu'une diminution de la sécrétion de la post-hypophyse entraîne un accroissement de la tolérance aux sucres. Actuellement encore cette opinion est soutenue par Gœtsch, Clark, Achard, Ribot et Benès, Zung et La Barre. Ce serait l'ocytocine (Houssay et Magenta) qui serait l'antagoniste de l'insuline.

Les idées ont évolué sur le rôle de la postpyhophyse, les physiologistes tendent à la déposséder de son rôle hormonal au profit de l'antéhypophyse et de l'hypophyse intermédiaire. Les recherches d'Houssay et de son école, d'Anselmino et Hoffmann ont transformé la question par la découverte de produits hormonaux multiples qui jouent un rôle dans le métabolisme des glucides soit par une action directement exercée, soit par une action indirecte sur d'autres glandes.

Quelles sont ces différentes hormones ? Ce sont :

A) Les hormones métaboliques spécifiques : a) l'hormone hyperglycémiante et b) l'hormone glycogénolytique.

α) *L'hormone hyperglycémiante, hormone diabétogène de Houssay, contre insuline Allemande* est soluble dans l'eau et l'alcool à 60°, soluble ou insoluble dans l'éther, l'acétone et l'alcool pur, *non ultrafiltrable*. Son existence est basée sur le fait que l'injection d'un extrait alcalin de lobe antérieur provoque chez des animaux appartenant à des espèces très différentes (chien, chat, crapaud) un état hyperglycémique ressemblant à celui des animaux privés de pancréas, même glycosurie, même hyperglycémie, mêmes modifications du quotient respiratoire à jeun et après repas, même amaigrissement, avec balance azotée négative, même acidose, possibilité de coma. Le caractère capital de ce diabète provoqué est d'être insulino-résistant. Il y aurait antagonisme entre cette hormone glycémiante et l'insuline ; en effet si on injecte la première substance avant la seconde, il ne se produit pas d'hypoglycémie (Hogler et Falta) ; une autre de ses propriétés est d'empêcher la mort d'animaux privés d'hypophyse ayant subi des injections d'insuline. Chez les animaux privés de pancréas, l'hormone diabétogène n'étant plus contrebattue par la production d'insuline, il se produit de l'hyperglycémie.

β) *L'hormone glycogénolytique* (Anselmino et Hoffmann) a les mêmes propriétés chimiques que la précédente, mais elle en diffère parce qu'elle est *ultrafiltrable en milieu neutre ou acide*. La caractéristique de cette hormone qui diminue la teneur hépatique en glycogène est de n'apparaître dans le sang que si l'individu a fait un repas riche en glucides. Elle diffère de l'insuline par le rythme de sa sécrétion qui ne se fait qu'au bout de trois à cinq heures.

B) Les hormones exerçant une action sur le fonctionnement d'autres glandes jouant un rôle dans le métabolisme des sucres. Ce sont :

α) *La pancréatostimuline* présentant les mêmes caractères chimiques que les hormones hypophysaires précédentes, mais en différant par sa thermolabilité et son ultrafiltrabilité est hypoglycémiante à l'état de pureté, elle agit comme stimulant de la sécrétion insulinique, car elle n'amène aucune modification de la glycémie chez les chiens dépancréatés.

β) *La thyréostimuline* (recherches d'Aron, Loeb et Basset, Houssay, Collip, L.ser. Elle ne paraît agir que par son influence sur la thyroïde dans les syndromes basedowiens. Malheureusement les dosages ont montré que chez ceux-ci la thyréostimuline est diminuée, à moins qu'il n'existe dans le sang une anti-hormone.

γ) *La corticostimuline* de Rivoire (*hormone adrénotrope de Collips, hormone corticotrope d'Anselmino et Hoffmann*) est une hormone glycogénétique ; elle a pour propriétés de déterminer une hypersécrétion cortico-surrénale qui augmente considérablement le glycogène hépatique.

A côté de ces hormones qui jouent un rôle dans le métabolisme des sucres on a décrit une hormone *hypophysaire, acétonémiante*, qui présenterait des propriétés chimiques analogues aux hormones, serait ultra-filtrable, aurait une filtrabilité partielle en milieu neutre et maxima en milieu alcalin. Nous la mentionnons ici parce qu'elle a été accusée de jouer un rôle dans la production de l'acidose diabétique ; elle ne se rattache qu'indirectement à notre sujet.

Telles seraient les produits hormonaux hypophysaires qui joueraient un rôle dans le métabolisme des sucres et dont la multiplicité ne manque pas d'étonner.

Il ne saurait y avoir aucun doute sur les actions pharmacodynamiques qui leur sont attribuées. Mais il est peut-être prématuré de leur décerner une individualité définitive en raison de leur communauté d'action qui est sous la dépendance d'une glande unique, l'antéhypophyse.

2° *Les théories neuroendocriniennes.* — Il ne semble pas possible à l'heure actuelle de dissocier les syndromes endocriniens hypophysaires des syndromes dus aux syndromes dépendant des lésions de l'appareil végétatif hypothalamique.

Les recherches de Roussy, de J. Camus, J.-J. Gournay et A. Legrand ont montré que la lésion du tuber cinereum provoquait un « diabète sucré tubérien » : c'est disent Roussy et Gournay le premier exemple de lésion nerveuse déterminant une glycosurie tardive et de longue durée.

L'interprétation de ces faits donna lieu à deux hypothèses ; l'une c'est que le tuber cinereum était une glande de sécrétion interne (Poppi), l'autre c'est que le tuber cinereum agit sur le métabolisme des sucres en tant qu'appareil régulateur.

Lhermitte s'est fait l'apôtre de cette théorie et il cite dans son rapport de la XIV[e] réunion neurologique de 1934 l'observation de Wolf qu'il considère comme démonstrative : un blessé de guerre éprouva quelques mois après l'époque de sa blessure, de la polydypsie avec glycosurie ; il était porteur d'un projectile situé dans le troisième ventricule comme l'autopsie le prouva ; l'insulinothérapie réduisit la glycosurie ; le pancréas ne présentait pas d'altérations des acini des ilôts de Langerhans ; ceci d'ailleurs ne prouve pas qu'il n'existait pas de troubles fonctionnels. Pendant un certain temps Lhermitte eut tendance à attribuer uniquement aux lésions du diencéphale les diabètes hypophysaires. Actuellement l'accord paraît s'être fait sur les influences réciproques des centres végétatifs mésodiencéphaliques de l'appareil glandulaire hypophysaire et de leurs interactions physiologiques, grâce aux travaux combinés des neurologistes principalement de Greving et de Roussy et Mosinger. La liaison est établie par des faisceaux nerveux reliant l'hypophyse antérieure et postérieure et les noyaux diencéphaliques ; elle est faite aussi par le système porte hypophyso-hypothalamique de Gregor Pappa et Fielding. Les recherches d'endocrinologistes tels que G. Herring, Rémy Collin, etc., ont établi que les noyaux diencéphaliques, les péricaryones hypothalamiques assurent un contrôle sérieux des fonctions hypophysaires et qu'inversement la sécrétion colloïde de l'hypophyse fait sentir son action par transport sanguin (hémoneurocrine), par transport direct (neurocrine de Rémy Collin), par transport par le liquide céphalo-rachidien (hydrencéphalocrinie). L'hypothèse d'une sécrétion neurocrine propre a été émise par Pappi et Schaner, Roussy et Mossinger ; ainsi se trouve encore compliqué le problème du diabète hypophysaire.

* *

IX. — Diabète et épiphyse

La glycosurie n'a pas été signalée au cours des syndromes épiphysaires. Les données expérimentales sont des plus vagues. Pour Jordan et Cyster l'injection d'extrait épiphysaire provoquerait l'apparition de la glycosurie ; Papesku pense que l'injection d'extrait épiphysaire inhibe l'apparition de l'insuline.

* *

X. — Diabète et glandes salivaires

Les faits cliniques concernant le rôle que peuvent jouer les glandes salivaires sont rares. M. et T. Cabanne ont rapporté un cas de diabète sucré avec hypertrophie des parotides. Certains chirurgiens, en raison de cette coïncidence, n'ont pas hésité à intervenir sur la glande parathyroïde chez les diabétiques en pratiquant la ligature du canal de Sténon ; les résultats sont des plus contradictoires.

Les recherches expérimentales de Parhon et de ses élèves tendent à faire admettre que les fonctions des glandes salivaires ne sont pas identiques ; tandis que la sécrétion sous-maxillaire serait synergique de la sécrétion insulinique, la sécrétion parotidienne en serait l'antagoniste.

* *

XI. — Diabète et hormones duodénales

Les extraits de muqueuse duodénale contiendraient une substance ayant des propriétés aalogues à celles de l'insuline ; La Barre a démontré l'action hypoglycémiante de l'incrétine ; Duncan, Shunway, Williams et Fettre ainsi que La Barre et Ledure ont employé cette hormone par voie buccale. Enfin Rathery et de Traverse ont également signalé que la paroi intestinale pouvait intervenir dans le métabolisme des glucides.

XII. — Sucre protéïdique et glandes endocrinées

Jusqu'ici il n'a été question que des recherches qui ont été effectuées dans le sang sur le sucre libre (diffusible et ultrafiltrable), mais il existe en dehors de celui-ci des glucides variés sous une forme particulière (sucre protéidique) (Bierry et Rathery). Les recherches de ces auteurs qui ouvrent un nouveau chapitre du métabolisme des glucides ont montré que le taux de celui-ci variait sous l'influence d'hormones diverses, insuline, thyroxine, extrait hypophysaire, hormone surrénale et que l'effet sur la protéidoglycémie différait de celui observé sur la glycémie. L'action d'une même hormone serait variable suivant l'animal, il y a d'ailleurs indépendance entre l'état du glycogène du foie et celui du sucre protéidique dans le système porto-sus-hépatique.

XIII. — Synthèse

L'exposé précédent montre la complexité des problèmes soulevés par l'association de syndromes diabétiques et des syndromes endocriniens. Il faut bien avouer que cette symbiose est assez rare et que si les faits expérimentaux sont nombreux, les faits d'observation humaine sont relativement clairsemés. La première question qui doit être posée, en clinique est celle de l'individualité des diabètes endocriniens.

Existe-t-il des caractères permettant de les distinguer d'un diabète banal ? Si l'on s'en tient aux enseignements de la clinique les conditions suivantes pour qualifier un diabète dû à une perturbation endocrinienne doivent être réalisées.

1° Il doit y avoir coexistence du syndrome diabétique avec un syndrome d'hyperendocrinie ou d'hypoendocrinie certain.

2° Les poussées diabétiques doivent coïncider avec les exaspérations du syndrome endocrinien et s'apaiser en même temps qu'elles.

3° Le syndrome diabétique doit être amélioré par le traitement propre au syndrome endocrinien associé que ce traitement soit opothérapique, chirurgical ou radiothérapique.

4° Le syndrome diabétique endocrinien est en général insulino-résistant total, ou tout au moins relatif.

5° Il est moins influencé par le régime alimentaire que le diabète banal.

6° Ces considérations s'adressent aux syndromes paradiabétiques.

Il est vraisemblable qu'il peut y avoir coexistence des deux syndromes endocriniens et diabétiques sans qu'il y ait interdépendance, et que leur association soit le fait d'une coïncidence.

Les conclusions que cet exposé comporte sont :

a) que les théories qui attribuent au diabète le trouble du fonctionnement d'un organe unique sont périmées et que les facteurs de la glycolyse sont multiples ;

b) que les syndromes endocriniens associés au diabète les plus fréquents sont les syndromes hypophysaires, puis les syndromes thyroïdiens et les syndromes ovariens. Le schéma de Rüdinger, de Falta et d'Eppinger opposant la thyroïde et la surrénale est un peu simpliste quand on passe en revue la multiplicité des produits hormonaux nouvellement découverts.

Le fait capital, au point de vue hormonal, en mettant de côté le rôle du foie dans la glycogénèse est que l'insuline, la vagotonine, l'hormone splénique de Fiessinger, l'hormone parathyroïdienne et peut être une hormone salivaire sont hypoglycémiantes, que les hormones thyroïdiennes, génitales et surrénales sont hyperglycémiantes. Elles sont toutes dominées par la glande qui est au sommet de la hiérarchie endocrinienne, l'hypophyse, qui les tient sous sa dépendance, mais il ne faut point négliger la notion que la fonction de celle-ci est intimement liée à celle de l'appareil végétatif hypothalamique, avec lequel elle forme un complexe solidaire.

La nature chimique de l'insuline

Par H. SIMONNET

En 1922, Banting, Best, Collip et Macleod (1) préparaient pour la première fois des extraits pancréatiques possédant un fort pouvoir hypoglycémiant et capables de compenser les troubles du diabète ; quatre ans après (2), Abel obtenait l'insuline à l'état cristallisé.

Dans l'intervalle, de très nombreux travaux avaient conduit à des préparations de plus en plus concentrées et de plus en plus purifiées. Ces recherches, au cours desquelles certaines propriétés physiques et chimiques de l'hormone furent reconnues, mirent à la disposition des chercheurs des quantités d'extraits purifiés suffisantes pour que l'isolement de l'insuline devint possible.

Les difficultés techniques rencontrées au cours de ces recherches ont été considérables. Elles sont représentées, comme pour les autres hormones, par la petitesse de la masse de substance active, par la présence d'impuretés inertes dont la nature varie d'ailleurs avec l'espèce animale qui a fourni le matériel d'extraction ; mais c'est surtout la nature protéique de l'hormone qui rendit et continue d'ailleurs à rendre les recherches difficiles. Dans ce qui suit, nous n'insisterons pas sur les méthodes chimiques proprement dites, nous retiendrons seulement leur signification biologique.

Propriétés physiques

Le fait qui domine l'étude chimique de l'insuline est que cette hormone se comporte actuellement comme une matière protéique vraie, c'est-à-dire comme une molécule volumineuse, de structure très complexe alors que, par comparaison, les

(1) BANTING (F.-G.), BEST (C.-H.), COLLIP (J.-B.) et MACLEOD (J.-J. R.). — Trans. Roy. Soc. Canada, 1922, V, 16. — *Idem* et NOBLE (E.-C.). *Amer. Journ. Physiol.*, 1922, 62, 162 et 553.

(2) ABEL. — Proc. Nat. Acad. Sc., 1926, 12, 132. — *Idem. Journ. Pharmac. exper. ther.*, 1927, 31.

autres hormones qui sont connues à l'état cristallisé, folliculine, testiculine, thyroxine, sont de petites molécules de structure relativement simple.

Forme cristalline. — L'insuline cristallise en microcristaux de 0,01 mm. de diamètre qui affectent deux formes cristallographiques également actives.

Il semble que l'insuline cristallisée contienne toujours des traces de matières minérales : zinc, nickel, cobalt et, d'après certains chercheurs (Scott), les insulines privées de matières minérales sont incristallisables, alors que la cristallisation devient possible par l'addition de sels, en particulier de zinc. Dans ces conditions, le métal ne constituerait pas une impureté mais un élément indispensable.

Propriétés optiques. — Les solutions d'insuline cristallisée sont lévogyres comme celles de matières protéiques et le pouvoir rotatoire dépend du pH de la solution : — 29°9 en solution à 2,5 p. 100 dans ClH N/10 ; (après une semaine, le pouvoir rotatoire s'élève à 31°7) ; — 49° en solution à 2,5 p.100 dans NH^3 N/1 ; — 80° en solution à 2,5 p. 100 dans NaOH N/10).

Absorption dans l'ultra-violet. — Le maximum d'absorption observé à 2750 Å peut être rapporté à la présence de cystine et de tyrosine dans la molécule. Il faut noter que l'insuline peut être inactivée sans que le spectre d'absorption soit modifié, tandis que, inversement, quand le spectre d'absorption est modifié, l'insuline est toujours inactivée.

Poids moléculaire. — Il est très élevé, du même ordre de grandeur que celui des albumines vraies : 20.000 (Freudenberg), 35.000 (Svedberg), 40.000-50.000 (Gerlough). Ces valeurs opposent l'insuline aux hormones sexuelles mais la rapprochent de la thyroglobuline.

Point de fusion. — Les cristaux d'insuline brunissent à 215° C et fondent brusquement à 233° C.

Solubilité. — L'insuline cristallisée possède les caractères généraux de solubilité des matières protéiques. Elle est soluble dans les acides dilués et les alcalis dilués, dans le phénol à 90 p. 100, assez soluble dans l'alcool à 80°, insoluble dans les solvants organiques anhydres ; la solubilité est constante : 1 milligr. p. 1.000 c. c. entre pH 4,8 et 6,5.

Le point isoélectrique de l'insuline amorphe est pH : 5,30-5,35, celui de l'insuline cristallisée : 5,0.

Propriétés chimiques

L'insuline donne les réactions générales des matières protéiques.

Les réactions de précipitation n'offrent aucun caractère particulier intéressant. L'insuline est dénaturée par l'ébullition ou les acides forts. Dissoute dans ClH N/10 et chauffée au bain-marie elle donne un précipité gélatineux inactif ; cette propriété serait spécifique de l'insuline (du Vigneaud).

L'insuline donne certaines réactions colorées banales : R. de Millon, R. xanthoprotéique, R. de Pauly, R. du biuret, R. de la ninhydrine. Les réactions de l'arginine (R. de Saguchi), de la cystine (R. de Sullivan), de la tyrosine et du groupement disulfuré (R. de Folin-Loonez) sont positives. La réaction du tryptophane (R. de Voisenet, R. de Hopkins-Cole, R. de Acree), celle des groupements sulphydrylés (R. au nitroprussiate), celle des hydrates de carbone (R. de Molisch) sont négatives.

La composition centésimale de l'insuline est voisine de celle des matières protéiques (C : 49.91 — 51.8 ; H : 7.16 — 5,8 ; O : 25.58 — 25.4 ; Az : 14.41 — 14,0 ; S : 2.94 — 3.2 (Abel ; Boivin et Guillement), elle ne renferme pas de phosphore et tout le soufre qu'elle contient se trouve à l'état organique. La question de la présence de matières minérales n'est pas résolue. Abel, en trouve 6.11 p. 100, Boivin et Guillement 0 p. 100. Nous avons dit plus haut que pour certains (Scott), l'insuline ne contenant pas de cendres est incristallisable.

Nature chimique et structure moléculaire

L'insuline cristallisée se comporte comme une matière protéique, 90 p. 100 des constituants de sa molécule ont été identifiés sous forme d'acides aminés. Bien que le taux de chacun d'eux ne soit pas fixé parfaitement les chiffres obtenus donnent déjà une bonne idée de leur répartition.

La leucine est l'acide aminé le plus abondant (30 p. 100) ; vient ensuite l'acide glutamique (20 p. 100), la tyrosine (12 p. 100), la cystine (8 à 12 p. 100 suivant la technique), l'histidine (8 p. 100), la lysine (2 p. 100). La présence de phénylalanine et de proline a été récemment démontrée (Jensen et Evans). L'insuline ne contient ni tryptophane, ni groupements sulphydryles, ni hydrates de carbone. La présence de méthionine a été signalée mais seulement dans des préparations incomplètement purifiées ; la question n'est pas résolue en ce qui concerne la thiolhistidine.

Ces documents sont intéressants, mais ils ne résolvent évidemment pas le problème de la structure moléculaire de l'insuline. En effet, on ne connaît pas encore la totalité des acides aminés constitutifs ; d'autre part, le mode de groupement de ceux qui sont connus n'est pas déterminé et l'on peut seulement affirmer que l'insuline a la structure d'un polypeptide. Ces documents résolvent en outre, nullement le problème de la nature du radical ou du groupement hypoglycémiant. De toute évidence, seule la synthèse de l'insuline apportera la solution de ces deux problèmes. En attendant que la reproduction artificielle du principe hypoglycémiant endopancréatique soit réalisée, les données fournies par l'analyse apportent un certain nombre de renseignements intéressants.

On peut admettre que la molécule d'insuline cristallisée, telle qu'elle est définie par ses constantes physiques et chimiques, possède effectivement la propriété hypoglycémiante. Le fait que Dingemanse a obtenu un produit amorphe quatre fois plus actif que l'insuline cristallisée, n'a pas été confirmé (Du Vigneaud, Jensen, Dirscherl).

Le pouvoir hypoglycémiant n'est pas dû à l'adsorption d'un principe actif de nature encore inconnue sur une molécule protéique. En effet, les recristallisations successives ne modifient pas l'activité, les deux formes cristallines sont également actives ; les cristaux obtenus de diverses sources (pancréas de porc, de mouton, de bœuf, de poissons) sont également actifs, l'homogénéité du produit persiste après ultra-centrifugation ; l'activité et la forme cristalline ne sont pas modifiées après adsorption et élution successives sur noir et sur acide benzoïque ; enfin, la disparition de la forme cristallisée entraîne simultanément la perte de l'activité.

Mais la totalité de cette grosse molécule est-elle nécessaire pour que le pouvoir hypoglycémiant se manifeste ? Ce pouvoir ne dépend-il pas de certains radicaux seulement ? La molécule d'insuline pourrait être constituée d'un groupement prosthétique et d'une albumine ; l'insuline serait alors l'homologue de l'hémoglobine ou de la thyroglobuline dont le groupement actif est une petite molécule, l'hématine ou la thyroxine. Inversement, l'insuline n'est peut-être pas la forme sous laquelle l'hormone pancréatique circule dans l'organisme, celle-ci étant plus complexe.

Enfin, la structure de la molécule active formée par l'organisme peut ne pas correspondre à la seule forme hypoglycémiante, soit que d'autres groupements contenant cette molécule puissent également être actifs, soit que d'autres radicaux soient également capables de provoquer l'hypoglycémie.

L'insuline cristallisée ne donne pas l'effet hyperglycémiant transitoire que déterminent la plupart des préparations pancréatiques mêmes purifiées. Cette action serait donc due à une substance étrangère (Geiling, Nielsen) et si l'effet hyperglycémiant transitoire initial est une propriété spécifique de l'insuline (Burger et Kraus), l'insuline cristallisée ne représente pas, à elle seule, l'hormone endopancréatique. Cette interprétation est peu vraisemblable et nous ne la retiendrons pas.

En tout cas, le pouvoir hypoglycémiant de l'insuline cristallisée est élevé : l'unité se trouve aux environs de 25-40 γ. Elle paraît posséder les mêmes propriétés que l'extrait pancréatique purifié dans le traitement du diabète expérimental (Howard et de Lawder). Elle donne aussi les réactions allergiques de l'extrait pancréatique.

Recherche des fonctions chimiques caractéristiques et détermination de leur rôle dans l'activité pharmacodynamique

L'analyse ayant révélé certaines particularités de structure : présence de soufre organique sous forme de liaison disulfurée, présence d'azote aminé libre, teneur élevée en acide glutamique, de nombreuses hypothèses ont été proposées relativement au substratum de l'activité pharmacodynamique de l'insuline.

Ces hypothèses se prêtent assez bien à la vérification, car si l'on traite l'insuline par des réactifs appropriés qui détruisent ou bloquent certaines fonctions, l'étude parallèle des variations d'activité pharmacodynamique peut renseigner sur la nécessité de telle ou telle de ces fonctions.

Cependant, ces recherches sont difficiles à conduire en raison de la fragilité de la molécule d'insuline ; d'autre part, l'interprétation des résultats obtenus est délicate, car le fait que le blocage de certains radicaux supprime l'activité pharmacodynamique ne prouve pas que d'autres fonctions parmi celles qui ne sont pas touchées ne sont pas également importantes.

*
* *

Un certain nombre de réactifs détruisent définitivement l'activité de l'insuline :

C'est le cas des *agents oxydants*, comme l'eau oxygénée, l'oxyde mercurique, la quinone, l'acide perbenzoïque (responsable probablement de l'action destructrice de la benzaldéhyde). L'iode inactive rapidement l'insuline, mais la quantité d'iode nécessaire est inférieure à celle qui peut être absorbée après plusieurs heures de contact.

L'inactivation dans ces cas est due vraisemblablement à l'oxydation du groupement disulfuré ; il est également possible que le radical aminé libre soit attaqué et que, dans le cas d'une oxydation intense des modifications moléculaires plus profondes soient en jeu.

Les *agents réducteurs* : amalgame de sodium, magnesium activé, cyanure de sodium, hydrogène sulfuré, anhydride sulfureux, hydroquinone, inactivent tous l'insuline. L'inactivation par la parachlorobenzaldéhyde coïncide avec l'apparition d'une réaction positive au nitro-prussiate.

Les agents réducteurs faibles, comme la cystéine, l'acide thioglycocholique, l'acide α-thiolactique, le glutathion, qui réduisent la liaison disulfurée, inactivent complètement l'insuline. L'inactivation est complète alors que la réduction n'a touché que le tiers du soufre total.

L'insuline inactivée par hydrogénation peut être partiellement réactivée quand on la traite par la cystéine en présence d'un agent oxydant (l'eau oxygénée par exemple).

Insuline — SH + G — S H = Insuline — S — S — cystéine
(forme inactive) (forme active)

Il en est de même après l'inactivation partielle causée par l'hydrolyse alcaline ou l'irradiation ultra-violette.

L'inactivation par les rayons ultra-violets est rapide et presque complète par irradiation avec les longueurs d'onde correspondant à l'absorption de la tyrosine et la cystine.

Dans d'autres cas, les réactions sont réversibles, au moins partiellement.

Le traitement par le *formol*, en milieu légèrement alcalin, donne un produit encore faiblement actif qui peut être réactivé par les acides dilués à 100°. Il y a dans ce cas condensation entre le formol et les fonctions aminées libres et la teneur en cystine diminue.

L'activité du *dérivé acétylé* est faible ou nulle, l'hydrolyse la fait réapparaître. L'interprétation de cette inactivation n'est pas univoque, elle peut en effet signifier que l'activité physiologique dépend de la fonction aminée, la fonction hydroxyle ou de la fonction iminée.

L'*alcool acide* inactive complètement l'insuline en quelques heures. Le traitement par les alcalis dilués permet une récupération de 60 p. 100 de l'activité initiale. Le blocage est du même ordre que dans le cas de l'acétylation et la teneur en cystine n'est pas modifiée.

Le *diazométhane* inactive complètement l'insuline en quelques secondes ; les alcalis permettent une réactivation partielle. Il y a dans ce cas estérification et méthylation et abaissement du taux de cystine.

L'iodure de méthyle détermine une inactivation réversible. La liaison disulfurée est probablement attaquée par l'acide iodhydrique formé au cours de la réaction et il y a abaissement du taux de la cystine.

L'insuline dissoute dans ClH N/10 et chauffée au bain-marie donne un précipité gélatineux inactif avec dégagement d'ammoniaque. Le précipité redissout dans l'ammoniaque dilué donne un produit cristallisable d'activité égale à celle de l'insuline cristallisée initiale (Gerlough).

Ferments protéolytiques

Les ferments protéolytiques ne suppriment l'activité que s'il y a hydrolyse et destruction de la structure protidique. Ainsi, la trypsine non kinasée, l'aminopolypeptidase, la dipeptidase ne font pas disparaître l'activité de l'insuline. Au contraire, la pepsine, la trypsine kinasée, la papaïne activée par l'acide cyanhydrique et le glutathion, la cathepsine, la font disparaître. L'inactivation est rapide, elle est obtenue avant que l'hydrolyse soit terminée (Freudenberg, Charles et Scott, Corneli).

Il est possible d'obtenir une « plastéine » à partir des produits d'hydrolyse de l'insuline cristallisée par la pepsine cristallisée, mais cette plastéine n'a pu être cristallisée et elle est physiologiquement inactive.

Inactivation différentielle

Lors de l'inactivation de l'insuline, la totalité des propriétés pharmacodynamiques est-elle supprimée ou bien au contraire certaines d'entre elles sont-elles touchées à l'exclusion d'autres ?

L'inactivation par ClH 0,75 N dans l'alcool à 75 p. 100, l'inactivation par les rayons X à haute dose (2.500 U. Rœntgen par seconde) diminuent plus le pouvoir hypophosphatémiant que le pouvoir hypoglycémiant. L'action sur l'amino-acidémie paraît également plus touchée que le pouvoir hypoglycémiant. D'autre part, l'insuline traitée par les rayons X acquiert à forte dose un pouvoir hyperglycémiant net tandis que l'action sur la phosphatémie est relativement peu touchée (Davis). Dans ces conditions, l'existence de plusieurs groupements actifs distincts et l'individualité de diverses actions pharmacodynamiques deviennent vraisemblables.

Rôle des radicaux aminés libres

La molécule d'insuline contient des radicaux aminés libres. On admet en général que dans une matière protéique ces radicaux sont représentés par le groupement ε de la lysine. Dans le cas de l'insuline, l'azote aminé total est supérieur à l'azote de la lysine (Wintersteiner, du Vigneaud et Jensen), il pourrait provenir de la phénylalanine.

L'hypothèse d'un rapport direct entre l'activité pharmacodynamique et la présence de ces radicaux a été soutenue par certains. On sait, en effet, que leur blocage entraîne une inactivation, d'ailleurs reversible (Jensen et Evans). D'autre part, le dégagement de NH^3 s'accompagne d'inactivation et il y a proportionnalité entre la quantité d'ammoniaque libéré et le degré d'inactivation, avec abaissement de la teneur en cystine, sans modification de la teneur en arginine et en tyrosine.

Le soufre dit labile

La présence de soufre dans l'insuline a attiré l'attention des chercheurs et, dès les premiers travaux de Abel, de Dudley, l'hypothèse d'un rapport avec le pouvoir hypoglycémiant a été formulée.

Le soufre de l'insuline est présent sous la forme d'une combinaison organique relativement peu stable, puisque, sous l'action des bases ($CO^3 Na^2$ N/10 à l'ébullition pendant quinze minutes), 37 p. 100 du soufre de l'insuline se dégage sous forme d'hydrogène sulfuré. Ce phénomène n'est pas propre à l'insuline, car on l'observe avec certains dérivés de la cystine et avec certaines matières protéiques. D'autre part, il n'y a pas proportionnalité entre la quantité de SH^2 dégagé et le degré d'inactivation, celle-ci étant complète dès que le sixième de SH^2 libérable a été formé.

Tout se passe comme si dans l'insuline, la liaison — S — S — n'appartenait pas à la cystine, mais que la moitié du soufre de ce groupement était contenue dans un corps fixé à la molécule d'insuline par une liaison peptidique, tandis que l'autre moitié était contenue dans une molécule fixée par S — S — au reste de l'insuline. C'est cette liaison qui fournirait le soufre labile (Freudenberg et Westman). Ces constatations montrens tout l'intérêt qui s'attache à l'étude du métabolisme du toufre dans l'organisme.

Identification du groupement hypoglycémiant

De très nombreuses substances possèdent, quand elles sont introduites dans l'organisme, un pouvoir hypoglycémiant plus ou moins marqué. Il était tentant de chercher parmi elles une communauté de structure chimique capable de mettre sur la voie de la nature du groupement hypoglycémiant de l'insuline. En réalité, cette recherche peut induire en erreur, car l'hypoglycémie relève de mécanismes très divers et, même si l'on considère un mécanisme déterminé, il ne faut pas oublier qu'il peut être mis en jeu par des actions dont la nature n'offre aucun point commun.

Parmi les substances hypoglycémiantes de nature chimique définie, il faut citer les dérivés de la *guanidine*, dont certains termes exercent une action très nette : la galégine, la synthaline par exemple ; toutefois, dans l'état actuel, aucune relation n'a pu être établie entre ces substances et l'insuline.

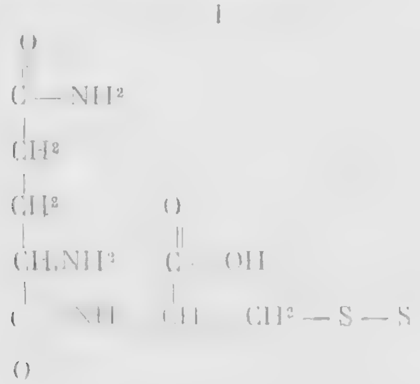
L'action hypoglycémiante de substances définies comme l'antipyrine, la santonine, même si elle relevait d'un mécanisme analogue à celui de l'insuline, ne fournirait actuellement aucune indication utile quant à la structure de cette hormone.

Stucture de la molécule d'insuline

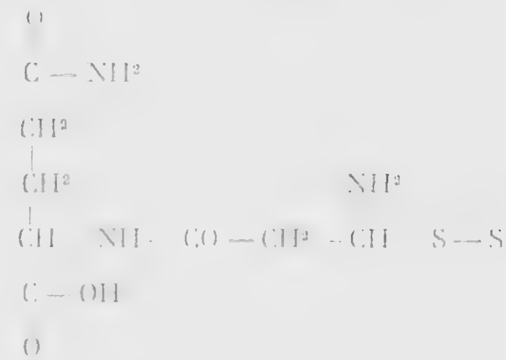
Dans l'état actuel, on peut admettre que l'inactivation peut résulter d'une hydrolyse portant sur une liaison peptidique et qu'elle s'accompagne d'une diminution de la cystine et d'une attaque d'un radical aminé.

Il est, de ce fait vraisemblable que le groupement actif contient de la cystine. A titre d'hypothèse de travail, en tenant compte de la présence d'acide glutamique dans la molécule d'insuline, on peut imaginer que la partie active de la molécule est une combinaison de cystine et de glutamine ayant l'une des structures suivantes (Jensen et Evans) :

I



II



Quoiqu'il en soit de l'avenir de cette hypothèse, de très nombreux problèmes sont posés par la chimie de l'insuline. Laissons de côté la connaissance même de la structure moléculaire de l'insuline, passons sur l'intérêt théorique et pratique qui s'attache à la constitution des matières protéiques, à laquelle l'étude de l'insuline apporte une notable contribution, et retenons seulement ceux de ces problèmes qui offrent, du point de vue pharmacodynamique et thérapeutique, un intérêt immédiat.

Sous quelle forme l'insuline circule-t-elle dans les humeurs ?

La question est jugée dans le cas de l'hormone thyroïdienne : la thyroxine circule engagée dans la grosse molécule de thyroglobuline, il est peu probable que l'insuline se trouve dans le sang sous une forme telle qu'elle soit directement cristallisable, elle est vraisemblablement engagée dans une grosse molécule protéique, liée elle-même à des lipides, peut-être conjointement avec d'autres hormones, synergiques ou antagonistes (vagotonine par exemple).

La facilité avec laquelle certaines substances réductrices détruisent l'activité de l'insuline fait penser que les tissus eux-mêmes peuvent exercer une action analogue. Ce fait pose d'une manière précise le problème du devenir de l'insuline dans l'organisme, sa destruction dans le sang et inversement, le rôle que peuvent jouer des substances protectrices dans l'intensité de son action

La connaissance de la nature chimique de l'insuline permettra d'établir avec sécurité les rapports de cette hormone avec les substances hypoglycémiantes (glucokinines, insulinoïdes), extraites de divers végétaux : bulbe d'oignon, levure, germe d'orge, etc...

Elle pose aussi le problème du rôle de certains métaux : nickel, cobalt, zinc, dont la présence dans le pancréas (Lutz G. Bertrand et Machebœuf) a suggéré qu'ils jouent un rôle, fondamental dans le pouvoir hypoglycémiant de l'insuline. Il est prématuré d'affirmer que ces métaux sont à l'insuline ce que l'iode est à la thyroxine, il ne s'agit encore actuellement que d'une analogie précaire qu'il devient cependant possible de juger.

La connaissance de la nature du principe hypoglycémiant, son isolement à l'état cristallisé, ne prétend pas résoudre le problème de la sécrétion interne du pancréas ; c'est pourquoi le pessimisme facile de ceux qui s'étonnent que l'isolement des hormones à l'état de pureté n'apporte, du moins momentanément, que peu de lumière à leurs préoccupations physiologiques, cliniques ou thérapeutiques, nous paraît simpliste. Ces recherches, dont la difficulté honore l'ingéniosité et la patience de ceux qui les poursuivent, ne peuvent devenir pleinement fécondes que si chacun, avec compréhension, les considère comme un fragment indispensable de l'œuvre commune.

Les troubles cardiaques du diabète sucré

Par MM. Marcel LABBÉ et P. SOULIÉ

Il n'existe ni anatomiquement, ni cliniquement, un « cœur diabétique » et si l'on s'efforce de grouper les manifestations cardio-vasculaires qui peuvent s'observer chez le diabétique, on s'aperçoit qu'il faut tenir compte d'un grand nombre de facteurs : l'obésité, la goutte, l'hypertension, l'atteinte rénale, les lésions artérielles et surtout l'atteinte coronarienne. Ces différentes causes forment avec le diabète autant de complexes cliniques et déterminent ainsi des accidents cardiaques *chez le diabétique*.

Notre étude aura pour but de les préciser et de voir dans quelle mesure le diabète favorise leur apparition. C'est avec le même esprit critique que nous envisagerons le collapsus cardiaque des diabétiques, en précisant ce qui revient au cœur dans son mécanisme. Ainsi, d'emblée, nous insistons sur le fait qu'il s'agit, dans tous les cas, d'une atteinte *très indirecte* du cœur. Il suffit d'ailleurs d'observer dans quelles conditions les troubles cardiovasculaires surviennent au cours des deux grandes formes du diabète : diabète sans dénutrition azotée, diabète avec dénutrition azotée. Si l'on met à part les accidents contemporains de l'acidose, pratiquement nous n'observons jamais de troubles cardiaques dans les diabètes des jeunes avec dénutrition azotée, même lorsqu'ils ont une longue évolution. C'est dans le diabète sans dénutrition de la soixantaine que ces troubles font leur apparition.

Il faut donc que des facteurs surajoutés entrent en jeu tels que l'obésité, l'hypertension, les lésions coronariennes, la sclérose rénale.

Pour terminer cette étude, les rapports qui unissent la thérapeutique insulinique et certains accidents cardiaques retiendront notre attention.

* * *

Depuis les premières constatations de Lécorché, il existe peu de recherches précises sur l'état anatomique du cœur des diabétiques et ce fait s'explique par l'absence habituelle de lésions myocardiques propres au diabète. Lépine décrit dans quelques cas des modifications du volume de l'organe. Les nombreux travaux qui ont établi l'importance du processus artéritique signalent, à côté des lésions périphériques nettement prédominantes, les altérations de l'aorte et du système coronarien. Ces lésions sont étudiées plus particulièrement par Joslin, Blotner, Nathanson, Lévine, Pezzi. En France, A. Clerc leur consacre des recherches personnelles et fait une remarquable étude d'ensemble des troubles cardiaques du diabète sucré.

Pour le collapsus cardiaque, de nombreux travaux ont complété les descriptions initiales de Frerichs (1883) et de Naunyn et montré l'importance des formes mixtes ou cardiaques du coma diabétique.

* * *

Les troubles cardio-vasculaires chez le diabétique

Il est difficile de leur donner des limites précises dans les complexes cliniques que réalisent les associations au diabète d'un grand nombre d'affections, telles que l'alcoolisme, la syphilis, l'obésité, la goutte.

Eliminant les artérites périphériques, nous insisterons surtout sur deux associations, qui méritent, par leur fréquence une attention particulière : d'une part, l'association du diabète à l'obésité et à l'hypertension, d'autre part, l'association à des troubles coronariens.

Les accidents d'insuffisance ventriculaire gauche dans le syndrome diabète-obésité hypertension-sclérose rénale

Ils n'appartiennent pas en propre au diabète, mais sont surtout le fait des lésions associées et surtout des lésions artérielles et rénales.

Le type clinique de beaucoup le plus fréquent est le suivant : au cours d'un diabète sans dénutrition, chez un homme de cinquante à soixante ans, obèse, une hypertension apparaît. Parfois, l'hypertension est pure, le plus souvent associée à une néphrite chronique. Tantôt l'obésité est seule associée au diabète, tantôt la néphrite hypertensive vient compléter l'ensemble.

Les troubles fonctionnels notés dans ces cas ne se distinguent pas du tableau de l'insuffisance ventriculaire gauche telle qu'on l'observe chez l'obèse ou chez le brightique.

Objectivement, ce sont les mêmes signes fondamentaux : bruit de galop présystolique, souffle systolique fonctionnel, écrasement tensionnel, gros ventricule gauche à l'écran.

L'électrocardiographie met en évidence certains troubles du rythme, certaines anomalies des complexes. Comme le fait remarquer A. Clerc, ces altérations présentent toutes le même « cachet de banalité » et s'observent ici comme dans toute insuffisance ventriculaire gauche et dans les coronarites.

Blitzsten et Schram auraient noté des anomalies du complexe ventriculaire 56 fois sur 123. Smith et Hickling auraient constaté assez fréquemment l'aplatissement de l'onde T dans les deux premières dérivations. L'amplitude de l'onde augmenterait après traitement du diabète. En fait, comme l'écrit Clerc, et comme nous avons pu nous-mêmes l'observer, la plupart des diabétiques ont des complexes électriques normaux et l'on ne peut établir aucune relation entre l'intensité du trouble glyco-régulateur et la fréquence des modifications électriques.

Les troubles du rythme sont d'un caractère tout aussi banal : l'extrasystolie, l'arythmie complète et même quelques cas de dissociation auriculo-ventriculaire ont été observés. Ils relèvent sans doute de lésions coronariennes plus ou moins étendues.

L'évolution du syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche revêt le plus souvent ses caractères habituels. Un fait un peu particulier est la possibilité d'un collapsus terminal venant brusquement transformer le tableau clinique. Ce collapsus revêt à peu près les caractères de celui que l'on observe dans le coma acidosique. Une de nos malades, récemment, nous en donna un exemple. Il s'agissait d'une diabétique de 60 ans, obèse et hypertendue (24-14), depuis plusieurs années. En 1934, une arythmie complète s'était installée avec persistance d'un souffle systolique fonctionnel. Les injections d'ouabaïne permirent, pendant longtemps, de stabiliser l'insuffisance ventriculaire ; le tracé électro-cardiographique montrait la fibrillation avec écrasement de QRS et inversion de T en D_2 et D_3. Un collapsus brutal survint, avec effondrement de la tension, sans accélération notable du pouls et sans modification du tracé électrique sur les tracés antérieurs. La mort survint en quelques heures avec cyanose extrême, indice oscillométrique infime et tension imprenable. Ainsi, chez notre malade, un collapsus vint terminer l'évolution d'une insuffisance ventriculaire gauche avec arythmie complète. On peut se demander s'il s'agissait dans ce cas d'un collapsus comparable à celui que nous étudierons dans l'acidose. Cette femme était une *obèse* et des accidents de ce genre s'observent chez de tels

malades. La question mérite d'être posée, car le collapsus n'est guère observé dans ces conditions et, pour Clerc, une lésion antérieure ne prédispose pas nécessairement au collapsus. Cet auteur cite l'observation d'une maladie mitrale avec apparition secondaire d'un diabète, au cours de laquelle sont apparues une arythmie complète et quelques phases de défaillance cardiaque, mais sans tendance au collapsus.

Au total, on voit la complexité des faits et la difficulté fréquente, lorsqu'on veut les dissocier; l'insuffisance ventriculaire des diabétiques ne se distingue ni de celles des obèses, ni de celles du brightique. Trop souvent, à l'examen clinique d'un diabétique on néglige de noter ces syndromes associés qui, tant du point de vue cardiaque que rénal, expliquent l'apparition de nombreux accidents.

Les coronarites du diabétique

A. Clerc dans son étude récente du cœur diabétique en a bien montré tout l'intérêt. L'atteinte coronarienne qui réalise le plus habituellement un syndrome angineux peut aller jusqu'à l'infarctus du myocarde.

Depuis les premières descriptions de Vergely de nombreux auteurs ont étudié l'*angor* des diabétiques. Parmi eux Lévine, Kahn, Hamilton, H. F. Rott et Graybiel. Ces recherches aboutissent aux conclusions suivantes : le diabète évoluerait depuis longtemps ; l'âge des malades serait, en général, plus jeune que celui où l'on observe habituellement la coronarite ; les femmes seraient assez fréquemment atteintes (40,9 % des cas) ; l'évolution serait particulièrement sévère et courte.

Anatomiquement, les lésions de coronarite ont été étudiées par Blotner qui les observe dans 45 % des cas autopsiés de diabétiques, par Nathanson (44 %), par Wilder (75 %). Les auteurs auraient noté les lésions habituelles de l'artérite diabétique, telles qu'elles ont été décrites pour les artères périphériques par Letulle, Labbé et Heitz : épaississement de l'endartère pouvant aller jusqu'à l'oblitération du vaisseau.

Ces lésions coronariennes suscitent plusieurs remarques :

Tout d'abord, les chiffres cités ci-dessus ne laissent pas de nous surprendre. La fréquence extrême avec laquelle les lésions coronariennes sont observées ne cadre guère avec nos constatations anatomiques courantes. Certes, les méthodes histologiques employés à l'étranger sont sans doute plus systématiques que les méthodes françaises, mais il y a là des statistiques que l'avenir modifiera peut-être.

Second point, ces lésions sont-elles spéciales au diabète ? Certes, pour leur attribuer un caractère propre, on pourrait s'appuyer sur la fréquence plus grande de la coronarite chez le diabétique : 52,7 % au lieu de 8 % chez le sujet non diabétique (Nathanson). On pourrait encore remarquer les analogies lésionnelles qui unissent la coronarite sténosante et l'artérite des membres.

En fait, ce sont là des arguments de valeur discutable, et, comme pour l'insuffisance ventriculaire gauche, mieux vaut parler de coronarite *chez le diabétique* que de coronarite diabétique. Il est bien difficile d'écarter dans leur mode de production les autres facteurs de sclérose vasculaire.

Une autre remarque s'adresse aux *conséquences* de ces lésions coronariennes. Les auteurs qui ont étudié les modifications des complexes électriques, dans l'insuffisance ventriculaire des diabétiques, ont bien souvent signalé des déformations du type coronarien. A côté de facteurs tels que l'hypertension et l'obésité, il nous semble important d'insister sur le rôle de la coronarite pour expliquer la défaillance du muscle cardiaque. Par la nutrition défectueuse qu'elle entraîne, au même titre qu'elle crée un syndrome douloureux, elle peut conditionner la défaillance myocardique. Une étude fine par coupes en série, un étude systématique des terminaisons coronaires apportera, à ce point de vue, d'utiles renseignements. Déjà les modifications électro-cardiographiques, bien que l'on puisse critiquer leur signification exacte, sont des arguments de valeur.

Les quelques lésions de surcharge graisseuse ou glycogénique, que décrivaient les travaux classiques, ne semblent pas suffisantes à expliquer l'insuffisance ventriculaire. La conception de l'*asthénie myocardique*, que von Noorden compare à l'asthénie des muscles périphériques, est très hypothétique. La notion de méïopragie myocardique, par un système coronarien altéré, cadre mieux avec l'orientation actuelle de la physiopathologie cardiaque. Les mêmes remarques s'appliqueront, peut-être un jour, au cœur des obèses.

C'est aux patients efforts de l'anatomie pathologique cardiaque, qu'il reviendra de résoudre ces problèmes d'importance capitale. Les difficultés techniques en rendent malheureusement, pour l'instant, l'application pratique délicate.

L'infarctus du myocarde

Conséquence de la coronarite sténosante, l'infarctus n'est pas rare chez le diabétique, comme l'ont montré les travaux de S. Lévine, de Pezzi, de Blotner et de A. Clerc. Cet auteur admet la proportion de 7 à 10 % des autopsies d'infarctus. Pour Lévine, la glycosurie existerait dans 23 % des cas (statistique de 145 observations). Il est vrai que la signification de la glycosurie n'est pas précisée et nous ne pouvons affirmer qu'il s'agisse toujours de diabète vrai.

L'infarctus du point de vue clinique, revêt tous les types, depuis ses formes douloureuses jusqu'aux aspects les plus camouflés.

Au total, nous retrouvons chez les diabétiques, avec peut-être une plus grande fréquence et à un âge plus précoce, les accidents habituels de la sclérose artérielle. Ils gardent dans leurs grandes lignes leurs caractères cliniques, mais le diabète par l'usure précoce et le vieillissement qu'il détermine sur tous les tissus nobles en précipite l'apparition et l'évolution.

* *

Nous venons de montrer la complexité des faits, lorsqu'on étudie les accidents cardiaques du diabète simple à la soixantaine, et la part restreinte qui revient au diabète dans leur apparition. La même complexité, la même imprécision apparaît lorsqu'on s'adresse aux accidents qui constituent le collapsus diabétique.

Nous réservant de discuter plus loin le cadre nosologique exact où il faut placer les descriptions anciennes de Frerichs et de Naunyn, nous commencerons par exposer ce que l'on observe vraiment et de façon indubitable du point de vue clinique. Deux descriptions méritent la première place :

a) Les incidents cardio-vasculaires du coma diabétique ordinaire ;

b) Les formes cardiaques du coma acidosique.

Les modifications cardio-vasculaires au cours du coma diabétique typique

Nous écartons de ce groupe les cas avec collapsus nettement caractérisé.

Les descriptions classiques du coma acidosique des diabétiques signalent toutes l'apparition de tachycardie, avec diminution d'amplitude du pouls. La tension maxima tend à s'abaisser et l'indice oscillométrique à diminuer.

Plus récemment, certains auteurs ont étudié les modifications électro-cardiographiques. Taterka signale la diminution d'amplitude des ondes rapides, l'aplatissement ou l'inversion de l'onde T. Strothner aurait observé l'apparition d'extrasystoles, qui seraient de pronostic sombre annonçant l'épuisement du muscle. A. Clerc, dans son étude récente, fait une juste critique de ces altérations électriques et remarque qu'il faut tenir compte de lésions myocardiques antérieures au coma (coronariennes ou autres).

D'ailleurs, nombre d'auteurs américains signalent des tracés absolument normaux en plein coma (9 fois sur 15 pour Faulkner et Hamilton). Dans tous ces cas, la conductibilité

auriculo-ventriculaire est normale. Pour Clerc, il faut, avant d'affirmer l'existence de modifications évolutives des complexes tenir compte des variations de la résistance cutanée qui peut être cause d'erreurs.

En somme, dans le coma typique, il n'existe que peu de signes cardiaques bien caractérisés. Il n'en est plus de même lorsqu'on aborde le collapsus diabétique proprement dit.

* * *

Les formes mixtes du collapsus cardiaque ou formes cardiaques du coma diabétique

Ce sont de beaucoup les formes les plus importantes, bien qu'elles soient, elles-mêmes, relativement rares.

Leur description manque ou est à peine ébauchée dans les traités classiques. Certains cas décrits par Frerichs paraissent s'y rattacher. Par la suite ces formes sont étudiées par Blum, Pollak, von Neergard, Strauss. Marcel Labbé et R. Boulin en ont, dans ces dernières années, montré tout l'intérêt et précisé l'évolution clinique.

L'aspect de ces formes est habituellement le suivant :

Il s'agit de malades atteints d'un diabète avec dénutrition, avec le plus souvent un appareil cardio-vasculaire normal avant la forte poussée d'acidose qui aboutit au coma. Parfois ces sujets ont présenté déjà des accidents comateux dont la thérapeutique a eu raison, sans complication cardiaque. La poussée d'acidose brutale aboutit au coma acidosique avec son cortège clinique habituel. Le collapsus se déclenche de façon variable. Parfois, c'est d'emblée que l'on est frappé par la gravité du cas et l'effondrement tensionnel. Chez d'autres malades, c'est au bout de quelques heures que le collapsus cardio-vasculaire éclate avec apparition de lividité du faciès, de cyanose.

Assez souvent enfin, l'évolution *en deux temps* sur laquelle nous insisterons encore, est manifeste. Alors que le traitement insulinique a permis de faire sortir le malade du coma, on constate les signes annonciateurs du collapsus.

Si l'on explore l'appareil circulatoire, on note les faits suivants : *a)* l'état du cœur est variable : tantôt ses bruits sont lointains, tantôt ils sont bien frappés contrastant ainsi avec les autres signes circulatoires ; *b)* le pouls présente de même des modifications variables : tantôt filant à 140-150, tantôt assez bien frappé et ce caractère fait contraste avec la profonde perturbation tensionnelle ; *c)* Il existe, en effet, un véritable effondrement des *deux tensions* avec *écrasement* de l'*indice oscillométrique* qui devient infime.

D'où la *valeur considérable* de l'exploration oscillométrique et tensionnelle au cours de tout coma diabétique.

La plupart des études électro-cardiographiques au cours du coma diabétique se sont adressées à cette forme. Les modifications signalées sont assez banales, consistant en bas voltage, en aplatissement ou inversion de l'onde T. A. Clerc, dans une observation personnelle, signale l'élargissement et le crochetage de QRS, l'inversion de T, mais soulève l'hypothèse de modifications préexistantes au coma. L'un de nous a observé, il y a quelques années, un cas particulièrement intéressant du point de vue pathogénique, par l'intégrité absolue du tracé en plein collapsus, chez une femme de 48 ans, alors que la tension artérielle était pratiquement imprenable.

L'évolution de ces comas mixtes revêt le plus souvent une extrême gravité. Comme y insiste A. Clerc et comme l'ont montré Marcel Labbé et R. Boulin, il se produit sous l'influence de la thérapeutique insulinique une véritable *dissociation en deux temps* de l'évolution. L'insuline parvient à juguler la poussée d'acidose, le malade peut même sortir du coma. Mais le collapsus vasculaire persiste et emporte, dans la plupart des cas, le malade malgré la thérapeutique cardiotonique la plus énergique.

* * *

Incidents cardiovasculaires du coma diabétique, formes cardiaques ou mixtes, tels sont les deux aspects cliniques que l'étude d'un grand nombre de comas nous a montrés. A quel type nosologique exact correspondent les formes classiques de Frerichs, encore appelées *collapsus pur* ou *coma cardiaque* ?

Il nous est difficile, aujourd'hui, de le préciser. Ces observations ont été recueillies à une époque où les signes que nous rattachons actuellement à l'acidose étaient encore incertains.

La plupart de nos explorations usuelles et fondamentales faisaient alors défaut.

Si l'on se rapporte aux premières descriptions de Frerichs en 1883, on voit que cet auteur avait observé trois catégories de malades :

Dans *un premier type*, Frerichs signale l'apparition très rapide, chez un diabétique de la soixantaine, sans accident cardiaque antérieur d'asthénie extrême avec algidité, cyanose, somnolence, coma et mort en quelques heures, mais sans signe d'acétonémie (4 observations).

Dans *un deuxième type* (11 observations) on retrouve les symptômes habituels du coma acidosique : gêne épigastrique, vomissements, agitation, délire, odeur chloroformique de l'haleine.

Dans *un troisième type* (3 observations), il s'agit de malades à l'aspect floride. Un coma rapidement mortel survient, avec collapsus, mais ici encore avec acétonémie brutale.

Ainsi, dans la description de Frerichs, la plus grosse part revient aux cas que nous appelons aujourd'hui comas mixtes. Seules les quatre premières observations correspondraient au collapsus du type pur.

A. Clerc a repris la description de ces formes tout à fait exceptionnelles et insiste sur les faits suivants.

Le faciès est rapidement pâle avec cyanose des extrémités ; les bruits du cœur sont imperceptibles, le pouls filant, la tension imprenable avec un indice insignifiant.

Dans les urines, avec une glycosurie plus ou moins abondante, les réactions d'acidose manquent ou sont très discrètes. Les signes respiratoires habituels de la grande acidose font défaut. Il s'agit plus d'un *anéantissement psychique* que d'un coma véritable et la mort survient en quelques heures.

L'autopsie ne montrerait que des lésions banales avec un certain degré de distension des cavités cardiaques.

La rareté exceptionnelle de ces formes, l'incertitude qui s'attache à leur aspect clinique, l'imprécision des descriptions anciennes sont, à notre avis, autant d'arguments qui permettent de discuter la place exacte qu'il faut leur accorder.

Est-il vraiment légitime de les placer dans un cadre à part ?

Il nous est difficile de résoudre le problème. Cependant, certaines observations méritent que l'on y prête attention : peut-être correspondent-elles à ces formes pures.

Récemment, l'un de nous avec G. Marchal a eu l'occasion d'observer un de ces cas purs et d'en faire l'étude électrocardographique.

Un tableau, comparable dans ses grandes lignes à celui que nous venons de décrire, évolua en quelques heures chez une femme de 38 ans, sans réaction d'acidose notable, mais avec un coma complet.

L'électrocardiogramme montra :

En D_1 : une onde très accentuée et aiguë ; l'élargissement de la base de QRS_1 et un énorme décalage de ST qui prend un aspect curviligne.

En D_2 : un P bifide, le même aspect évasé de QRS, le même décalage et aspect sinusoïde de ST.

En D_3 : l'inversion et encore le même aspect très atypique du segment ST.

L'autopsie montra un système coronarien intact.

Ces modifications électriques nous ont paru intéressantes à détailler en raison de leur rareté ; la plupart des auteurs n'ont, en effet, pratiqué des tracés qu'au cours de comas mixtes. Nous verrons plus loin, à propos de ces derniers, que les conceptions pathogéniques tendent à faire jouer, dans le collapsus du coma diabétique, des facteurs surtout *extra-cardiaques*. L'observation précédente nous montre que, dans un collapsus pur, l'atteinte du *myocarde* n'est pas à négliger : les profondes modifications du *tracé électrique* en témoignent.

* * *

Ces divers types de collapsus posent toute une série de problèmes physiopathologiques du plus haut intérêt.

A. Clerc insiste sur la carence et la variabilité des modifications anatomo-pathologiques du cœur dans tous ces cas. Tantôt l'organe est légèrement hypertrophié ou dilaté avec parois plus ou moins flasques, tantôt son volume est sensiblement normal. Microscopiquement, les lésions sont banales : légère surcharge graisseuse, infiltration glycogénique. A vrai dire, l'exploration fine des terminaisons coronaires reste encore à faire et nos techniques histologiques sont peut-être trop grossières. L'incertitude qui caractérise toutes les lésions histologiques myocardiques se retrouve ici, comme dans le cœur typhique et le cœur diphtérique.

Ces réserves faites, on conçoit que les auteurs se soient surtout orientés vers des mécanismes *extra-cardiaques* pour expliquer le collapsus.

Pour le *collapsus pur* du type Frerichs, notre ignorance est totale et reflète notre incertitude clinique. Le trouble métabolique profond du diabète intervient-il sur les centres régulateurs de l'équilibre circulatoire ? Le cœur joue-t-il un rôle ? La carence des lésions anatomiques paraît le rejeter au second plan. Les modifications électriques que nous avons signalées semblent, cependant, lui laisser une certaine part dans le déclenchement des accidents. Le seul fait vraiment important est ici l'*absence d'acidose notable* et ce fait prend toute sa valeur lorsqu'on envisage le groupe suivant.

Pour les comas cardiaques du *type mixte*, la carence des lésions soulève les mêmes discussions. Avec R. Boulin, nous avons comparé ces collapsus à ceux que l'on observe dans le choc ou au cours des grandes toxi-infections comme la fièvre typhoïde. L'ensemble du tableau clinique, les signes parfois paradoxaux de l'auscultation cardiaque, les profondes perturbations de l'équilibre tensionnel font penser à l'inhibition des centres bulbaires. L'atteinte de ces centres provoque une paralysie vaso-motrice et détermine le collapsus périphérique.

Quel facteur déclenche l'inhibition des centres bulbaires ? Deux sont surtout discutés : l'acidose et l'insuline.

Le rôle de l'acidose sur la fibre myocardique et sur les centres nerveux est encore bien obscur. L'expérimentation permettra peut être d'en saisir le mécanisme exact, mais insistons sur ce fait que l'acidose fait défaut dans le collapsus pur, du type Frerichs.

Le rôle de l'insuline a suscité surtout de multiples recherches. A Clerc en fait une étude critique détaillée dans son mémoire et nous ne pouvons que résumer très rapidement les innombrables recherches faites à ce sujet.

Fletcher et Campbell signalèrent les premiers la possibilité de chute tensionnelle avec tachycardie sous l'influence de l'insuline.

Gigon et Staub, ainsi que plusieurs auteurs étrangers, auraient observé des défaillances circulatoires, rapidement graves.

Ces communications déclenchèrent de nombreux travaux expérimentaux et chez l'homme, certaines observations prennent l'importance de véritables expériences.

Garrelon et Santenoise auraient observé l'excitation vagale et l'abaissement de la pression artérielle chez le chien. Dans les mêmes conditions Wittgenstein et Mendel signalent l'aplatissement et même l'inversion de l'onde T. Bickel, Costedoat et Aujaleu font des constatations analogues sur le lapin.

Chez l'homme sain, des modifications passagères de la tension artérielle et des complexes électriques sont notées par Wiechmann et Koch, par Wittgenstein et Mendel et par Bickel.

Chez le diabétique Wiechmann et Koch notent des modifications comparables aux précédentes, mais d'une façon très inconstante. Ces anomalies seraient cependant d'autant plus faciles à déclencher que le sujet serait plus âgé et présenterait plus d'altérations de son système cardio-artériel.

A vrai dire, les restrictions les plus légitimes doivent s'adresser à toutes les constatations précédentes. S'il n'est pas discutable que l'on observe certaines modifications passagères des complexes électro-cardiographiques, et des perturbations éphémères de l'équilibre vasculaire, il est bien douteux que l'insuline soit capable de déterminer une hypotension brutale, un véritable collapsus. Les expériences qui ont mis en évidence l'excitation vagale et la chute tensionnelle reposent essentiellement sur l'étude du R. O. C. Nous connaissons l'incertitude des résultats que fournit cette épreuve. Notre expérience, portant sur un très grand nombre de diabétiques, ne nous a jamais permis d'observer une hypotension notable au cours du traitement insulinique. Nous adressons les mêmes critiques à l'action hypotensive, que certains ont attribuée aux extraits pancréatiques désinsulinés.

D'ailleurs, s'opposant à tous ces résultats défavorables, d'autres auteurs ont apporté toute une série d'arguments tant expérimentaux que cliniques, démontrant l'action bienfaisante de l'insuline sur la nutrition et le fonctionnement myocardique. Telles sont les expériences de Pick, de Clark, d'Hepburn et Latchford.

Loeper et Lemaire ont bien établi tout l'intérêt thérapeutique de ces faits.

* * *

De toutes ces discussions contradictoires, il résulte que le rôle de l'insuline dans le collapsus diabétique reste des plus douteux. Si l'insuline peut déterminer quelques incidents passagers, elle ne paraît guère intervenir pour les graves perturbations circulatoires que constitue le collapsus. A. Clerc reste éclectique et adopte les conclusions suivantes :

On ne peut affirmer l'action nocive directe de l'insuline sur le cœur de l'homme sain ou diabétique.

Si, chez le diabétique, l'hypoglycémie que créent les doses élevées d'insuline peut aggraver une nutrition myocardique déjà défectueuse, la pratique ne voit guère se réaliser des accidents de cet ordre. Cependant et surtout lorsqu'il existe un état de polysclérose caractérisé, la prudence veut que l'on surveille tout particulièrement l'adjonction des hydrates de carbone au traitement insulinique et principalement au cours du coma.

* * *

Tous les faits précédents ont de grosses conséquences thérapeutiques, non seulement pour combattre le collapsus déclaré, mais aussi pour en éviter l'apparition.

Au cours de tout coma diabétique et *a fortiori*, lorsque la tension artérielle tend à fléchir franchement, il faut mettre en jeu le traitement tonicardiaque (ouabaïne, coramine, adrénaline). Il est indispensable de surveiller l'administration des hydrates de carbone, qui se fera par voie rectale, par injection sous-cutanée de sérum glycosé isotonique.

Lorsque la grande défaillance circulatoire s'affirme, le pronostic est extrêmement grave, mais non absolument fatal.

L'injection de sérum glucosé adrénaliné comme nous l'avons préconisé avec R. Boulin, semble la thérapeutique la plus efficace.

Chez une de nos malades, qui fit un coma diabétique avec collapsus au cours d'une infection pneumococcique aiguë, la digitaline resta inefficace. Le sérum glycosé adrénaliné (en vingt-quatre heures, 160 grammes de glycose et 3 milligr. d'adrénaline), nous permit de faire remonter la tension artérielle, avec reprise d'un indice oscillométrique appréciable. L'état de collapsus était vaincu, mais la malade succomba à l'infection pneumococcique.

Chez une autre malade, avec réserve alcaline inférieure à dix volumes, la guérison du collapsus fut obtenue grâce à l'injection intraveineuse, à deux reprises, de sérum glucosé additionné d'un milligramme d'adrénaline.

Chez une troisième malade, sur laquelle nous avons insisté en soulignant l'intégrité du tracé électrique, les injections d'ouabaïne restèrent inefficaces et l'amélioration ne s'affirma que lorsque l'adrénaline fut mise en jeu.

Ainsi l'adrénaline apparaît comme le vrai médicament du collapsus. Diluée dans le sérum glycosé et *poussée très lentement dans les veines*, comme nous l'avons préconisé avec R. Boulin, elle se montre particulièrement efficace.

L'association au sérum glucosé permet de réhydrater simul-

tanément le malade et d eluiapporter la quantité d'hydrate de carbone nécessaire.

L'inefficacité fréquente de l'ouabaïne, de la digitaline, les succès de l'adrénaline sont d'accord avec la conception surtout *périphérique* que nous avons du collapsus. Il semble que c'est plus en stimulant les centres du tonus vasculaire, qu'en agissant sur la fibre myocardique, que l'on intervienne utilement au cours du collapsus. Les mêmes constatations ont été faites, remarquons-le, dans l'état de choc et au cours du collapsus typhique.

BIBLIOGRAPHIE

BICKEL (G.). — Insulinothérapie en dehors du diabète. (Congrès de médecine de Liège, 1930).

BLITZSTEN et SCHRAM. — Electrocardiogram in diabetes. *Arch. int. Med.*, 1925, t. 36, p. 70.

BLOTNER. — Coronary disease in diabetes mellitus. *An. in J. Amer. Med. Assoc.*, 1930, p. 1619.

A. CLERC. — Problèmes act. de *P. Méd.*, tome III, Masson, 1934.

COSTEDOAT et AUJALEU. — L'action cardiaque de l'insuline. Soc. *Hôp.*, 1932, p. 876.

COSTEDOAT et AUJALEU. — Action de l'hypoglycémie sur l'électrocardiogramme du lapin. Soc. bio., 1932, p. 755.

FAULKNER et HAMILTON. — The électrocardiogramm in the Diabetic Coma. *Am. Haert.*, 1933, p. 313.

FRÉRICHS. — Ueber dem plötzlichen Tod und über Coma bei Diabetes. *Klin. Med.*, 1883, t. VI, p. 8.

JOSLIN. — Treatment of diabetes mellitus. Lea et Febiger, Philadelphia, 1935, pp. 78 et 336.

Marcel LABBÉ et R. BOULIN. — Du rôle du collapsus vasculaire dans la pathogénie de certains comas diabétiques et acidosiques réfractaires à l'insuline. *P. M.*, 1928, p. 257.

Marcel LABBÉ et R. BOULIN. — Traitement du collapsus au cours du coma diabétique. *P. Méd.*, 1933, p. 1705.

LÉVINE. — *J. Am. Med. Assoc.*, 1922, p. 1928.

LOEPER et LEMAIRE. — Congrès de Liège, 1930, p. 275.

G. MARCHAL, P. SOULIÉ et Ch. GRUPPER. Coma diabétique par collapsus sans acido-cétose. Modifications électro-cardiographiques. *Bulletin de la S. M. H. de Paris*, 12 juillet 1935, n° 25.

NATHANSON. — Coronary disease in 109 aut. diab. *Am. J. Med.* [illegible]

NEERGAARD (VON). — Blut circulation in coma. *Klin. Woch.*, 1926, p. 2148.

TATERKA. — Electrok. Untersuchungen bei Koma Diab., *Klin. Woch.*, 1929, p. 110.

WITTGENSTEIN et MENDEL. — *Klin. Woch.*, 1924, p. 1119.

Les descendantes des diabétiques sont-elles particulièrement menacées d'infécondité ?

Par Henri VIGNES

Les femmes atteintes de diabète sont, souvent, inféconde et, par ailleurs, elles ont un risque élevé d'avortement et de mort *in utero*. Elles présentent, d'ailleurs, souvent, des lésions folliculaires qu'a décrites PARISOT et qui expliquent la rareté des conceptions. Cette médiocre valeur reproductrice s'observe, aussi, chez les hommes : beaucoup de diabétiques sont impuissants ou sont inféconds.

Il reste à préciser si cette médiocre fécondabilité des femmes est liée à la maladie elle-même ou si elle résulte de tares héréditaires évoluant parallèlement à l'hérédité diabétique. En faveur de la première hypothèse, on peut arguer que l'emploi de l'insuline a beaucoup augmenté le nombre des fécondations et des grossesses menées à terme chez les femmes diabétiques.

J'ai, néanmoins, cru intéressant de rechercher si les femmes nées de parents diabétiques avaient une moindre fécondité, comme on l'entend dire parfois. Pour cela, j'ai dépouillé deux mille observations consécutives de ma clientèle, du n° 4.000 au n° 6.000. Je me suis borné, sur ce nombre, à mes nouvelles clientes, ne tenant pas compte des anciennes clientes qui revenaient me voir, par souci d'homogénéité. J'ai, encore, éliminé les jeunes et les vieilles filles (naturellement), les femmes stériles mariées depuis moins de dix-huit mois, les cas où l'on avouait une stérilité volontaire, et les cas où la stérilité était imputable manifestement au mari, et enfin un bon nombre d'observations incomplètes ou inutilisables.

Ceci fait, j'ai classé mes documents en trois groupes : les stérilités primaires, les stérilités secondaires, et les femmes qui étaient enceintes ou qui, antérieurement, avaient eu des grossesses à terme ou des avortements.

Dans le groupe des stérilités primaires, j'ai rangé, aussi bien, les femmes consultant pour stérilité que celles me demandant avis pour une maladie gynécologique, mais signalant une stérilité regrettée. Il faut reconnaître que, sûrement, sur le nombre, il y a des stérilités imputables au mari.

Les femmes classées dans le groupe des stérilités secondaires sont toutes venues pour consulter pour cette absence de fécondation.

Ceci dit, les chiffres obtenus se répartissent ainsi :

194 infécondités primaires dont 53 à antécédents diabétiques, soit 27 % ;

28 infécondités secondaires, dont 11 à antécédents diabétiques, soit 39 % ;

602 fécondités dont 155 à antécédents diabétiques, soit 20 %.

Entre les 27 % du premier groupe et les 20 % du troisième, la différence est minime. De plus, elle appelle un correctif qui représenterait la part du mari. Certes, j'ai déduit les quelques cas où je savais l'infécondité de celui-ci et j'ai tout lieu de croire que certains ménages sans enfant par la faute du mari ne sont pas venus me consulter. Cependant, si l'on estime à 40 % la responsabilité du mari dans l'ensemble des ménages stériles, la différence entre 27 % et 20 % est d'un ordre tel que, probablement, la responsabilité du mari en représente une bonne part.

Entre les 39 % du deuxième groupe et les 20 % du troisième, la différence est nette. Mais le nombre total des cas réunis dans le deuxième groupe est bien petit pour faire figure de statistique.

* * *

Pour les 53 stérilités primaires, j'ai retrouvé des renseignements sur 41 femmes au point de vue de l'*origine paternelle ou maternelle* : deux fois l'hérédité diabétique était bilatérale, vingt-quatre fois, elle était paternelle, (quinze fois le père, six fois un grand-père, deux fois une grand'mère, une fois un collatéral) quinze fois elle était

maternelle (sept fois la mère, quatre fois un grand-père, quatre fois une grand'mère).

Si nous déduisons les deux cas d'hérédité bilatérale et le cas où l'antécédent diabétique était un collatéral, il reste 38 cas qui, au point de vue du sexe se répartissent en 25 hommes et 13 femmes.

Pour les 25 stérilités secondaires, j'ai retrouvé des renseignements sur 10 femmes : quatre fois l'hérédité était paternelle (une fois le père, deux fois un grand-père, et une fois une grand'mère) et six fois elle était maternelle (deux fois la mère, une fois un grand-père, une fois la grand'mère, deux fois des collatéraux).

Si nous déduisons les collatéraux, nous avons 8 cas qui se répartissent en 4 hommes et 4 femmes.

Sur les 155 femmes fécondables ayant des antécédents diabétiques, 123 observations sont utilisables : soit un cas d'hérédité bilatérale, soixante-trois cas d'origine paternelle (45 pères, 7 grand-pères, 4 grand'mères, 7 collatéraux), cinquante-neuf cas d'origine maternelle (21 mères, 20 grand-pères, 11 grand'mères, 1 arrière-grand'mère et 5 collatéraux).

Si nous déduisons les collatéraux, nous trouvons 72 hommes et 37 femmes.

En comparant le premier groupe et le troisième, nous retrouvons la même proportion : deux hommes pour une femme, ce qui peut s'expliquer soit par une plus grande rareté du diabète chez la femme, soit par une stérilité plus fréquente chez la femme diabétique que chez l'homme.

* * *

Enfin nous avons étudié si les antécédents diabétiques étaient plus fréquents chez les parents ou chez les grands-parents et nous avons obtenu les chiffres suivants :

	Parents	Grands-parents
Premier groupe	22	22
Deuxième groupe	3	6
Troisième groupe	66	53

A priori, l'importance relative des grands-parents par rapport aux parents tendrait à faire jouer, dans le deuxième groupe, une certaine importance au facteur héréditaire. Ce fait serait susceptible d'interprétations diverses. Mais, là encore, il faut redire que le faible chiffre des cas colligés ne permet pas d'être affirmatif.

Obésité et Arthritisme

Par le Dr DUPUY

Obésité et arthritisme sont si souvent associés que depuis Bouchard on a maintes fois tenté de les traiter par des méthodes communes, toutes basées sur une stimulation des échanges nutritifs.

L'extension considérable prise en thérapeutique dans ces dernières années par les nitro-dérivés hypermétabolisants vient d'ouvrir des possibilités nouvelles dans ce domaine.

On s'est d'autant plus intéressé en France à cette catégorie de médicaments que — grâce à une pureté chimique rigoureuse et à une posologie bien étudiée — certains accidents résultant de leur emploi inconsidéré aux États-Unis ont toujours été évités en Europe.

Des efforts intéressés ont été prodigués tout récemment par des auteurs étrangers, jusqu'à la tribune de nos Sociétés Savantes, pour tenter d'établir une équivoque entre certains produits purs français, de prescription exclusivement médicale, et les dinitrophénols américains, plus ou moins souillés d'impuretés (dinitronaphtol). Plus de vingt marques se disputent le marché des États-Unis, vendues directement au public sans aucun contrôle, absorbées à des doses invraisemblables.

En France, *aucun cas d'agranulocytose ni de cataracte n'a jamais été signalé* du fait de la dinitrothérapie. L'innocuité en est définitivement établie par une statistique récente démontrant que *quarante millions* de comprimés de dinitra ont été utilisés en ces deux dernières années sans qu'un seul accident puisse leur être imputé.

Or, de récents travaux poursuivis dans les laboratoires de recherches, contrôlés physiologiquement et cliniquement dans les hôpitaux, ont abouti à la synthèse d'un corps nouveau, cristallisé, la dinitrophényl-lysidine ou nitrophénazine, qui présente de nombreux avantages pharmacodynamiques sur le dinitrophénol : la fonction phénolique s'y trouve bloquée par la lysidine, qui soulage le travail du rein, et facilite l'élimination des déchets organiques accrus par l'accélération des combustions cellulaires.

Une étude clinique approfondie a montré qu'il est remarquablement toléré et que son élimination est facile et très rapide.

L'intérêt capital de cette synthèse, c'est qu'elle a pour base le dinitrophénol *lui-même*, dont on possède déjà une expérience clinique prolongée et universelle (Rivoire, *Presse médicale*, 12 mai 1934, Salmon, *Presse médicale*, 2 mars 1935 ; thèses de Rivièrez et de Rothea, Paris, 1935).

La nitrophénazine a donc mérité de se substituer au dinitrophénol : du même coup se trouve réalisée une extension des indications thérapeutiques dans le sens du traitement de l'arthritisme : en une même substance définie et cristallisée sont réunis un accélérateur des combustions cellulaires et un solvant puissant des déchets organiques, qui facilite l'élimination rénale. C'est donc un médicament complet des ralentissements de la nutrition.

Avec sa posologie classique — 1 comprimé par 10 kilogs de poids — la nitrophénazine reste *le grand médicament direct de l'obésité*, moins toxique que la thyroxine.

A faible dose, non amaigrissante, — 2 à 4 comprimés par jour —, elle devient la médication rationelle de l'arthritisme : elle active la destruction des purines, mobilise les déchets du métabolisme, et accroît la diurèse uratique.

La grande solubilité de la nitrophénazine a permis la réalisation de sa forme injectable, qui présente l'avantage de laisser entre les mains du médecin l'entière conduite du traitement et le contrôle absolu des doses.

L'expériences clinique a enfin révélé que les extraits anté-hypophysaire et hépatique réalisent avec la nitrophénazine une synergie originale. L'anté-hypophyse, par ses hormones adipolytique, gonadotrope et thyréotrope, permet même de réaliser avec la nitrophénazine une véritable *auxothérapie* au sens où l'entend le Professeur M. Loeper.

Cette association opo-dinitrée répond à des indications précises : lassitude menstruelle, obésité et troubles de la ménopause, frigidité génitale, obésité des déficients hépatiques et des dysendocriniens, intolérances idiosyncrasiques au dinitrophénol.

On voit donc combien les travaux physiopathologiques de ces dernières années ont permis de donner une sanction pratique aux conceptions classiques qui ont rapproché l'arthritisme de l'obésité.

Fondé en 1873. — N° 51 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 DÉCEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, rue des Ecoles, PARIS-Vᵉ

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1ᵉʳ de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1ʳᵉ zone	70 fr.
Etranger 2ᵉ zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 3 décembre. — M. CORNY. Etude du traitement intrabronchique des abcès du poumon. — M. BURSZTYN. Schizophrénie et mentalité primitive.

5 décembre. — M. DEMALDENT. Le conduit auditif interne. Mlle MILLANT. Dermatite érythémato-bulleuse des bains de soleil dans les prés (maladie d'Oppenheim). — M. CALVET. Traitement de l'hypertension artérielle par le nitrate de pilocarpine. — Mlle EYRAUD. Etude des lymphosarcomes du médiastin chez l'enfant. — M. THEBAUD. Quelques aspects cliniques de l'acrodynie infantile.

6 décembre. — M. FARÈS. Passage de certains métaux métalloïdes à travers le placenta. — M. RABOURDIN. L'appendicite herniaire inguinale. — M. DVOIRIN. Syndrome immédiat.

4 décembre (Thèse vétérinaire). — M. DANIEL. Affection pasteurellique des porcelets nouveau-nés.

11 décembre. — M. SAVIGNON. Etude des phénomènes météoropathologiques en pathologie humaine. — M. GHELBER. Etude de la désinfection dans les maladies contagieuses. — M. LESAUVAGE. Méningites et otites à pneumococcus-mucosus.

12 décembre. — M. GÉRARD. L'actualité et les psychoses. — M. BARDEL. Les dermatoses par bois toxiques. — M. PATEY. Le facteur myocardique dans la maladie de Bouillaud chez l'enfant et chez l'adulte.

13 décembre. — M. GILLON. Malformations congénitales des voies biliaires avec ictères chez les nourrissons.

14 décembre. — M. DUVERDIER. Considérations à propos de plusieurs cas de diverticules du duodénum. — M. BOQUET. Etude des ostéomyélites aiguës primitives des os du crâne. M. TÉNINE. Etude de l'anesthésie générale en petite chirurgie.

11 décembre (Thèse vétérinaire). — M. SAILLARD. Radiodiagnostic dans le cancer et la tuberculose intrathoracique du chien.

Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Julien Marie, Mollaret, Soulié, Caroli, Aurousseau, Gueullette, Seillier, Blondin, Lallemant.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. Servanton, médecin de 2e classe, décédé victime du devoir professionnel.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Antonin Coquerella (Espagnol).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. Imbert (de Saint-Bonnet-ès-Allier), Moreau (de Neung-sur-Beuvron), Paraf (de Paris), Pe issier (de Saint-Etienne), Serre (du Mont-Dore).

PENSIONS. — *Au grade de commandeur.* — M. le Professeur J.-F. Lemaître (de Paris).

Au grade d'officier. — M. Leroux (L.-H.-A.) (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. Simon (de Nice).

EDUCATION NATIONALE. — *Au grade de commandeur.* — M. E. Castaigne, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

Au grade de chevalier. — Mme Joliot, née Irène Curie, chef de travaux à la Faculté des sciences de Paris ; M. Jean Joliot, maître de conférences de chimie physique et radio-activité à la Faculté des sciences de Paris.

FINANCES. — *Au grade de chevalier.* — M. Brunet, à Hazebrouck.

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. Robert Deschiens, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. RÉAU, adjoint au maire de Clermont-Ferrand ; M. Ryckewaert, ancien maire de Steenvoorde (Nord).

Académie de médecine. — PRIX DÉCERNÉS EN 1935. — *Prix de l'Académie* (1.000 francs). — Question : Le pH urinaire, ses causes, ses variations. Docteur VIOLLE, de Paris.

Prix Albert Ier de Monaco (100.000 francs). — M. Maurice ARTHUS, de Fribourg, pour ses travaux de physiologie et de microbiologie générale.

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs). — M. Guy LOISEL, interne des hôpitaux, à Paris.

Prix Apostoli (1.000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Argut (800 francs). — Docteur STROMINGER, de Bucarest.

Prix François Audiffred (Un titre de rente de 24.000 francs). Subvention de 5.000 francs à chacun des auteurs des mémoires, savoir :

M. METALNIKOV, de Viroflay (Seine) : Ensemble de travaux sur la tuberculose.

Mme le Docteur JOUSSET, de Paris : Etude et traitement de la méningite tuberculeuse.

Prix du Baron Barbier (2.500 francs). — MM. LEROUX-ROBERT, de Paris et COSTINIU, de Bucarest, 750 francs chacun pour leur mémoire : L'ozène : étiologie, pathogénie, bactériologie.

MM. TRUFFERT, de Paris, et VIELA, de Toulouse, 500 francs chacun, pour leurs travaux sur les : Suppurations péri-laryngo-pharyngées.

Prix Berraute. (Un titre de rente de 3.092 francs). — M. OBERLING, de la Varenne-Saint-Hilaire (Seine) et M. GUÉRIN, de Paris, pour leurs divers travaux sur le cancer.

Prix Blondel (20.000 francs). — MM. LUCIEN, PARISOT et RICHARD, de Nancy : Traité d'endocrinologie, 3.000 francs.

M. PAITRE, de Paris : Pratique anatomo-chirurgicale, 1.500 francs).

MM. LACAZE, de Blida, DUPRET, de Châtillon-sous-Bagneux, et GIRAUD, de Paris : Pratique anatomo-chirurgicale, 1.500 francs,

M. WOLLMANN, de Paris : Recherches sur la bactériophagie. 3.000 franc.

MM. MÉNÉGAUX et ODIETTE, de Paris : Ostéosynthèse au point de vue biologique, 3.000 francs.

M. MERKLEN, de Paris : Le sinus carotidien, 2.500 francs.

M. MORICARD, de Paris : Proliférine sexuelle femelle, 2.500 francs.

M. DIACONO, de Tunis : L'hémolyse, 1.000 francs.

M. FAUVERT, de Paris : Le foie vasculaire, 1.000 francs.

M. LANÇON, de Bourges : Etude de l'intoxication par les polipeptides, 1.000 francs.

Prix Boggio (4.800 francs). — MM. BERNOU, de Chateaubriant (Loire-Inférieure) et FRUCHAUT, d'Angers.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 francs), à MM. Routier, de Paris et Van Bogaert, d'Anvers (Belgique), pour leur ouvrage : Contribution à l'étude clinique du bruit du galop.

Prix Henri Buignet (1.600 francs). — MM. Thivolle et Fontès, de Strasbourg, pour leurs : Divers travaux sur le sang et la thérapeutique de l'anémie secondaire par la transfusion.

Prix Caillerel (500 francs). — Docteur Lyonnet, de Lyon.

Prix Chevillon (3.000 francs). — Docteur André Dufour, de Paris, pour son : Traitement chirurgical du cancer du rectum.

Prix Clarens (500 francs). — Docteur Belin, de Tours : Coquillages et fièvres typhoïdes.

Prix Demarle (750 francs). — Docteur Garnier pour son ouvrage : Le rôle biologique du manganèse.

Prix Desnos (3.600 francs). — Docteur Lebel, chirurgie de l'hospice sanatorium de Brévannes (Seine-et-Oise).

Prix Desportes (1.500 francs). — Docteur Maurice Roy, de Paris : La pyorrhée alvéolaire.

Prix Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). — M. Marc Bolgert, de Paris.

Prix Ferdinand Dreyfous (2.800 francs). — Docteur Pierre Bernal, de Paris, auteur de : Crises hypotensives.

Prix Falret (1.500 francs) — M. Louis Caron, de Paris, auteur des : Des stéréotypies.

Prix Godard (1.000 francs). — Docteur Leercle, de Damas : Eléments de chirurgie.

Prix Guérétin (1.500 francs). — M. Antonelli, de Paris, pour son mémoire : Contribution à l'étude clinique et anatomo-radiologique du poumon cardiaque au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche, 1.200 francs.

M. Liège, de Paris, pour son mémoire : Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale, 300 francs.

Prix Guillaumet (1.500 francs). — Docteurs de Parrel et Mlle Hoffer, de Paris.

Prix Guzman (Un titre de rente de 2.500 francs). — MM. Bordet et Fischgold, de Paris : Application de la radiologie et en particulier de la radiokymographie à l'étude des battements cardio-vasculaires.

Prix Catherine Hadot (3.600 francs). — MM. Piery, de Lyon, et Le Bourdelles, du Val-de-Grâce : La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie, 600 francs chacun.

MM. Bouquier, de Berck et Martin, d'Angers : Les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur, 600 francs chacun.

M. Sivrière, de Passy (Haute-Savoie), pour son mémoire : Diagnostic et traitement des perforations pulmonaires, 1.200 francs.

Prix François Helme (1.500 francs). — Docteur Jean Canet, de Paris : Contribution à l'étude de la vaccination dans les fièvres exanthématiques.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs). — Docteur Delay, de Paris, auteur de l'ouvrage : Les astéréognosies.

Prix Henri Huchard (8.000 francs). — Docteur Choussat, de Beni Hindel (Algérie).

Prix Jacquemier (2.500 francs). — Docteurs Seguy et Brandwein, de Paris, auteurs de : Contribution à la recherche de la date de l'ovulation chez la femme.

Mention honorable au Docteur Bouquet, de Brest : Obstétrique physio-pathologique de la reproduction.

Prix Léon Labbé (3.000 francs). — MM. Chabanier et Lobo Onell, de Paris, pour leur ouvrage : Hypochlorémie et accidents post-opératoires.

Prix Laborie (8.000 francs). — Docteur Jean Gosset, de Paris, pour son ouvrage : Cancer du colon droit.

Prix du Baron Larrey (500 francs). — Docteur Fricker, de Strasbourg : La réaction de Schick, ses rapports avec l'endémie diphtérique en France, 300 francs.

Docteur du Bourguet, de Paris : Les séquelles des plaies pénétrantes de l'abdomen, 200 francs.

Fondation Laval (1.200 francs). — M. Camille Desportes, préparateur délégué au Laboratoire de parasitologie de Paris.

Prix Lefèvre (3.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix. Mention honorable au mémoire qui a pour titre : Recherches étiologiques et cliniques sur la mélancolie de Morel, dont l'auteur est Mme le Docteur Pascal, des Asiles d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise).

Prix Le Piez (2.000 francs). — MM. Pham-Huu-Chi et Henri Brocard, de Paris : Le « bacillus funduliformis » et son rôle en pathologie humaine, 400 francs à chacun.

M. Odinet, de Paris : Recherches anatomiques et physiologiques sur le thymus, 600 francs.

M. Marx, de Paris : Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie, 600 francs.

Prix Leveau (2.000 francs). — MM. Marchand, de Paris et

Courtois, de Chezal-Benoit (Cher), 250 francs chacun, pour leur ouvrage : Les encéphalites psychosiques.

M. Corman, de Nantes : La constitution physique des paralytiques généraux, 500 francs.

M. Géraud, de Toulouse : La sclérose en plaques, 500 francs.

M. Palazzoli, de Paris : L'impuissance sexuelle chez l'homme, 500 francs.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — Docteur Albane, maison de santé interdépartementale de Clermont (Oise), pour son mémoire qui a pour titre : Tuberculose et démence précoce.

Prix A.-J. Marmottan (100.000 francs). — A titre d'encouragement, une somme de 4.500 francs, au Docteur Troisier, de Paris, pour son : Etude expérimentale de la sarcomatose spontanée des poules.

Prix Gustave Mesureur (2.500 francs). — M. Gomez, de Paris, pour son : Ensemble de travaux sur la pression artérielle et sur l'hypertension artérielle.

Prix Meynot (3.000 francs). — Docteur Talbot, de Sfax : Divers travaux sur le trachome.

Prix Monbinne (1.500 francs). — MM. Velu et Zottner, de Casablanca, pour leur mémoire : Prophylaxie de la Dourine.

Prix Nativelle (1.000 francs). — Docteur Raymond Hamet, de Paris : Sur un nouvel alcaloïde cristallisé à action excito-respiratoire et hypotensive, extrait de l' « Ourouparia formosana matsumura et hayata » (rubiacées).

Prix Oulmont (1.000 francs). — M. André Bosquet, de Paris.

Prix Pannetier (4.000 francs). — M. Georges Sée, de Paris : L'immunité antidiphtérique acquise.

Prix Perron (4.000 francs). — M. de Chaisemartin, de Paris : Etudes cliniques et expérimentales sur l'aptitude fonctionnelle du cœur et des vaisseaux à l'effort.

M. le Docteur Rudolph, de Nevers : L'hypochlorémie.

M. le Docteur Calot, de Paris : Réactions d'hypersensibilité cutanée et diagnostic des maladies parasitaires.

M. le Docteur Perrault, de Paris : Essais sur la bacillémie et la dispersion bacillaire au cours de la tuberculose pulmonaire humaire.

Prix du Baron Portal (1.500 francs). — Question : Anatomie pathologique des abcès du poumon. — Docteur Henri Durand, de Paris.

Prix Pourat (1.500 francs). — Question : Métabolisme basal et anesthésie. — Mlle Ratner et M. Ladislas Vitanyi, de Paris.

Prix Jean Reynal (1.500 francs). — MM. Gaud, Charnot et Langlais, de Rabat.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 francs). — Docteur Thiéry, de Paris : Diabète et tuberculose.

Prix Ricaux (tuberculose) (5.000 francs). — MM. Troisier et Bariéty, de Paris : La primo-infection tuberculeuse de l'adulte, 1.000 francs chacun.

M. de Quérangal des Essarts et Mme de Carbonnières de Saint-Brice, de Brest : Une œuvre de prophylaxie sociale de la tuberculose par la vaccination au B. C. G., 750 francs chacun.

M. le Docteur Weiller, de Paris : Les lavages de la plèvre, 1.500 francs.

Prix Philippe Ricord (800 francs). — Docteur Ch. Laurent, de Saint-Etienne : La lutte contre la syphilis.

Prix Albert Robin (600 francs). — Mention honorable à M. René Clogne et à Mme Drilhon, de la Bourboule, pour leur : Essai d'étude physiologique des eaux minérales.

Prix Roussilhe (10.000 francs). — Docteur Bory, de Paris : Ensemble de travaux sur les dermatoses, le soufre, le psoriasis.

Prix Marc Sée (1.200 francs). — MM. Salmon et Jacques Dor, de Marseille : Artères des muscles et du tronc.

Prix Tarmier (4.000 francs). — M. Hinglais, de Paris, pour son : Etude quantitative des hormones gonadotropes préhypophysaires.

Mention honorable à M. Kehl, d'Alger, pour son mémoire : *Contribution à l'étude de l'endocrinologie ovarienne de la grossesse.*

Prix Vernois (800 francs). — M. Blanchard, directeur de l'Ecole vétérinaire de Dakar pour son livre : Précis d'épidémiologie, médecine préventive et hygiène coloniales.

Médaille du Professeur Couvelaire. — La remise de la médaille offerte à M. le Professeur Couvelaire, aura lieu à la clinique Baudelocque, 121, boulevard du Port-Royal, le dimanche 15 décembre 1935, à 10 heures du matin, sous la présidence de M. le Professeur Hartmann. *Le Comité.*

CHARLES RICHET

Cette mort nous émeut profondément. C'est un grand physiologiste qui disparaît et un des plus féconds, un grand penseur, et un des plus humains.

Oserai-je dire, tandis qu'on le pleure en France, que le *Progrès Médical* est, lui aussi, douloureusement frappé.

Ch. Richet aimait ce journal et ce journal l'aimait. En maintes circonstances, solennelles ou intimes, il lui avait montré sa sollicitude presque paternelle et prodigué ses encouragements précieux.

Il lui gardait ce souvenir fidèle, cordial, je dirais même reconnaissant, que l'on garde, alors même qu'on atteint les cimes, à qui vous accueillit lors de vos premiers essais. C'est en effet chez nous que parurent les recherches de Richet sur l'acide chlorhydrique du suc gastrique, prélude de sa thèse de doctorat-ès-sciences. Il y a soixante ans de cela ; c'était sous Charcot et Bourneville ! Et il ne l'avait point oublié.

A chacune de nos réunions annuelles, à celle du Cinquantenaire qu'il voulut bien présider, nous aimions à entendre sa voix nuancée, émue, un peu éteinte parfois, mais qui savait se faire forte malgré son grand âge, quand il fallait se lancer à l'assaut d'un préjugé, encourager les jeunes ou proclamer sa foi, ardente, active, inlassable, en la science. Il évoquait modestement et non sans humour sa vie d'étudiant, les vieux amphithéâtres de l'Ecole, l'intimité de Claude Bernard et les difficultés de ses premières recherches. Il parlait avec une vibration communicative, un enthousiasme toujours nouveau, de l'alliance intime de la clinique et du laboratoire. Il faisait vraiment, comme on a dit, la Médecine. Mais ce fut un apôtre en même temps qu'un savant. Il s'enflammait aux seuls noms de Fraternité et de Paix et il faisait confiance à l'Humanité. Sa bienveillance fut souvent mise à l'épreuve parce qu'il ne savait pas tromper et ne pouvait croire qu'on le voulût tromper lui-même.

Je n'oublierai jamais l'accueil affectueux qu'il fit à tous ses jeunes collègues de la Rédaction, quand il eut l'idée charmante de les inviter dans l'intimité de son foyer, devant ses hautes bibliothèques et de nous rendre la politesse que nous lui fîmes lors de son jubilé.



Le Professeur Charles Richet

(d'après un crayon de Mme Renée Davids)

En 1933, il y a à peine deux ans, il vint pour la dernière fois au milieu de nous, appuyé sur son fils, un peu las, le pas moins assuré, la tête un peu inclinée sur son grand corps maigri. Il serra les mains nombreuses qui se tendaient vers lui, eut un mot aimable pour chacun, discuta avec de Monzie des Réformes de la Faculté, et à la fin du repas, dressant sa haute taille, le bras et le regard tendus vers un horizon infini, il nous récita avec tout son cœur quelques vers sur la douleur, sans une faute de mémoire, sans une défaillance, devant une assistance étonnée, admirative et émue.

Son érudition était générale, sa connaissance de l'histoire profonde et raisonnée, et sa philosophie sereine.

Il se plaisait parfois, en ses moments perdus, à des essais de morale que n'aurait pas reniés le fabuliste.

Il traitait aussi aisément de Victor Hugo que de Pasteur, et de Berthelot que de Michelet.

Et quelle conviction, quelle sincérité, et quelle réserve presque timide parfois, il mettait dans l'exposé de ses travaux !

Charles Richet laisse une œuvre immense dont d'autres, plus qualifiés, détailleront demain les sujets multiples.

Nous avons de lui un grand traité de Physiologie dont le labeur immense ne le rebuta pas ; d'innombrables mémoires de physiologie, de biologie, une étude à laquelle il tenait beaucoup sur la zomothérapie, une histoire de la civilisation, des études sur le mouvement social, sur les causes finales, sur la métapsychie et deux grandes découvertes qui suffiraient à l'illustrer : la sérothérapie qu'il créa avec Héricourt dans un éclair de génie et qui, ouvrant la voie à Behring, à Roux, à Vincent, à Leclainche, a sauvé tant de vies humaines et a pu préserver tant

d'enfants et de soldats ; l'anaphylaxie enfin, cette hypothèse féconde qui surgit dans son laboratoire de quelques débris d'actinies et qui fut souche de plus de vingt mille travaux, dont il était fier comme de ses propres enfants, en France et à l'étranger.

Il était depuis quarante ans membre de l'Académie de Médecine, depuis vingt membre de l'Institut et l'an dernier Président de l'Académie des Sciences, partout respecté, honoré, aimé. Il avait, honneur rare entre tous, recueilli le prix Nobel. Il fut le premier pionnier de l'aviation, vola avec Bréguet, et fit la maquette d'un appareil que reproduisent nos modernes avions. Pendant la guerre il visita les tranchées, séjourna dans les hôpitaux et donna son temps à la France comme il lui eût donné sa vie, en soldat, presque en croyant.

Nul ne dira trop sa bonté pour les jeunes, sa sollicitude et sa tendresse inlassables.

Nous le saluons comme une gloire de notre Faculté et de notre pays, mais nous le pleurons comme un ami, un grand ami.

A toute sa famille, à cette femme admirable qui fut la compagne, la collaboratrice discrète et prévenante de soixante ans de travail, à son fils qu'il chérissait tant, à son gendre qui est aussi un des nôtres, j'offre notre tristesse et notre sympathie.

Maurice LOEPER.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Henri Dutrochet

(1776-1847)

Eloge prononcé à l'Académie de médecine dans la séance annuelle du 10 décembre 1935

Par Ch. ACHARD, secrétaire général

La tradition académique, qui consacre à d'anciens membres de la Compagnie les éloges prononcés en séance publique, s'adresse en général à des personnages disparus depuis un temps relativement court. Elle fait revivre plus volontiers ceux dont la mémoire est restée présente et précise parmi leurs confrères que ceux dont la gloire seule subsiste sans aucun souvenir personnel.

Elle y gagne de susciter plus d'intérêt chez ceux, élèves ou amis, qui ont connu le personnage ; elle y perd, en revanche, les enseignements souvent fort instructifs que donne le recul du temps pour apprécier la valeur de l'homme, l'importance de ses travaux, les conséquences de ses découvertes et l'impulsion qu'elles ont donnée au progrès scientifique.

C'est en me réclamant de cet intérêt historique que je vous demande la permission d'évoquer aujourd'hui la mémoire d'un savant un peu trop oublié, dont les découvertes ont été pourtant des plus fécondes et qui, sur plus d'un point de la biologie, s'est montré un véritable initiateur. L'œuvre de Dutrochet nous apparaît aujourd'hui plus grande qu'aux yeux de ses contemporains et sa vie nous offre l'image de ce que pouvait produire, il y a un siècle, avec des moyens singulièrement restreints, la vocation tardive d'un esprit cultivé, doué d'une inlassable curiosité scientifique.

De ces vocations tardives, l'histoire des sciences et celle des savants montrent plus d'un exemple. Mais elles deviennent de plus en plus rares, car aujourd'hui, à mesure que la science s'épanouit, que chacune de ses branches se subdivise, que chacun de ses rameaux verdoie, fleurit et fructifie, des techniques spéciales deviennent nécessaires pour y trouver de nouveaux faits, et l'homme de science sent le besoin d'une orientation précoce. A peine achevées ses études classiques, le jeune homme appelé à choisir une carrière, s'il se sent du goût pour la science, se hâte d'acquérir des diplômes qui déjà se rapportent à des disciplines spéciales.

Cette orientation précoce et spéciale a ses avantages. L'habileté technique ne peut qu'y gagner. L'outil fait meilleur besogne dans la main experte à le manier. Puis, vu la masse toujours croissante des faits scientifiques, le spécialiste seul peut avoir toujours présents à l'esprit ceux qui concernent une partie même assez restreinte du savoir humain.

Mais, à côté de ces avantages, il est facile d'apercevoir certains inconvénients. L'habileté technique ne suffit ni à toutes les applications pratiques, ni à toutes les connaissances théoriques. L'outil parfait, la main experte n'exécutent le chef-d'œuvre qu'animés par l'esprit du maître ouvrier.

Pour trouver du nouveau, il est profitable au chercheur de sortir des chemins battus et, pour ne point s'égarer sur un terrain peu familier, d'avoir au moins sur son chemin quelques clartés. Le champ visuel du savant ne doit pas être trop restreint et l'on a maintes fois remarqué que les grandes découvertes se font souvent aux frontières de sciences voisines. Le savoir encyclopédique n'appartient plus guère qu'aux vulgarisateurs et chroniqueurs scientifiques, plutôt qu'aux travailleurs et aux créateurs de science. Mais il avait certainement la vertu de procurer à l'esprit une hauteur de vue à laquelle la spécialité scientifique a quelque peine à s'élever.

René-Joachim-Henri Dutrochet naquit au château de Néons en Poitou, le 14 novembre 1776. Son père, René-Louis-Frédéric comte du Trochet, marquis de Néons, dont il était le huitième enfant, était officier au régiment du Royal Infanterie et descendant d'une famille de bonne noblesse dont les titres remontaient à 1333.

Affecté d'une fort gênante infirmité de naissance, un double pied bot, l'enfant, benjamin de la famille, fut confié par sa mère à un rebouteux de Vendôme qui n'était autre que le bourreau de Touraine et que cette fonction investissait, selon la croyance populaire, d'un pouvoir spécial de guérison pour cette sorte d'infirmité. Toujours est il que ce sieur Montagne, dans les loisirs que lui laissait sa charge officielle, obtint un redressement suffisant des pieds pour permettre à l'enfant de marcher.

Placé à huit ans au collège de Vendôme, chez les Oratoriens, pour y faire ses classes, il en sort à quinze ans et revient chez ses parents, au château de Chareau, berceau de sa famille maternelle.

Pendant la Révolution, son père ayant émigré, ce qui avait entraîné la confiscation de ses biens, la famille connaît la gêne. Aussi en 1799, le jeune Dutrochet, pris par la

conscription, songe-t-il à la carrière des armes. Sur sa demande, il est affecté à l'armée navale de Rochefort comme novice timonier à la solde de 12 francs par mois. Peu satisfait des perspectives d'avenir qu'il entrevoit dans cet emploi, il répond à l'appel de ses deux frères engagés comme officiers dans l'armée royaliste que de Bourmont organise en 1800 dans le Maine. Fort à propos, le 18 brumaire l'empêche de participer à la guerre civile. Il fait sa soumission au gouvernement consulaire et la pacification de l'Ouest lui apporte l'amnistie. Il renonce à son titre de marquis et à la particule de son nom qui ne figurent sur aucune des pièces officielles le concernant.

Revenu à Chareau, il se lie avec un voisin de campagne, le chirurgien Petitbeau, dont le service à Paris est à l'hôpital des Enfants-Malades. Décidé à faire ses études de médecine, il vient dans la capitale en novembre 1802, à vingt-cinq ans, et trouve à l'hôpital un logement mis à sa disposition par Petitbeau. Il y demeure jusqu'à la fin de ses études. Entre temps, au bout de deux ans, il est reçu au troisième concours de l'internat des hôpitaux, le 19 floréal an XII (9 mai 1804), le treizième d'une promotion de vingt citoyens dont aucun autre, à l'exception de Gilbert Breschet, ne semble avoir laissé un nom dans la science.

Le 26 juillet 1806, il soutient sa thèse intitulée : *Essai d'une nouvelle théorie de la voix avec l'exposé des divers systèmes qui ont paru jusqu'à ce jour sur cet objet*.

Comme beaucoup de médecins peu fortunés, il envisage la carrière de médecin militaire dont les armées impériales avaient grand besoin. La demande qu'il adresse le 15 mars 1808 au Service de santé est appuyée d'une lettre de recommandation de Martial Daru ainsi conçu : « M. du Trochet fils de M. du Trochet, ancien capitaine au Régiment du Royal Infanterie, a été reçu à la Faculté de médecine de Paris et exerce sa profession dans cette ville depuis trois ans. Il a reçu une bonne éducation et demande une place de médecin dans les armées de S. M. Impériale et Roïale. Il a deux frères employés dans l'administration de la Grande Armée et n'est point dans la conscription ». Le 13 juin, il reçoit une lettre de service qui l'affecte, comme médecin ordinaire, à l'armée d'Espagne.

Il n'y devait pas rester longtemps.

En soignant à l'hôpital de Burgos des malades atteints de typhus, il contracte la maladie et, après une convalescence pénible, il renonce à la médecine militaire et donne sa démission.

A la vérité, les archives du ministère de la Guerre ne font nulle mention de sa maladie contractée à Burgos. Une seule note de Desgenettes, du 5 mars 1809, atteste qu'il « joint à beaucoup d'instruction une éducation très soignée ». C'est en avril de la même année qu'il demande à quitter l'armée ; mais le Comité de visite ne le reconnaît point inapte à tout service et lui accorde un congé de trois mois. Il renouvelle sa démission le 17 octobre. Mais son père, qui en apprend par hasard la nouvelle, écrit au ministre pour demander qu'on envoie seulement son fils se reposer en Allemagne, sans le licencier, pour qu'il ne tombe pas à la charge d'une famille « aussi nombreuse que malheureuse et peu fortunée ».

Cependant Dutrochet, le 13 janvier, se déclare incapable de rejoindre son poste. La Commission, qui l'examine le 6 février, reconnaît qu'il ne peut plus faire aucun service et motive son avis en ces termes : « il a le corps couvert d'une humeur dartreuse, depuis huit mois il fait un traitement et porte un cautère au bras, il est cacochine ». Sa démission est enfin acceptée le 2 mars 1810.

Le voilà retiré, à 34 ans, dans le manoir familial, sans occupation ni projet d'avenir. Mais c'est là pourtant que naît et se développe sa vocation scientifique.

Pendant la guerre d'Espagne, il avait rédigé une dissertation sur une nouvelle théorie de l'habitude et des sympathies. Puis il avait publié une nouvelle théorie de l'harmonie. Mais la lecture des travaux de Spallanzani, cet expérimentateur hors de pair, en particulier de ceux sur la fécondation artificielle, le remplit d'enthousiasme, écrit-il lui-même. C'est pour lui le chemin de Damas. Il brûle ses premiers écrits, œuvre de spéculation pure, et désormais il se voue à l'observation et à l'expérience.

Isolé dans son château, loin de tout milieu intellectuel, sans laboratoire véritable, avec des moyens rudimentaires, mais poussé par la curiosité scientifique dont il est possédé, libre de toute doctrine, il crée ses appareils de recherche, il étudie avec patience et méthode, il multiplie observations et expériences et s'applique à trouver, dans le détail des faits qu'il constate, une portée générale.

Ses premières recherches, qui semblent directement inspirées par celles de Spallanzani, concernent la reviviscence des Rotifères. Puis, de 1812 à 1820, s'échelonnent une série de mémoires sur le développement embryonnaire des animaux. Il étudie d'abord les membranes fœtales chez les oiseaux, puis chez les reptiles et les mammifères. Il s'attache à dégager les analogies qui les unissent et à déterminer la signification des organes temporaires de l'embryon. D'autres travaux ont trait à la métamorphose du têtard de grenouille, à l'anatomie des organes reproducteurs du puceron, au développement du canal alimentaire des insectes, à la régénération des plumes. Dans ces sujets si variés, toujours il a soin de ne point séparer sous le rapport de la physiologie la vie végétale de la vie animale. La notion de l'unité de la physiologie générale domine, on peut le dire, ses recherches.

Etudiant l'accroissement des végétaux, il est amené à comparer la substance ligneuse des arbres à la charpente osseuse des animaux vertébrés.

Toujours aussi on le voit préoccupé de chercher dans l'organisation du plan général. Ainsi la vertèbre, le dicone vertébral, comme il l'appelle, lui paraît être le prototype de tout squelette, idée féconde que devait plus tard reprendre et développer le célèbre anatomiste de Dresde, Carus.

C'est surtout par la découverte de l'osmose que Dutrochet est connu des biologistes modernes.

Cette découverte mémorable montre bien comment, grâce à son ingéniosité et à sa persévérance, il tirait de moyens très simples des résultats d'une importance capitale.

Etudiant au microscope une moisissure aquatique, il avait noté les mouvements des globules qui remplissaient la cavité des filaments et que chassait la pénétration de l'eau ambiante dans l'intérieur de ces filaments. Puis, sur des œufs de gastéropodes, il avait fait une observation du même genre. Dans ces œufs plongés dans l'eau, la matière pâteuse qui les remplissait était chassée par la pénétration de l'eau extérieure qui distendait la cavité jusqu'à ce que toute la matière pâteuse eût disparu. Il conclut que l'eau pénètre à travers la paroi de ces cavités quand il y a dans celles-ci des substances plus denses que l'eau.

Mais, pour vérifier cette observation, il lui faut une expérience. Il s'applique donc à imiter la nature et à imaginer un appareil qui lui permette de reproduire artificiellement et à volonté le phénomène qu'il étudie.

Quoi de plus simple que son appareil ? C'est d'abord un cæcum de poulet fermé par une ligature et rempli d'eau gommeuse, mucilagineuse ou albumineuse. Puis, c'est un simple flacon sans fond, obstrué par une membrane de parchemin et surmonté d'un tube de petit calibre. Verse-t-on dans le flacon un liquide gommeux, mucilagineux ou albumineux, ou une solution de sucre, le flacon étant plongé dans l'eau pure, on voit bientôt l'eau monter dans le tube, ce qui prouve que de l'eau est passée de l'extérieur à travers la membrane, pour pénétrer dans l'intérieur du vase en diluant son contenu. Inversement, en transportant dans une solution plus dense de gomme arabique cette poche absorbante artificielle, Dutrochet voit de l'eau en excès dans la poche sortir de l'appareil et passer dans le liquide ambiant. C'est donc la différence de densité qui détermine le sens du courant à travers la membrane séparative.

Ensuite, ayant mis dans l'appareil une solution de gomme teintée d'indigo, il voit, en même temps que la poche se remplit de l'eau extérieure, celle-ci se colorer en bleu. Il y a donc à travers la membrane un double courant, l'un plus

fort de dehors en dedans, l'autre plus faible, de dedans en dehors, le premier du liquide moins dense au liquide plus dense, le second plus dense ou moins dense. Au premier, il avait déjà donné le nom d'*endosmose*, au second il donne celui d'*exosmose*. Le premier correspond à une absorption par une membrane, le second à une élimination.

Bichat, dont les idées faisaient encore loi, pour expliquer les phénomènes d'échange à travers les membranes, admettait qu'elles étaient pourvues d'ouvertures invisibles, capables de s'ouvrir ou de se fermer, grâce à une sensibilité élective. Il distinguait de cette manière des pores absorbants et des pores exhalants. Les membranes séreuses, par exemple, qu'il considérait comme « un entrelacement d'exhalants et d'absorbants », étaient les grands réservoirs intermédiaires aux systèmes exhalant et absorbant, où la lymphe, en sortant de l'un séjournait quelque temps avant d'entrer dans l'autre.

Ces hypothèses devenaient inutiles et tombaient devant la démonstration de Dutrochet et les données positives qu'elle apportait. Il était prouvé que du liquide et des substances diverses pouvaient passer à travers une membrane organisée, suivant un courant dont on pouvait étudier les conditions, mesurer la force, déterminer les lois. Ainsi pouvait-on interpréter sinon dans leur détail, du moins dans leur principe, les phénomènes essentiels des échanges vitaux, l'absorption et l'élimination.

Ce mouvement de propulsion, qui est à la base de ces phénomènes, est indépendant de celui du cœur. Il est applicable à la circulation de la lymphe des animaux et de la sève des végétaux. Les cloisons séparatives de l'organisme, loin de mettre obstacle comme on pouvait le croire de prime abord, aux échanges, sont au contraire les organes qui les règlent et les disciplinent, cette traversée des membres étant dans une certaine mesure élective, comme le montrent certaines sécrétions. « En ce cas, dit Dutrochet, l'activité sécrétoire consiste seulement dans la séparation de substances mélangées. A ce point de vue, cette activité est analogue à la sécrétion de l'urée par les reins, car on sait que l'urée existe préformée dans le sang.

Dutrochet, on le voit, ne se méprenait pas sur l'intérêt de sa découverte qui substituait à l'incertaine action des forces vitales l'effet positif de forces physiques, et qui rendait compte de phénomènes de première importance dans la vie végétative. Entraîné par sa foi dans l'avenir de cette découverte, il intitulait, en 1826, un de ses mémoires : « L'agent immédiat du mouvement vital dévoilé dans sa nature et dans son mode d'action chez les végétaux et chez les animaux ». Formule un peu prétentieuse sans doute et qui dépassait évidemment le cadre des faits strictement observés. Et puis, les vitalistes étaient nombreux encore, et puissants. Aussi fut-il en butte à d'âpres critiques : mais il reconnut très loyalement qu'il avait exagéré quelque peu et, dans un ouvrage paru en 1837, où il avait réuni la plupart de ses travaux antérieurs, avec les modifications jugées nécessaires, la main qui n'avait pas hésité à jeter au feu ses œuvres de jeunesse insuffisamment mûries, écrivit en épigraphe cette déclaration péremptoire : « Je considère comme non avenu ce que j'ai publié précédemment sur ces matières, et qui ne se trouve point reproduit dans cette collection. »

Les recherches de Dutrochet sur l'osmose ne tardèrent pas à porter leurs fruits. Une application pratique à l'industrie sucrière permit, selon le procédé de Dubrunfaut, de séparer des mélasses de betteraves le sucre qu'elles contiennent en le débarrassant des sels et des substances traversant plus facilement que lui les membranes.

Mais ce sont surtout les développements de l'œuvre de Dutrochet dans les sciences biologiques qui méritent d'être mis en lumière.

La dialyse, imaginée par Graham, dérive directement de l'osmose de Dutrochet ; elle établit deux classes de corps au regard de la perméabilité des membranes : les cristalloïdes qui traversent le parchemin et les colloïdes qui ne le traversent pas. Distinction fondamentale, trop absolue sans doute, mais qui n'en a pas moins été la source de travaux de la plus haute importance sur les propriétés physiques des corps et sur la physiologie générale des tissus et des humeurs.

Ainsi, à la connaissance des membranes filtrantes, dont les pores plus ou moins larges laissent passer des particules de toutes sortes, pourvu qu'elles ne soient ni trop grosses ni trop adhérentes, s'est ajoutée la connaissance des membranes dialysantes, perméables aux seuls cristalloïdes et certainement plus importantes que les membranes filtrantes pour les échanges dans l'organisme.

Enfin, on a découvert une troisième sorte de membranes, perméables seulement à l'eau des solutions et qu'on a nommées semi-perméables.

Un chimiste de Breslau, Traube, ayant observé le précipité que donne une solution de sulfate de cuivre dans une solution de ferrocyanure de potassium, avait remarqué la formation, autour des gouttes de la solution de sulfate, d'une petite membrane gélatineuse très fragile. Pour faciliter l'étude des propriétés de cette membrane, le botaniste Pfeffer, de Tubingue, eut l'idée de la consolider en l'incorporant dans une cloison solide et poreuse ; il se servit pour cela d'un vase de pile en porcelaine, dans les parois duquel on formait la membrane en le remplissant de la solution de sulfate et en le plongeant dans celle de ferrocyanure. Etudiant le passage des substances dissoutes à travers cette membrane, il constata que l'eau seule la traversait, mais non les cristalloïdes dissous. Par exemple, en versant dans le vase poreux une solution de sucre et en le plongeant dans l'eau pure, il voyait l'eau passer dans le vase sans que le sucre en sortît. Une telle membrane est dite semi-perméable. Quant à la force qui détermine l'entrée de l'eau dans le vase contenant le sucre, c'est la pression osmotique, mesurable au manomètre, et qui, pour une solution sucrée à 2 p. 100, atteint la valeur de 1.016 millimètres de mercure.

Ce seul exemple suffit à montrer l'influence de ces membranes sur la qualité et la quantité des échanges qui s'accomplissent dans l'organisme, encore qu'on ne doive pas exagérer leur rôle, la plupart des membranes de l'organisme vivant se rapprochant plus des membranes dialysantes que des membranes strictement semi-perméables.

De l'intérêt biologique de ces membranes, un exemple aussi simple que démonstratif peut être trouvé dans les plantes fanées. Un bouquet de fleurs plongé dans l'eau pure se conserve et les cellules végétales de ce bouquet restent pleines de leur contenu ; mais si l'on plonge le bouquet dans l'eau salée au lieu d'eau pure, fleurs et feuilles se flétrissent et se sèchent, et le microscope montre dans les cellules un protoplasme affaissé, rétracté. Les parois de ces cellules, se comportant comme des membranes semi-perméables, n'ont laissé passer que l'eau cellulaire appelée hors d'elles par le sel de la solution extérieure. C'est là le phénomène de la plasmolyse, étudié par Hugo de Vries, et qui peut, d'ailleurs, être reproduit avec les cellules animales.

Si, dans les échanges biologiques, la nature des membranes joue un grand rôle, celle des liquides entre lesquels se fait l'échange n'a pas moins d'importance. Au problème de la membrane s'ajoute donc le problème des liquides.

Depuis Dutrochet, les études sur ce point ont été poursuivies et de grands progrès obtenus. Les recherches sur la concentration moléculaire des solutions et sur la cryoscopie ont permis de formuler les lois de Raoult et ont suscité en biologie des travaux d'un grand intérêt sur les échanges organiques et même sur l'évolution des êtres vivants.

Lorsque Van t'Hoff eut assimilé la dissolution des corps à une gazéification, on se représenta les particules dissoutes comme animées de mouvements incessants, de même que les molécules gazeuses, et l'on admit que les chocs de ces particules sur les parois qui les contiennent sont la cause de la pression dite osmotique.

Puis, après avoir compté en molécules les échanges osmo-

tiques, on a compté en ions et l'on a vu les ions traverser d'une manière élective certaines membranes et les phénomènes électriques intervenir dans ces échanges.

Si une membrane capable d'arrêter les colloïdes, mais laissant passer les substances minérales dissoute, sépare deux compartiments contenant chacun la même solution de chlorure de sodium, les ions chlore et sodium, également répartis entre les deux, se font équilibre, et rien ne change dans ces compartiments. Mais, si dans l'un des compartiments, on ajoute un colloïde qui ne peut en sortir parce que la membrane ne lui est pas perméable, on assiste à une répartition inégale de ces ions ; par exemple, si une partie des ions chlore se fixe sur le colloïde, il faut, pour rétablir l'équilibre des charges électriques et l'égalité des ions chlore libre et des ions sodium de chaque côté de la membrane, qu'un supplément de chlore passe du côté du colloïde. L'introduction du colloïde fixateur d'électrolytes a rompu l'équilibre primitif et un nouvel équilibre des charges électriques s'est établi : c'est ce qu'on appelle l'équilibre de Donnan. Ce phénomène joue un rôle important dans les échanges de l'organisme, puisque beaucoup de liquides intra ou extra cellulaires contiennent une proportion notable de colloïdes dont la présence peut modifier la répartition des électrolytes.

Suivant une ingénieuse comparaison, si l'on sépare un vivier en deux compartiments par un filet dont les mailles ne laissent passer que les petits poissons, ces petits poissons, s'ils sont seuls, se répartissent également dans les deux compartiments ; mais, si dans l'un de ces compartiments, l'on ajoute des brochets, tout va changer. Les brochets vont rester là où on les aura mis, mais la répartition des petits poissons risque d'être bien vite modifiée, les brochets devenant dans leur compartiment de terribles fixateurs de petits poissons.

Grâce à toutes les recherches récentes, le mystère de ce qu'on appelait naguère les actions capillaires et les phénomènes électro-capillaires se dévoile, et les lois qui les régissent se dégagent peu à peu,

Dutrochet ne s'était pas mépris sur la portée de ses recherches et sur les suites qu'elles comportaient. « Ces premiers essais, écrivait-il, de l'application des phénomènes physiques à l'explication des phénomènes physiologiques tendent à faire disparaître le mysticisme que les physiologistes vitalistes ont introduit dans la physiologie. L'époque n'est pas éloignée, je l'espère, où l'on verra substituer à ces causes occultes et mystiques à l'aide desquelles on explique les phénomènes vitaux, l'exposition des lois physiques auxquelles ils sont dus. Rien, certainement, n'a plus nui aux progrès de la physiologie que cet isolement systématique où l'on a voulu mettre les phénomènes qui lui sont propres des autres phénomènes généraux de la nature. »

Enfin, le caractère de généralité des phénomènes de l'osmose dans la vie des êtres organisés, qui n'avait pas échappé à Dutrochet, n'a fait que s'affirmer davantage à mesure qu'on a mieux connu la variété des échanges organiques. Le transport à travers des membranes, n'est-ce pas l'essence même de ces échanges ? Chez les animaux les plus élevés en organisation, n'est-ce pas cette traversée de membranes qui est la condition de l'absorption, tant dans l'intestin que dans les alvéoles pulmonaires ? N'est-ce pas aussi la condition de la sortie hors du sang de tout ce qui pénètre dans le système lacunaire, c'est-à-dire dans le véritable milieu intérieur de l'organisme, et, ensuite, du passage des substances répandues dans ce milieu jusque dans les cellules ? N'est-ce pas de même à travers des membranes que doit, en sens inverse passer tout ce qui sort des cellules pour pénétrer dans le milieu intérieur, puis, de là, dans le sang et de là encore dans les émonctoires, dans les organes sécréteurs et dans l'air expiré ?

Dans toutes les parties de l'organisme, dans tous les actes nutritifs, la traversée de membranes par des gaz, des liquides, des corps dissous intervient donc pour maintenir la vie.

A ses développements magnifiques, on peut aujourd'hui mesurer la grandeur de la découverte de Dutrochet,

Ce n'est pourtant pas la seule, et une autre lui revient, moins connue généralement du public médical, et même des biologistes, mais non moins importante ni plus riche en conséquences.

On fait généralement honneur d'avoir découvert la structure cellulaire des tissus à l'histologiste liégeois Schwann, dont les travaux ont été publiés en 1839. Or, Dutrochet l'a beaucoup devancé. On s'est même demandé, avec un auteur américain, qui a écrit sur l'œuvre de Dutrochet un travail très documenté, Arnold Rice Rich, si Schwann ne s'est pas inspiré de Dutrochet, qu'il ne cite nulle part, non seulement pour faire ses recherches, mais aussi pour rédiger son ouvrage, tant son texte se rapproche parfois de celui de l'auteur français. Mais, c'est un débat qu'il ne m'appartient pas de poursuivre, et je dois me borner à constater l'importance des découvertes de Dutrochet dans cette partie de la science.

Bichat avait classé les tissus de l'organisme animal d'après leurs qualités physico-chimiques et il avait précisé leurs fonctions. Mais il n'avait pu pousser plus loin ses investigations. Faute de perfectionnements suffisants de l'examen microscopique, il n'avait pu pénétrer la structure intime de ces tissus. Pour les végétaux, de Mirbel professait qu'ils étaient formés d'une substance continue et homogène, creusée de lacunes que séparaient des cloisons perforées pour le passage de la sève.

Or, Dutrochet, imitant les procédés de Bichat pour l'étude des tissus animaux, soumit des fragments de végétaux à l'ébullition dans l'acide nitrique pour les désagréger, et il vit que chaque grain dissocié par cette opération consistait en une utricule ou cellule creuse sans ouverture, et que chaque organe des plantes était formé d'un assemblage de cellules semblables, adhérentes entre elles. Toujours fidèles à l'esprit de comparaison, il étudia ensuite les tissus animaux, d'abord sur les glandes de gastéropodes, et reconnut qu'elles étaient aussi constituées par des vésicules agglomérées. Ainsi, tous les tissus des êtres organisés étaient formés de cellules.

Il remarquait que les cellules des vertébrés étaient beaucoup plus petites que celles des animaux inférieurs, et par conséquent plus difficiles à voir, mais il n'hésitait pas à les assimiler à ces dernières. « Les cellules globuleuses des organes sécréteurs des mollusques et les corpuscules globuleux des organes sécréteurs des animaux vertébrés, écrivait-il, composent de même immédiatement le parenchyme de ces organes : leurs masses entourent de même les vaisseaux sanguins et les canaux excréteurs. Cette observation prouve que les corpuscules dont l'assemblage compose les organes parenchymateux des animaux vertébrés sont des cellules d'une excessive petitesse, et dans les parois desquelles on distinguerait des corpuscules plus petits, si le microscope pouvait faire pénétrer notre vue dans ces profondeurs de l'infiniment petit. »

Dutrochet, d'ailleurs, en tire maintes conséquences pleines d'intérêt.

C'est à la diversité de nature des cellules qu'il rapporte la diversité de leurs produits. « On ne peut concevoir, dit-il, qu'une si étonnante diversité de produits soit l'ouvrage d'un seul organe, de la cellule. Cet organe, étonnant par la comparaison que l'on peut faire de son extrême simplicité avec l'extrême diversité de sa nature intime, est véritablement la pièce fondamentale de l'organisation ; tout, en effet, dérive évidemment de la cellule dans le tissu organique des végétaux, et l'observation vient de nous prouver qu'il en est de même chez les animaux. »

Bien avant Schleiden, Dutrochet reconnut que l'accroissement des tissus résulte de l'augmentation du nombre et du volume des cellules.

Avant Schwann également, il montra que la plume des oiseaux, organe vivant au début, devient un organe inerte, mais en conservant sa structure cellulaire comme certaines

◆◆

parties des végétaux : « c'est une sorte de liège animal », écrit-il.

Avant Cohnheim aussi, Dutrochet observa le phénomène de la diapédèse. Dans la queue du têtard vivant, il décrivit, en effet, les globules sortis du torrent circulatoire, demeurant fixés dans le tissu transparent. Ce sont dit-il, des cellules vagabondes, expression dont le terme de *Wanderzellen*, employé beaucoup plus par les auteurs allemands pour désigner les leucocytes migrateurs, est une traduction littérale.

A Dutrochet revient encore le mérite d'avoir pressenti les sécrétions internes. « La cellule, dit-il, est l'organe sécréteur par excellence : elle sécrète, dans son intérieur, une substance qui, tantôt est destinée à être portée au dehors, par le moyen des canaux excréteurs, et qui, tantôt est destinée à rester dans l'intérieur de la cellule qui l'a sécrétée et à faire partie de l'économie vivante, où elle joue un rôle qui lui est propre. » Et, ailleurs, il précise : « On ne peut guère douter que les organes parenchymateux, tels que la rate, qui n'ont point de canal excréteur, n'opèrent également dans leurs cellules la sécrétion d'une substance qui est destinée soit à y demeurer stationnaire, soit à passer par transsudation dans les vaisseaux sanguins. »

Un tel ensemble de découvertes méritait bien à son auteur un peu plus que la simple notoriété qu'il trouva auprès de ses contemporains. La postérité ne lui a pas non plus, semble-t-il, accordé jusqu'à présent la célébrité dont il est digne. Mettre en lumière l'importance de ses travaux et les progrès qui en sont résultés dans la science, c'est donc faire un acte de justice.

Aujourd'hui Dutrochet nous apparaît comme l'un des fondateurs de la biologie. A l'exemple de Bichat il a cultivé l'anatomie générale et trouvé ce que Bichat n'avait pu découvrir avec une technique insuffisante. Comme son contemporain Magendie, Dutrochet, a contribué à débarrasser la science des mystères du vitalisme en ramenant à des phénomènes physico-chimiques certains actes physiologiques. Devançant Claude Bernard, il a fait ressortir la communauté des actes vitaux chez les animaux et chez les plantes ; il a su expérimenter et fixer le déterminisme de certaines conditions indispensables à la vie.

Les vertus de l'homme privé ne le cédaient point chez Dutrochet au génie du savant. Au milieu de son travail scientifique, il savait se souvenir de ses connaissances médicales pour les mettre au service des malheureux et, pendant une épidémie de choléra, en Touraine, il n'hésita pas à se rendre dans la ville voisine pour seconder les médecins qui ne suffisaient point à leur tâche.

Lorsque sa mère mourut, le 20 mars 1833, elle lui légua, en reconnaissance de ses soins affectueux et de sa tendre sollicitude, tout ce que la loi lui permettait de lui laisser. Mais Dutrochet, bien que ses ressources fussent trop modestes pour lui permettre d'habiter à Paris et de se mêler aussi intimement qu'il l'aurait désiré au mouvement scientifique de la capitale, ne voulut point garder pour lui seul cette part supplémentaire d'héritage et la donna à ses frères et sœurs.

Quelques mois plus tard, par l'amical intermédiaire de Geoffroy Saint-Hilaire, il se maria. La femme qu'il épousa lui apporta une large aisance. Il habita Paris et il put faire de son hôtel du Marais, situé rue de Braque, un lieu de réunion où se rencontraient de jeunes travailleurs dont il encourageait le zèle scientifique.

Les honneurs lui étaient venus sans qu'il les eût sollicités. Nommé dès le 1er mars 1819 correspondant de l'Académie des sciences dans la section d'anatomie et de zoologie, succédant à Lemonnier, il fut élu le 26 septembre 1831 membre titulaire dans la section d'économie rurale à la place de l'agriculteur Yvart et, par une rare exception, sans être astreint à la condition de résidence à Paris.

L'Académie de Médecine, peu après sa création, complétant ses cadres par une promotion de dix-neuf associés non résidents, l'élut le 23 octobre 1824, en même temps que Bretonneau, de Tours ; Cruveilhier, de Limoges ; Flaubert, de Rouen ; Lobstein, de Strasbourg.

Le 27 avril 1833, il avait reçu des mains mêmes du ministre de l'Instruction publique Guizot, la croix de la Légion d'honneur.

C'est en corrigeant des épreuves de ses publications le 4 février 1847, qu'il termina sa vie, qui, selon l'expression de Coste, n'avait été qu'une longue journée de travail.

Peut-être a-t-il manqué à Dutrochet une situation officielle, une chaire pour professer ses découvertes, des élèves pour répandre son nom et propager de son vivant son prestige. Mais le recul du temps, plus sûrement que le bruit des gloires éphémères, a consacré la grandeur de son œuvre.

Comme l'a dit très justement Coste dans la notice qu'il a lue sur lui à l'Institut le 5 mars 1866, « les inventeurs sont des voyants, un secret rayon les conduit là où tout est confusion et ténèbres pour leurs contemporains. Ce qu'ils annoncent, leurs yeux le distinguent, leurs mains le touchent, leur esprit en mesure la lointaine portée ; mais la lumière qui les éclaire ne brille pas encore pour ceux dont il faut conquérir l'assentiment ».

Dutrochet fut l'un de ces voyants. La lumière qui l'éclairait ne brillait pas encore pour ses contemporains. Elle nous illumine aujourd'hui, à la manière de ces rayons qui, des profondeurs des cieux ne nous parviennent d'astres lointains qu'après des années écoulées.

DERMATOLOGIE

Les glomus cutanés chez l'homme

Le 7 juillet 1935, à la séance de la *Réunion dermatologique de Strasbourg*, le Professeur MASSON a présenté un travail remarquable sur certains aspects des anastomoses artério-veineuses du derme de la peau humaine, anastomoses distinctes des types habituels, et qui furent décrites pour la première fois par Sucquet en 1852.

Ces anastomoses artério-veineuses constituent un ensemble histologique bien particulier, comportent une pathologie spéciale. On les appelle les glomus pour indiquer leur analogie avec les glomus — nom consacré par l'usage — coccygiens de Luschka.

Ces organites siègent avec une particulière fréquence en certains points précis de la surface cutanée. D'abord au niveau du *lit de l'ongle*, puis à la face palmaire des doigts, aux régions palmaire et plantaire ; en nombre décroissant à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité proximale.

La face dorsale de la main, du pied, des doigts, les bras, les jambes, le tronc en semblent dépourvus. Mais rien ne prouve qu'il n'en existe pas quelques-uns, très clairsemés, dans ces régions où des glomus pathologiques ont été observés.

* *

I. **Description d'ensemble.** — Si l'on suit une artériole du lit unguéal ou de la pulpe digitale, on constate que les dernières ramifications présentent très souvent une bifurcation dont chaque branche suit un chemin différent :

l'une d'elles s'épanouit en capillaires,

l'autre, sans s'être divisée ou après s'être divisée en 2, 4 ou 6 branches, présente un trajet tortueux et débouche directement dans une veine. Si cette anastomose est multifide, l'abouchement peut se faire dans la même veine ou dans des veines différentes.

BIBLIOGRAPHIE

Metternich, (1773-1859), Traduction de Jacques Chiffet-Astier. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 9 gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour la première fois paraît une biographie complète du grand ennemi de Napoléon, *Metternich*, d'après les archives secrètes de la Maison d'Autriche.

« Metternich, l'antagoniste du grand Corse, dit le professeur Bibl dans son avant-propos, ne peut manquer d'éveiller l'intérêt. Je me suis parfaitement rendu compte combien il était difficile d'écrire sa vie : l'habile élève de Talleyrand, qui disait que Dieu a donné la langue à l'homme pour déguiser sa pensée, était un maître reconnu de la mystification. C'est pourquoi il m'est permis d'espérer, de désirer que la description entreprise dans ce livre, du chancelier d'Etat autrichien, correspond vraiment à la vérité historique. Ce que je puis dire, c'est que je me suis efforcé, honnêtement, de m'en rapprocher le plus possible. Pendant plus de trente ans, j'ai recherché des matériaux et j'ai eu la satisfaction d'en découvrir d'ignorés jusqu'ici. Je décris donc Metternich tel que ses contemporains l'ont vu, et je me suis abstenu de toutes considérations personnelles. Je n'ai dissimulé ni ce qui parle en sa faveur ni ce qui parle contre lui. »

Le professeur Bilb est réputé à Vienne pour son indépendance de jugement ; son *Napoléon II*, qu'il a publié dans la *Bibliothèque Historique* et qui a renouvelé le sujet même pour le public français, a montré qu'il savait se libérer des opinions toutes faites et sortir des sentiers battus. Le *Metternich* qu'il nous montre aujourd'hui est aussi très différent du Metternich de la légende ; l'esprit libéral qu'est le professeur V. Bibl ne craint pas de pousser à fond la critique du chancelier réactionnaire, du diplomate qui fut, à des heures cruciales, l'arbitre de l'Europe. Voici ses conclusions : « Metternich n'a pas, comme il le croyait et comme d'autres l'ont cru, incarné le principe qui maintient, il a, partout, miné l'autorité de l'Etat, il a semé la méfiance, la discorde entre les princes et le peuple, entre les princes et les ministres et, en Autriche, il a porté, lui-même, la hache sur la constitution de l Etat. Il s'est fait fêter, et on l'a fêté, comme le gardien de la tranquillité de l'Europe alors qu'il a, partout, été un fauteur de troubles : la paix armée qui suivit 1815 n'a pas moins nui aux travaux de reconstruction de l'Europe qu'une guerre. Mais, surtout, l'heure vint où les forces et les problèmes artificiellement refoulés ravagèrent l'Europe ; ceci aussi fut son œuvre.

« L'adversaire qu'il appelait le principe destructeur occupe une tout autre place dans l'histoire. Napoléon a créé des valeurs positives non seulement pour la France mais pour le monde entier. Il a, ainsi que le fait observer Oswald Spengler, marqué de son sceau l'histoire des prochains siècles, il « nous domine intérieurement, nous, nos Etats, nos armées, notre opinion publique, toute notre existence politique. » Lui non plus n'a pas été exempt de faiblesses humaines et il a commis de lourdes erreurs politiques ; cependant, il sera toujours dans la mémoire des hommes le génie lumineux, l'homme audacieux de l'action. Ses armes étaient l'aigle déployant ses ailes puissantes pour s'élever dans l'éther, le symbole du chancelier autrichien était l'araignée qui guette sa victime. »

Gustave-Adolphe. (*Le Lion du Nord*, 1594-1632), par le général George Mac Munn. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec une carte, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Parmi les grand hommes de guerre du XVIIe siècle, Gustave-Adolphe, roi de Suède, se détache en haut relief. Il ne fut pas seulement un chef victorieux, et comme organisateur et administrateur de ses armées s'apparente à Turenne, à Frédéric le Grand et à Napoléon Ier. De plus, il eut l'honneur d'être le défenseur de la Réforme contre la puissance romaine incarnée dans la Maison d'Autriche. Il ne fut pas seulement le « Lion du Nord », mais aussi le « Rempart de la religion protestante ». C'est à ces deux titres de gloire que s'est attaché le général Mac Munn en écrivant l'histoire de Gustave-Adolphe. Il y a apporté sa science consommée de la tactique et de la stratégie et aussi le talent d'historien qui ajoute à la précision la couleur et la vie. Grâce à lui, Gustave-Adolphe et ses célèbres adversaires Wallenstein et Tilly, que nous ne connaissions que par les arides abrégés de la guerre de Trente ans telle qu'on l'enseignait dans les collèges, nous apparaissent maintenant en pleine lumière.

Autour de celui qu'il considère comme le créateur des armées modernes, le général George Mac Munn évoque toute l'Europe, effroyablement pouleversée, du premier tiers du XVIIe siècle.

Des Œufs en abondance à la ferme, chez l'amateur, par R. Girardeau. Un volume 12 × 19 de 226 pages, 49 gravures, broché : 13 francs Librairie agricole et horticole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Comme l'auteur l'indique, dans l'introduction, ce livre s'adresse aux fermiers, aux amateurs, aux petits professionnels de l'aviculture qui désirent produire économiquement et pratiquement l'œuf de consommation.

Il tient compte des moyens dont ils peuvent disposer, du temps qu'ils peuvent consacrer à l'élevage, des petits capitaux qu'ils peuvent engager.

Comme il est dit d'autre part, dans la préface écrite par l'auteur de *Poules qui pondent, Poules qui payent*, en un style clair, M. Girardeau ésume les leçons de son expérience personnelle et le résultat d'enquêtes auxquelles il ne cesse de se livrer.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS-4

Le vaisseau artériel anastomotique et ses ramifications sont compris, jusqu'à la veine exclusivement, dans une masse d'allure conjonctive qu'entoure un tissu plus lâche qui le sépare du derme fibreux courant. L'ensemble constitue le glomus.

Celui-ci apparaît donc comme une masse globuleuse de 60 à 200 grammes et est entouré de vaisseaux nettement différenciés et de nerfs myélinisés.

* * *

II. **Description histologique**. — Masson décrit après ce préambule les glomus digitaux.

L'artère afférente, en pénétrant dans le glomus, devient le *vaisseau glomique* qui est tortueux, plusieurs fois contourné et va présenter deux segments :

un segment artériel où sa paroi est épaisse et sa lumière étroite, du fait des nombreuses couches cellulaires qui le constituent ; ce segment est entouré d'un manchon de fibres nerveux sans myéline ;

un segment veineux, plus court, où sa cavité s'élargit brusquement par amincissement considérable de sa paroi.

A la sortie du glomus, le vaisseau glomique devient veine efférente et se jette dans une veine périglomique.

L'étude détaillée de ces diverses parties, par coupes épaisses et par coupes minces, va montrer que le segment artériel présente des variantes accentuées, alors que le reste de l'organite conserve des aspects à peu près constants. Schématiquement, en effet, Masson distingue les glomus à paroi vasculaire compacte, contractée ou distendue au moment de la fixation, et les glomus à paroi lâche.

A) *Glomus à paroi compacte et contractée.* Dans ces organites, le point de jonction entre l'artère afférente et le segment artériel est marqué : par la brusque disparition de la limitante élastique interne, et par le trajet contourné que le vaisseau dessine dans le glomus. En réalité, l'épaisseur de la média et les caractères du manchon nerveux qui l'entoure, sont les points principaux sur lesquels se porte l'intérêt histo-physiologique de cette étude.

La *média* recouvre un endothélium cubique ; elle est épaisse, formée de 4 à 5 couches de cellules à noyaux arrondis très colorés. Ces cellules n'ont aucune morphologie particulière, mais elles sont *anastomosées entre elles*, dans toutes les directions, par des prolongements protoplasmiques et par des myofibrilles qui passent d'un corps nucléé à l'autre.

Cette couche, contractile, est donc, non un assemblage de cellules, mais un *réseau syncitial contractile à trois dimensions*, parcouru de myofibrilles inégalement distribuées, ce qui n'est pas sans analogies avec le réseau musculaire du myocarde.

Cette paroi pseudo-musculaire cesse brusquement en un point déterminé qui devient le segment veineux du vaisseau glomique.

Le manchon nerveux n'entoure que le segment artériel, cessant brusquement au niveau du segment veineux. Il est lâche, formé de fibres sans myéline, anastomosées, de 1 mm. de diamètre. Ce manchon se continue avec le réseau périartériel dermique ; d'innombrables prolongements pénètrent intimement le syncitum myocellulaire mais l'étude histologique de ces terminaisons est incomplète car les imprégnations n'ont pas réussi encore à les mettre en évidence.

Des fibres conjonctives et élastiques dessinent une trame de plus en plus serrée à mesure qu'on s'éloigne du vaisseau glomique. Elles forment la plus grande partie de la paroi du segment veineux.

Si la paroi des vaisseaux glomiques est distendue, les mêmes caractères se retrouvent. La paroi du segment artériel a perdu la moitié de son épaisseur.

Enfin les glomus à vaisseaux multifides ne présentent pas de particularités histologiques nouvelles.

B) *Glomus à paroi lâche.* Les glomus décrits précédemment sont essentiellement des organites pulpaires. Les glomus à paroi lâche sont surtout ceux du lit de l'ongle.

Ici la *partie contractile* du segment artériel ne s'étend pas tout au long de ce segment, mais seulement à sa partie initiale, formant ainsi une sorte de sphincter. Au delà, la paroi est lâche, les éléments anastomotiques étant séparés les uns des autres.

Le *manchon nerveux* est d'une extraordinaire richesse. Il est deux ou trois fois plus épais que la paroi contractile.

C) *Glomus coccygien de Luschka.*

Identiques dans leur ensemble aux glomus précédemment décrits, ces organites se rencontrent en avant, sur les bords, à l'extrémité et même en arrière de la dernière pièce coccygienne. Ils sont donc à l'extrémité des branches de la sacrée moyenne.

Souvent lobulés ces glomus possèdent un manchon nerveux très épais, comparable à celui des glomus sous-unguéaux.

* * *

III. **Tumeurs glomiques ou angio-myo-neuromes artériels de Masson**. — Elles sont relativement rares, apparaissent à tout âge, un peu plus souvent chez les femmes. Leurs dimensions sont minimes et oscillent en 3 et 15 millimètres. Un symptôme subjectif domine leur histoire clinique : la *douleur* : douleur par crises paroxystiques séparées de rémissions, douleurs déclenchées par le froid, les traumatismes ou spontanées, douleurs intermittentes non rythmées par les battements cardiaques.

Ces douleurs sont chez certains réellement insupportables et quelques-uns songent au suicide.

Ces tumeurs sont bénignes et leur extirpation chirurgicale amène une guérison rapide sans récidives.

Histologiquement : ces tumeurs sont entourées d'une capsule qui lobule parfois la masse. Les artères et les nerfs la pénètrent souvent en des points différents. Les vaisseaux glomiques pathologiques adoptent, en l'exagérant, la disposition ramifiée des vaisseaux glomiques coccygiens.

Les cellules de la média sont extrêmement développées puisqu'elles forment le substratum même de la masse tumorale. Elles ne permettent pas de délimiter avec précision le début du segment veineux. Le manchon nerveux est très riche.

L'élément intéressant est que les tumeurs digitales reproduisent le glomus coccygien normal ce qui établit, *a posteriori*, une filiation univoque.

Certains caractères cependant appartiennent en propre aux tumeurs ;

il est des formes *pauci vasculaires* et *pauci nerveuses* où abondent les cordons aveugles de cellules épithélioïdes ;

il est des formes *angiomateuses* très riches en cavités vasculaires ;

il est des formes *névromateuses* enfin où se voient d'énormes faisceaux nerveux myélinisés, amyéliniques ou mixtes ;

et toutes ces formes peuvent être modifiées dans leur aspect général par *l'œdème* et la *dégénérescence hyaline*.

* * *

IV. **Physiologie du glomus**. — Ici Masson aborde le chapitre le plus délicat, car c'est un chapitre d'hypothèses et l'interprétation du rôle de ces organites est difficile. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les conclusions mêmes de l'auteur qui base des présomptions sur des arguments histologiques, expérimentaux et pathologiques.

1) « En somme, de par son siège et sa constitution, le glomus « dermique évoque avant tout l'idée d'une sorte de manomètre « et de régulateur, capable de contrôler et de régler la circu« lation artérielle et capillaire et, par elles, non seulement « la température, mais une pression interstitielle favorable « aux fonctions des terminaisons tactiles.

« En résumé, les recherches morphologiques sur les anasto« moses glomiques ont conduit aux hypothèses physiologiques « suivantes : les anastomoses sont des vaisseaux spéciaux, « ni artères, ni veines, ou plutôt, successivement, artères « modifiées, puis veines (les histologistes), capables de dériver

« le sang artériel dans les veines ou de le laisser tout entier « aux capillaires, selon qu'elles sont relâchées ou contractées « (Sucquet). Leur contraction est occlusive, déterminée par « des cellules musculaires spéciales (tous les histologistes). « Elle est indépendante de celle des artères (Vastarini-Cresi) « et réglée avant tout par un réseau nerveux, à la fois sensitif « et moteur (Masson). Par leur jeu de contractions et de relâ- « chements alternés, les anastomoses règlent la température « locale et générale (Hoyer, Grosser), la pression sanguine « générale (Grosser) et locale (Schumacher). Leur siège exclu- sif dans les régions où la fonction tactile est hautement « développée fait penser qu'elles jouent un rôle important dans « cette fonction en réglant, avec la circulation, la pression « interstitielle et, peut-être, la tempréature favorables au jeu « des terminaisons sensitives (Masson).

2) « En résumé, l'expérimentation physiologique a vérifié « les alternatives (Grant) de contraction occlusive et de relâ- « chement des anastomoses : elle a découvert leur brusquerie « (Clark et Clark) et leur allure rythmique. Elle a vérifié leur « manque de synchronisme avec les contractions et relâche- « ments des artères et par conséquent leur indépendance. Elle « a vérifié leur grand rôle dans le débit sanguin soit dans les « réseaux capillaires, soit dans les veines, selon qu'elles sont « contractées ou béantes. Leur rôle dans la régulation thermi- « que locale est vraisemblable et semble net surtout pour « les températures extrêmes (Grant et Bland). L'étude expé- « rimentale de leur rôle sur les pressions sanguines locale et « générale, sur la pression interstitielle et sur les fonctions « sensorielles est entièrement à faire.

« Le moins que l'on puisse dire, c'est que les déductions phy- « siologiques des morphologistes ont reçu de l'expérimentation « un bon nombre de confirmations remarquables et l'on peut « penser que d'autres suivront. L'observation directe a permis « une acquisition importante : celle du rythme des contrac- « tions et relâchements glomiques et de leur brusquerie. « Les glomus se comportent ainsi comme de minuscules cœurs « périphériques.

3) Mais il est des inconnues, qui serviront de sujets de travail au chercheur. Masson les indique avec sa lumineuse clarté dans les dernières lignes de son très bel article et nous les reproduirons également.

« Si leur rôle comme régulateurs de la circulation des extré- « mités paraît hors de doute, leur action dans la régulation de « la température locale et générale n'est que probable. On peut « en dire autant de leurs relations avec la fonction tactile. Sur « ces derniers points, nous ne sommes arrivés qu'à des pré- « somptions. Celles-ci ne peuvent être retenues qu'à titre « d'hypothèses de travail.

« Sans la structure et les propriétés de leur segment artériel, « les anastomoses glomiques ne seraient que des anastomoses « artério-veineuses banales. Le segment artériel lui-même « doit ses mouvements au manchon nerveux qui l'enveloppe « et de ce manchon, nous savons bien peu de chose : sa situa- « tion, sa richesse, sa complexité.

« Nous savons que des fibres myélinisées et sympathiques « contribuent à le former, mais ces fibres, nous ignorons d'où « elles viennent, où et comment elles se terminent dans le « glomus, comment et où elles s'articulent pour conduire les « réflexes qui commandent les mouvements glomiques.

« A mon avis, la solution des problèmes physiologiques posés « par les glomus cutanés dépend avant tout de la connais- « sance précise de leur système nerveux. Cette connaissance « exigera des recherches anatomiques, expérimentales et cli- « niques, persévérantes et associées.

« En somme, le problème des glomus est avant tout un pro- « blème neurologique. »

Gilbert VIAL.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Pratique médicale

Les cautères ne sont plus guère en usage et c'est un tort. Il y a trente ans à Paris, les Professeurs Dieulafoy et Raymond appliquaient encore des cautères et le Professeur Ballet cherchait un interne à qui il pût donner ce sujet de thèse. C'est lorsqu'on commença à appliquer la méthode antiseptique que cette médication tomba en désuétude. On craignait des complications infectieuses.

Dans la *mélancolie*, le remède semble avoir des effets certains, surtout quand le trouble mental reconnaît une altération des vaisseaux cérébraux.

Le *ramollissement cérébral*, quand il n'est pas d'origine syphilitique, représente l'indication de choix. Nous n'avons rien contre cette maladie, en dehors des préceptes courants d'hygiène. Que faire contre la déficience progressive des lacunaires? L'application d'un cautère bien souvent, recule l'apparition des ictus et maintient le sujet sur un palier stationnaire.

Dans certaines formes d'*angine de poitrine* le remède arrête les crises. Le succès semble surtout appartenir à ces formes mixtes, où un élément organique nerveux apporte ses résonances à un élément organique.

La technique de l'application est simple. La pâte est préparée extemporanément: de la poudre de Vienne sèche est délayée dans une soucoupe avec de l'alcool à 90° jusqu'à production d'une pâte semi-molle.

Sur le bras gauche, au dessous du deltoïde, on a plaqué un carré de diachylon au centre duquel a été ménagée une ouverture de la dimension d'une pièce de deux francs. La pâte, à l'aide de la pointe d'un couteau est collée sur l'ouverture. Elle est laissée en place de quinze à vingt minutes. Après quoi, on l'enlève, on lave, on détache le diachylon.

Une eschare brune recouvre la place de l'application. On la fera tomber, moyennant le ramollissement obtenu par des compresses humides et chaudes, protégées de taffetas gommé. Ces compresses seront renouvelées trois fois par jour. Il convient que l'humidité leur soit conservée. Le dessèchement risquerait de faire échouer la tentative. Au bout de quinze à vingt jours, l'eschare se détache. Quelques coups de ciseaux séparent les parties mortifiées qui tiennent encore. Et après lavage à l'eau tiède, un pansement matin et soir est fait avec de la pommade épispastique et un carré de gaz sèche.

La suppuration s'établit. Elle devra être entretenue pendant six mois. Parfois un érythème envahit la peau saine. Une pâte isolante la garantira contre l'irritation de la pommade.

Si la plaie tend à guérir avant l'heure on pourra installer un nouveau cautère au-dessous du premier.

(Ch. Fiessinger. — Les cautères. *Journal des Praticiens*, 20 juillet 1935.)

Médecine

Le tabes hérédo syphilitique apparaît généralement dans l'enfance, beaucoup plus rarement à l'âge adulte. Dans l'ensemble sa symptomatologie et son évolution sont assez dissemblables selon le moment de son apparition.

Le tabes hérédo syphilitique apparaissant dans l'enfance offre généralement une riche symptomatologie, comportant des phénomènes douloureux, l'abolition des réflexes tendineux, le signe d'Argyll-Robertson, des troubles trophiques. Il a souvent comme première manifestation clinique une incontinence nocturne des urines, ou des troubles oculaires, en particulier l'atrophie optique. Par contre, la grande ataxie y est exceptionnelle. Les réactions humorales sont généralement positives, et, en particulier, le liquide céphalo rachidien est presque toujours altéré. Il n'est pas rare de voir s'associer au tabes des signes de méningo-encéphalite diffuse ; et c'est souvent vers cette dernière affection qu'évolue, au début de l'âge adulte, le tabes hérédo-syphilitique de l'enfant.

Lorsque au contraire le tabes hérédo-syphilitique apparaît (ou se révèle) à l'âge adulte, ses caractères cliniques sont un peu différents. Dans la grande majorité des cas il s'agit de tabes frustes, oligo-symptomatiques. Le tableau clinique se réduit le plus souvent à trois ordres de symptômes : des phé

nomènes douloureux, des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux. Les réactions biologiques sont ordinairement négatives. Dans la majorité des cas le liquide céphalo-rachidien est normal. Enfin les grandes dystrophies hérédo-syphilitiques ne sont jamais observées. Des cicatrices d'ophtalmies de l'enfance, des lésions de chorio-rétinite sont les seules manifestations rencontrées. Le plus souvent l'hérédo-syphilis n'est démontrée que par les antécédents héréditaires et collatéraux.

Cette opposition entre le tabes hérédo-syphilitique de l'enfance et celui qui apparaît à l'âge adulte n'a cependant que la valeur d'un schéma.

Le fait suivant en est un exemple :

Il s'agit d'un tabes grave chez une jeune fille de 26 ans caractérisé par des douleurs fulgurantes, une abolition de la plupart des réflexes tendineux, une inégalité pupillaire avec abolition de la réaction photomotrice, une paralysie du moteur oculaire commun, des troubles sphinctériens et des signes discrets d'ataxie.

Le diagnostic de l'affection a été porté à l'âge de vingt-six ans ; mais ses premières manifestations cliniques caractéristiques (douleurs fulgurantes) étaient apparues à l'âge de dix-neuf ans.

La malade, qui est vierge, nie toute syphilis acquise. Par contre, l'étiologie hérédo syphilitique est amplement démontrée par l'existence d'une syphilis chez la mère et d'accidents hérédo-syphilitiques chez le frère. Il est à noter d'ailleurs que le strabisme de la malade, remarqué dès l'âge de quatre ans, traduisit de façon très précoce l'atteinte du système nerveux.

Le caractère très évolutif du tabes est affirmé par l'état subfébrile et par la grande intensité des réactions biologiques. Une lymphocytose aussi élevée (117 éléments par millimètre cube) et une réaction colloïdale aussi intense sont assez peu communes au cours des tabes les plus évolutifs de la syphilis acquise. Elles indiquent une malignité vraiment très exceptionnelle dans le tabes hérédo syphilitique de l'âge adulte.

Cette malignité s'avère encore par la lenteur avec laquelle a pu être obtenue la négativation des réactions méningées, malgré l'intensité du traitement initial et la régularité du traitement ultérieur, poursuivi pendant cinq années.

Au cours du tabes de la syphilis acquise on voit habituellement le liquide céphalo-rachidien redevenir beaucoup plus vite normal.

Cette observation montre que, contrairement à la règle, le tabes hérédo syphilitique de l'adulte peut être grave, très évolutif, et nécessiter la mise en œuvre d'un traitement très actif, tout comme s'il s'agissait d'une syphilis acquise et récente.

(Jacques Decourt et Maurice Coste. — Sur un cas de tabes hérédo-syphilitique très évolutif observé chez un adulte. *Paris Médical*, 5 octobre 1935.)

Syndrome abdominal douloureux et hémorragie méningée chez une hémogénique. — Une fillette de treize ans et demi, prépubère, atteinte d'*hémogénie familiale*, présentant depuis trois semaines des hémorragies nasales répétées, est amenée à l'hôpital en état de choc. Elle présente, à ce moment, un syndrome abdominal aigu douloureux, dont la cause reste obscure pendant quelques heures, jusqu'au moment où l'apparition d'un état méningé, témoin d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, permet de rapporter, sans discussion, à l'hémogénie l'ensemble des accidents.

Huit mois après ces accidents dramatiques, apparition pour la première fois des règles, qui dans la suite ont été très régulières et durent quatre à cinq jours. Quelques épistaxis peu abondantes s'arrêtant spontanément.

Les accidents « pseudo péritonéaux » du purpura sont bien connus. Un syndrome abdominal aigu, capable de simuler l'appendicite ou l'occlusion intestinale, peut précéder l'apparition du purpura, exister même sans purpura ou ecchymose. Chez cette malade, il n'existait aucune trace de purpura, aucune ecchymose spontanée.

L'absence de melæna ne permet pas de croire à l'existence d'une infiltration hémorragique de la paroi de l'intestin. On peut penser que le syndrome abdominal a été déterminé par une éruption purpurique localisée sur le péritoine intestinal ou pariétal.

Ces deux localisations abdominale et méningée sont-elles indépendantes ou subordonnées l'une à l'autre.

Il convient de remarquer d'abord que les accidents péritonéaux sont survenus les premiers et que les accidents méningés ne sont apparus, cliniquement du moins, que douze heures après. Entre temps, l'interne de garde, frappé par la pâleur de l'enfant, croyant à une anémie aiguë post-hémorragique, avait pratiqué d'urgence une transfusion de 100 grammes. Or, quelques heures après la transfusion, l'enfant frissonnait et la température montait à 39°. Cette réaction ne saurait étonner ceux qui connaissent l'instabilité sanguine et la tendance colloïdoclasique des hémogéniques. Dans ces conditions, ne peut-on penser à un phénomène hémotrypsique, dont la transfusion aurait été la cause, pour expliquer la seconde poussée hémogénique au niveau des méninges ?

Ne pourrait-on pas, dans ce même ordre d'idées, invoquer deux phénomènes hémotrypsiques se succédant à quelques heures d'intervalle : les hémorragies nasales répétées jouant le rôle de cause déclenchante pour la « poussée » péritonéale, et la transfusion sanguine, inopportune, représentant la cause de la « poussée » méningée.

(P. Harvier et J. Antonelli. Syndrome abdominal douloureux et hémorragie méningée chez une hémogénique. *Paris Médical*, 21 septembre 1935.).

Tuberculose

La symptomatologie clinique de la tuberculose abortive se résume à trois éléments fondamentaux :

L'histoire clinique, dans laquelle *l'hémoptysie* tient le plus souvent une place de premier plan.

« C'est un symptôme très habituel des formes abortives, et nous avons pris l'habitude de penser systématiquement à ces formes en présence de toute hémoptysie isolée ou monosymptomatique. »

Le nodule calcifié radiologique. — Leur forme est le plus souvent irrégulièrement arrondie, parfois oblongue ou étoilée. Leur volume varie d'un grain de plomb aux dimensions d'un noyau de prune. Il n'est pas rare de trouver côte à côte des éléments de dimensions très différentes. Leur nombre est très variable. Il n'existe parfois qu'un nodule unique. Leur siège est des plus variables. La localisation apicale est cependant la plus fréquente.

La bacilloscopie négative. — Dans la tuberculose abortive, la recherche du bacille de Koch est négative par définition. On ne saurait retenir comme caractéristique de la tuberculose abortive, les cas exceptionnels dans lesquels existe une expectoration bacillifère intermittente révélée à l'examen direct.

« Pour nous porter le diagnostic de tuberculose abortive, c'est considérer pratiquement le sujet comme non tuberculeux : c'est s'abstenir de toute thérapeutique ; c'est écarter pour lui toute idée de traitement sanatorial ou collapsothérapique, ou aurique. On conçoit qu'une telle décision, par les conséquences de toute sorte qu'elle comporte, matérielles et sociales en particulier, mérite d'être prise en considération. »

(Docteur P. Sifflet (d'Auxerre). Toutes les manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire ne commandent pas la mise en œuvre systématique d'un traitement. Intérêt pratique des formes abortives de la maladie. *Le Bulletin Médical*, 8 juin 1935.)

Pédiatrie

La migraine se rencontre peut-être encore plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Les symptômes de cette affection sont bien connus ; mais un fait particulier à l'enfance, et moins connu, induit aisément en erreur : c'est l'acuité possible de phénomènes abdominaux.

Une douleur abdominale peut être au premier plan et dominer le tableau clinique. Son siège habituel est le creux épigastrique. Le plus souvent elle est diffuse, dans tout l'abdomen, et mal limitée.

Généralement profonde, tantôt sourde et continue, parfois à type paroxystique intense, revêtant alors l'aspect de coliques intestinales, elle peut être augmentée ou réveillée par la palpation. Elle persiste un ou deux jours, puis est suivie d'un endolorissement.

Si cette douleur abdominale accompagne généralement les vomissements, elle n'est pas en rapport, ni avec leur fréquence, ni avec leur intensité. Lorsqu'elle se présente comme une manifestation presque *isolée* chez le migraineux, il est difficile de la rattacher à sa véritable cause, si l'on n'a pas la notion de l'histoire de la maladie. Mais elle n'est qu'exceptionnellement la première en date et il est rare qu'elle n'ait été précédée par des crises typiques de migraine. La difficulté reste grande cependant, lorsque les crises sont si espacées qu'elles sont plus ou moins oubliées.

La fièvre est exceptionnelle et sa présence doit faire éliminer de façon presque absolue — le diagnostic de migraine.

L'équivalent abdominal de la migraine, revêtant souvent l'aspect d'une affection chirurgicale grave, il faut savoir le démasquer ; on empêchera ainsi une intervention chirurgicale qui serait inopportune.

(R. Debré et Robert Broca. La migraine chez l'enfant et son équivalent abdominal. *Le Bulletin Médical*, 6 juillet 1935.)

L'emploi, dans la première enfance, des régimes sans lait, a tendu depuis quelques années à se généraliser, et on les a appliqués, à tort et à travers, dans une foule d'états où ils n'étaient nullement indiqués : tétanie, rachitisme, gastro-névrose émétisante, dyspepsies graves avec état toxique (= diarrhée cholériforme ?), maladie cœliaque, anémies diverses, etc... On ne saurait trop insister sur le caractère abusif d'une telle extension. Les régimes sans lait, de préparation longue et délicate, de tolérance aléatoire et non dénués d'inconvénients, ne peuvent et ne doivent être considérés que comme des régimes d'exception, à n'instituer que lorsque la preuve est faite que l'enfant ne peut être nourri autrement.

Au contraire, à titre complémentaire, ils constituent un appoint alimentaire précieux dans la diététique de l'eczéma et chez certains nourrissons hypotrophiques atteints de dyspepsie du lait de vache ou de maladie de farines. Comme tels, ils peuvent être appliqués, avec prudence avant le sixième mois, plus hardiment pendant le deuxième semestre de la vie, à condition de conserver dans l'alimentation un minimum de lait dont la présence paraît indispensable à la croissance.

(P. Baize. Technique et indications de quelques régimes sans lait et régimes complexes dans la première enfance. *Le Bulletin Médical*, 27 juillet 1935.)

Intoxications

Un nouvel antidote de l'intoxication mercurielle aiguë, le formaldehyde sulfoxylate de soude ou methylene sulfoxylate, a été proposé par Sandford M. Rosenthal. Ce corps est un puissant agent réducteur, couramment employé dans l'industrie. Il a la propriété de neutraliser le mercure non seulement dans le tube digestif mais dans le sang circulant. C'est un corps très diffusible, de toxicité très faible.

La méthode doit être employée ainsi qu'il suit :

a) Aussitôt que possible après l'ingestion du toxique, pratiquer un lavage d'estomac avec une solution de sulfoxylate à 5 p. 100 (on trouve souvent des traces de précipité mercuriel dans l'eau de lavage) et laisser dans l'estomac 200 à 300 centimètres cubes de cette solution.

S'il est trop tard pour pratiquer un lavage gastrique, on pourra toujours faire ingérer au malade 10 grammes de sulfoxylate dans du jus d'orange. En cas de vomissements incessants, une injection de morphine peut être utile.

b) Aussitôt après, pratiquer une injection intraveineuse de 10 grammes de sulfoxylate dissous dans 100 à 200 centimètres cubes d'eau distillée. Cette injection doit être poussée *avec lenteur*, en vingt à trente minutes. Dans les cas graves, on renouvellera cette injection à la dose de 5 à 10 grammes, quatre à cinq heures après. Il est possible de vérifier, à ce moment, *in vitro*, la réaction du sérum. Si son pouvoir réducteur est faible, le renouvellement de l'injection s'impose.

c) En cas de manifestations intestinales, ou si l'on juge qu'une trop petite quantité de sulfoxylate est restée dans l'estomac, on peut recourir aux irrigations rectales, une à deux fois par jour, avec une solution de sulfoxylate à 1 p. 1.000.

Rosenthal a appliqué sa méthode à dix cas d'empoisonnement mercuriel chez l'homme. Le traitement fut institué entre une demi heure et sept heures après l'absorption du mercure. Or, les dix malades guérirent complètement. Chez la moitié d'entre eux, on observa, dans les jours suivants, quelques selles sanglantes et des traces d'albumine, mais aucun ne fut atteint de néphrite mercurielle et, chez tous, l'azotémie se maintient à des chiffres normaux.

C'est pendant les premières heures que l'emploi de cet antidote peut être utile. Il est trop tard pour y recourir lorsque la cellule rénale est touchée.

(Leçon de M. le Prof. P. Harvier. Sur quelques nouveaux antidotes. *Paris Médical*, 8 juin 1935.)

Gynécologie

On doit, chez la femme, penser à l'origine ovarienne de la stérilité par troubles de l'ovulation, lorsque les autres causes de stérilité ont été successivement éliminées (mari, utérus, trompe). — Cette lésion ovarienne entraînant absence ou trouble grave de l'ovulation, se traduit fréquemment par un gonflement anormalement marqué et anormalement douloureux de l'ovaire dans la période prémenstruelle.

Les taux anormalement élevés de folliculine trouvés d'une façon constante dans l'urine, traduisent presque toujours une lésion grave de l'ovaire avec suppression de l'ovulation. En effet, la folliculine étant une substance congestionnante, son action permanente à dose excessive sur l'ovaire aboutit fatalement à une sclérose défensive de l'organisme, qui rendra l'éclatement des follicules impossible et aboutira à leur dégénérescence kystique.

Chez une femme stérile depuis de longues années, il ne semble pas excessif, après avoir essayé sans résultat les thérapeutiques habituelles, d'envisager une laparotomie exploratrice.

Celle-ci a un triple avantages :

— Elle permet de juger exactement la gravité de l'atteinte ovarienne.

— Elle permet de vérifier la connexion trompe-ovaire, et le cas échéant, de la rétablir.

— Elle permet de pratiquer s'il y a lieu une thérapeutique chirurgicale sur l'ovaire :

Hersage de l'épithélium ovarien de recouvrement lorsque la sclérose empêchent l'éclatement des ovisacs sous jacents.

Opération sur le sympathique soit pelvien, soit ovarien, qui peut, dans certains cas, par une meilleure vascularisation de l'ovaire, permettre à la fonction d'ovulation de se rétablir.

Faire une laparotomie exploratrice dans un cas de stérilité ovarienne persistante semble aussi indiqué, et en tout cas souvent plus utile que d'intervenir chirurgicalement pour tenter de remédier à une oblitération tubaire bilatérale pratiquement incurable.

(Jean Seguy. La stérilité d'origine ovarienne. *Le Bulletin Médical*, 26 octobre 1935.)

Vénéréologie

Il existe des chancres mous qui ne se cicatrisent pas complètement, mais dont les bacilles ont disparu. — M. Clément Simon leur donne le nom de *chancres mous déshabités*. On voit certaines malades atteintes de multiples chancres mous disséminés sur la vulve, le périnée et l'anus, guérir de la presque totalité de leurs chancres, dans un temps normal, alors qu'à l'anus les ulcérations persistent pendant des mois. Les examens les plus minutieux ne permettent plus d'y trouver le bacille de Ducrey. C'est probablement dans les conditions locales qu'il faut chercher l'explication de cette résistance au traitement.

Ces malades ne sont pas guéries au sens absolu du mot, mais elles ne sont plus contagieuses, les inoculations tentées étant négatives.

Cette notion du chancre mou déshabité a son importance au point de vue social.

Un tel diagnostic permet de ne pas garder, malgré elles, à l'hôpital, des femmes qui ne sont plus contagieuses. Il s'agit d'un diagnostic qu'il est impossible, ou du moins extrêmement difficile à faire par les seuls secours de la clinique. Quelque expérience qu'on en ait, rien ne peut ni ne doit remplacer l'épreuve de l'auto-inoculation faite dans les meilleures conditions de réussite, c'est-à-dire non seulement par le procédé des scarifications, mais par celui de l'intradermo-inoculation préconisé par Ravaut.

Si les résultats sont négatifs, on peut signer l'*exeat*.

(Clément Simon. Le chancre mou déshabité. *Le Bulletin Médical*, 19 octobre 1935.)

Varia

On commettrait de graves erreurs si l'on considérait comme syphilitiques *tous* les enfants porteurs d'une grosse rate. Nous avons vu trop d'enfants qui, sur la simple constatation d'une splénomégalie qu'on ne retrouvait plus à des examens ultérieurs, avaient été soumis par leur médecin à un traitement antisyphilitique intensif pendant des années, sans aucune nécessité ni utilité, sans même un semblant de preuve, et qui, par une sorte de cercle vicieux, gardaient ensuite pour la vie l'étiquette « spécifique » dont on les avait arbitrairement gratifiés.

(P. Baize. La grosse rate en pathologie du premier âge. *Le Bulletin Médical*, 19 octobre 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1935

Les produits caustiques. — *M. Goris* donne lecture des conclusions de la Commission nommée à l'effet de réglementer les conditions de la vente des produits caustiques destinés aux nettoyages.

La floculation des serums. — *M. A. Strohl* présente une note de *M. T. Kofman* sur les réactions morphologiques au cours de la floculation des sérums.

Poursuivant les recherches sur la morphologie variable de l'efflorescence terminale d'une croissance osmotique se développant dans un milieu déterminé, M. Kofman montre que cette méthode d'analyse morphologique permet de classer les différentes floculations du sérum en deux grands systèmes, l'un isotrope, l'autre anisotrope.

La vaccination anti-amarile. — *MM. C. Mathis, C. Durieux* et *M. Advier* ont cherché à savoir si l'objection faite à la vaccination anti-amarile par la méthode Sellards-Laigret était fondée. Certains auteurs, se basant sur des expériences faites avec des singes *Macacus rhesus*, animaux excessivement sensibles au virus amaril, avaient exprimé la crainte de voir se créer des foyers d'infection dans l'entourage des personnes vaccinées. Ils supposaient que les Stegomyia puiseraient le virus-vaccin dans le sang des sujets vaccinés et le transmettraient ensuite à des sujets sains. MM. C. Mathis, C. Durieux et M. Advier ont montré qu'il n'y avait pas à craindre le danger de transmission par les moustiques. Leurs expériences paraissent très probantes à cet égard.

Au reste, l'application en grand de la méthode Sellards-Laigret au cours de 1934-1935, en Afrique occidentale française, a apporté une confirmation aux recherches expérimentales. Le Docteur Laigret et ses collaborateurs ont pratiqué des milliers d'injections de vaccin et aucun cas de fièvre jaune n'a éclaté dans l'entourage des personnes vaccinées.

Action de quelques esters, genalcaloïdes et glucosides sur l'excitabilité neuro musculaire. — *M. Lobstein* et *Mlle Jeanguyot*.

Importance de la voie testiculaire pour la mise en évidence chez le cobaye du typhus endémique observé chez l'homme. — *MM. Le Chuiton, Mondon, Berge, Pennaneach* et *Dubreuil*.

Un cas humain d'echinococcose hépatique micro polykystique infiltrée, observé en Uruguay. — *MM. Devé, Piaggo Blanco* et *Garcia Capurro*.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine) en remplacement de M. Ménétrier. Classement des candidats : en première ligne, M. Clerc, en seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Babonneix, Laignel-Lavastine, Milian, Pagniez, Ribadeau-Dumas. Adjoints par l'Académie : MM. Fiessinger, Flandin, Gougerot et Harvier.

Au premier tour de scrutin, M. Antonin Clerc, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine, est élu par 61 voix sur 78 votants.

M. Babonneix a obtenu 4 voix, M. Laignel-Lavastine 1, M. Milian 1, M. Pagniez 2, M. Ribadeau-Dumas 1, Fiessinger 2, M. Flandin 1, M. Gougerot 3, M. Harvier 1.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1935

M. Fredet, président, annonce que par décret présidentiel en date du 29 novembre, la *Société nationale de chirurgie* reprend le nom d'*Académie de Chirurgie*.

A propos de l'osteosynthèse. — Un nouveau cas de pseudarthrose consécutive à l'osteosynthèse est apporté par *M. Pierre Duval*. Il s'agissait d'une fracture spiroïde de l'humérus dont la consolidation, ruinée par une synthèse aux lames de Parham, fut obtenue seulement après la troisième greffe osseuse.

La myosite ossifiante progressive. — *M. Dobrzaniecki* (Lwow), (rapport de *M. P. Mathieu*), insiste sur l'hypercalcémie fréquente au cours de cette affection : il y a probablement lieu d'en rapporter l'origine aux parathyroïdes. Malheureusement la parathyroïdectomie se heurte à des difficultés de technique : le torticolis fréquent dans cette affection rend l'exérèse parathyroïdienne impossible. On recourt souvent à la radiothérapie cervicale dont les résultats sont peu satisfaisants.

Syndrome abdominal aigu par hémorragie intra-pancréatique. — *MM. Bazy* et *Calvet* ont observé chez un homme de 52 ans un syndrome abdominal aigu à type de perforation ulcéreuse. A l'intervention on ne trouva aucune lésion gastrique mais simplement une infiltration hémorragique des mésos pancréatiques. Cette hémorragie coexistait avec un anévrysme de l'aorte abdominale. L'examen histologique montra qu'il n'y avait pas rupture de la poche anévrysmale dans le pancréas. On constata des lésions d'infarctus pancréatique (hémorragie interlobulaire, nécrose glandulaire, cytostéatonécrose). Les auteurs recherchent la pathogénie de cet incident et pensent qu'il y a un rapport étroit entre l'aortite abdominale et l'infarctus pancréatique, peut-être d'un type comparable à celui qui existe entre l'aortite thoracique et l'infarctus du myocarde.

Le diagnostic préopératoire des tumeurs malignes. — *MM Welti* et *Huguenin* insistent sur des causes d'erreurs fréquentes au cours des examens histologiques extemporanés : remaniement des lésions par sclérose et nécrose, altérations contingentes vasculaires ou inflammatoires, etc... Pour les éviter il est nécessaire de poursuivre l'examen histologique sur plusieurs fragments et tout au long de l'intervention. Les auteurs montrent les applications de la méthode aux cancers du corps thyroïde. Elle évite les exérèses insuffisantes et permet de porter un pronostic exact.

M. Lenormant dit avoir été frappé de la fréquence considérable des cas de goitres cliniquement bénins coexistant avec des images histologiquement malignes. L'évolution donna en général raison à l'impression clinique.

M. Heitz Boyer affirme la même chose en ce qui concerne certaines hypertrophies prostatiques.

M. Moulonguet avec *Herbert* a récemment décrit à côté des cancers assurés, des formes de transition rappelant les aspects du Basedow, de l'adénome fœtal de Wölfler, et dont le pronostic est relativement favorable.

M. Gosset rappelle que *M. Ivan Bertrand* a été le premier de France à employer ces méthodes d'examen extemporané et qu'il n'a jamais observé de discordance entre l'examen immédiat et l'examen ultérieur des coupes pratiquées.

M. Ménégaux pense que l'examen à l'ultropaque permet une étude plus rapide et plus sûre d'un fragment plus important de la tumeur.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 8 novembre 1935

Mesentérite sclérosante rétractile et occlusion intestinale aiguë. — *M. Monsaingeon* fait un rapport sur l'observation suivante communiquée par *M. Lefort* (de Paris). Celui-ci voit et opère au cinquième jour d'une occlusion intestinale aiguë une femme de 83 ans. A l'intervention, outre deux brides épiploïques qui n'expliquent pas l'occlusion, il trouve un moignon d'appendice rattaché par une bride fibreuse à l'extrémité distale de l'appendice, fixée intimement à la surface du mésentère. Toute cette région est le siège de lésions intenses : plaque indurée, étoile fibreuse, brides scléreuses étendues jusqu'à l'intestin grêle et l'étranglant. Une libération patiente et prudente permet de lever les obstacles. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que l'appendicite, cause d'occlusion, remontait à cinquante-trois ans auparavant. Elle apporte une contribution aux faits de mésentérite rétractile d'origine lymphangitique.

Deux observations d'infarctus partiel de l'intestin grêle. Une observation d'infarctus iléo mésentérique

dû à une hernie étranglée. — *M. Blanc* fait un rapport sur ces trois cas d'infarctus intestinal communiqués par *M. A. Lefort* (de Paris). Les deux premières observations correspondent à cette variété troublante appelée « infarctus guérissant spontanément », au sujet de laquelle l'explication pathogénique proposée par Grégoire (manifestation localisée d'un shock anaphylactique grave) paraît très séduisante. Dans le troisième cas, *M. Lefort* s'est trouvé en présence d'une hernie crurale étranglée avec un infarctus iléo mésentérique ; la malade très shockée a succombé.

Rappelant les théories actuellement mises en avant pour expliquer ces lésions curieuses, inconnues il y a vingt ans, *M. Blanc* insiste sur l'intérêt que présentent les recherches à leur sujet.

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large mais esthétique. — *M. Dupuy de Frenelle* communique une série d'examens histologiques qui ont décelé des foyers cancéreux dans des pièces opératoires d'adénofibrome cliniquement typique, de mammite chronique localisée en foyer, de kyste solitaire du sein. Dans un cas, il existait des métastases cancéreuses dans des ganglions axillaires d'apparence et de volume normaux alors que la pièce mammaire, très largement enlevée, ne présentait que des lésions de mammite chronique. Ces observations montrent aussi que les lésions histologiques dépassent souvent, en étendue, dans la glande, la surface de la lésion apparente.

Se basant sur ces faits, l'auteur préconise l'ablation très large, d'une seule pièce, avec son pédicule axillaire, de toute lésion chronique du sein, nettement identifiée par la palpation, mais en utilisant les procédés opératoires de la chirurgie esthétique. « La moindre induration mammaire chronique, écrit-il, le plus petit foyer de mammite doit devenir le prétexte d'une opération esthétique, car cette lésion, d'apparence clinique insignifiante, peut contenir un foyer cancéreux, gros de menace pour l'avenir. Une petite plaque indurée de mammite commande une large résection de la glande avec son pédicule lymphatique axillaire.

Cette opération peut être faite largement, très consciencieusement et rester néanmoins esthétique. La résection mammaire doit comprendre environ la moitié de la glande. La conservation du mamelon et d'un petit cône sous-mamelonnaire permet presque toujours une opération qui, en définitive, donne un résultat esthétique. » Cette conservation rend la mutilation moins disgracieuse que l'amputation classique qui est toujours indiquée lorsqu'on a le moindre doute clinique sur la nature cancéreuse de la lésion.

MM. Bovier, Brodier, Lanos, Papillon, Rubens-Duval, Dartigues, Burty, Raymond Petit, Peugniez, Charles Buizard considèrent comme très exagérées les conclusions de M. Dupuy de Frenelle, en particulier en ce qui concerne les mammites chroniques qui rétrocèdent habituellement très simplement.

Ils soulignent l'utilité de l'examen histologique (examen extemporané et examen secondaire plus approfondi). Ils s'élèvent contre le terme « opération esthétique », car on doit exclure toute préoccupation d'esthétique quand il s'agit d'enlever des lésions cancéreuses ou même soupçonnées d'être cancéreuses.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'eczéma par l'extrait splénique en ingestion

M. Pierre Delthil a rapporté à la Société de pédiatrie (18 juin 1935) l'observation d'un nourrisson de 1 an dont l'eczéma a été très notablement et rapidement amélioré par l'administration d'extrait splénique par la voie buccale.

Un cas de grossesse tubaire bilatérale

Le diagnostic de gestation ectopique est porté chez une malade entrée à l'hôpital dans un état grave — quoi qu'il n'y ait pas de retard de règles. A l'intervention on trouve à gauche une grossesse tubaire de 2 mois et demi environ et à droite une une seconde grossesse de six semaines. Mme Léon Borcea, de Jassy, qui a présenté cette observation à la Société d'obst. et de gynéc. de Paris (3 juin 1935), signale que trois cas semblables ont été publiés en Roumanie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le baquet de Mesmer. — *M. Lévy-Valensi est un historien et un conférencier remarquable. De la conférence qu'il donna en juin dernier sur* LE BAQUET DE MESMER (LA SEMAINE DES HÔPITAUX DE PARIS, 15 nov. 1935), *voici la conclusion* :

« Que faut-il penser de la doctrine, que faut-il penser de Mesmer ?

Une première réflexion : ne rions pas de Mesmer, car nous serions obligés de rire de nous-mêmes ! La plupart des faits allégués par lui, des savants, plus récents, et nos contemporains même les ont acceptés, les acceptent encore. Mesmer croyait à l'influence des astres sur le corps humain. Il s'est créé à Nice, il y a peu de temps, une Société pour étudier cette action, et spécialement celle des taches de soleil sur notre santé. Cette Société a une filiale à Paris.

L'influence des aimants ? Il n'y a pas longtemps encore, en 1882, Charcot croyait pouvoir faire passer, grâce à l'aimant, une paralysie de droite à gauche et d'un sujet à un autre.

Mesmer portait un aimant au cou ? Je sais de belles dames qui exhibent, avec confiance un certain collier à capter des ondes.

Le fluide magnétique ? Mais dans un journal médical sérieux, un médecin a écrit ces lignes que je vous lis :

« Le corps humain émet des ondes, des radiations, comme tous les corps du reste. Ces radiations varient selon leur polarité, leur longueur d'ondes, etc. »

Puységur croyait par le somnambulisme reconnaître les maladies et leur traitement. Je lis, dans ce même journal, qu'en mettant un pendule entre un sujet suspect de syphilis et un tube contenant l'antigène syphilitique, on peut poser le diagnostic à coup sûr. Remplacez l'antigène par mercure, bismuth ou arsenic, et vous connaîtrez le médicament désirable.

Mesmer emploie la baguette et le baquet ? Mais voici un catalogue où l'on nous donne les prix des baguettes et pendules divers, voire du matériel complet du médecin radiesthésiste.

Non, messieurs, ne rions pas de Mesmer !

Que faut-il penser de sa doctrine ? Je n'ai pas besoin de vous dire que je me range tout à fait à l'opinion de l'Académie des Sciences. Mesmer agissait par imagination et imitation ; la suggestion était son fameux secret. Ce secret, le connaissait-il ? Je ne le crois pas.

Cependant, on trouve dans le livre de Deleuze, que le jeune Puységur expérimentant sur ses marins s'aperçut que c'est uniquement la volonté du magnétiseur qui intervient. Tout ému, il se rend chez Mesmer pour lui dire sa découverte, et Mesmer très embarrassé lui fait jurer de garder le secret. Il n'en résulte pas moins que c'est par Puységur qu'on arrive à la notion de suggestion. Par elle, Mesmer se rattache au plus lointain passé : c'est la suggestion qui faisait parler les oracles, c'est la suggestion qui guérissait les malades au temple d'Épidaure. Galien n'a-t-il pas écrit : « Les temples d'Esculape nous fournissent la preuve que beaucoup de malades graves peuvent guérir uniquement par la secousse qu'on imprime au moral ? » C'est la suggestion qui a créé les sorciers et les sorcières au Moyen Age, les choréomanes de la Renaissance, les possédées de Loudun, et d'ailleurs, les convulsionnaires de Saint-Médard, les trembleurs des Cévennes, etc..., etc...

Et maintenant, qu'est devenue la doctrine de Mesmer ? Elle est arrivée jusqu'à nous, par l'intermédiaire des successeurs immédiats de Puységur, c'est-à-dire Deleuze, l'abbé Faria, qui n'est pas seulement le héros d'Alexandre Dumas, Bertrand, le général Noizet. Elle est discutée à l'Académie de Médecine, par Husson, qui en fait, en 1831, un rapport favorable : on la voit repoussée à la même Académie, en 1837, par Frédéric Dubois (d'Amiens) : elle renaît sous la forme de l'hypnotisme avec Braid (1843), puis Charcot et est mise à sa place réelle par Bernheim, inspiré de Liébault.

Mais que reste-t-il maintenant du Mesmérisme ? Je laisse de côté, et sans établir de rapprochement, ce que vous voyez à la quatrième page des journaux, les liseurs de pensées, somnambules, extra-lucides, etc... le spiritisme, la Christian-Science, qui mériterait des études particulières et la psychothérapie en général, demeure avant tout l'œuvre de deux élèves de Charcot, Babinski et Freud.

De Babinski, je ne vous dirai rien. Vous savez tous qu'à l'encontre des opinions de son maître, Charcot, il a vu que les hystériques auxquels on a de tout temps songé quand il s'agissait des malades de Mesmer, subissent la suggestion et la persuasion et il a créé le terme « pithiatisme ».

Pour vous parler de Freud, je suis assez embarrassé, craignant que quelque disciple du Maître n'accuse de parler de la psychanalyse comme un aveugle ferait des couleurs. Cependant, je n'ai pas été aveuglé par ses lumières ! J'avoue que cette méthode ne me séduit pas. Cependant, de même qu'au XVIIIe siècle, ceux qui n'admettaient pas le fluide magnétique, en reconnaissaient les résultats, je suis obligé, non sur mon expérience personnelle, mais en me rapportant à des confrères, en qui j'ai confiance, de constater qu'il y a des guérisons. Je suis tenté de voir, je l'avoue, dans beaucoup de ces guérisons, l'action de la suggestion ou du moins l'action sinon de la psychothérapie banale, du moins d'une psychothérapie prolongée. Je l'avoue, le sofa du psychanalyste, dans cette demi-obscurité qu'il choisit souvent, me rappelle le baquet de Mesmer, dans le clairobscur de l'hôtel de la place Vendôme, et je suis tenté de conclure que, des deux médecins qui exercèrent sur les bords du Danube, l'un faisait de la suggestion, sans le savoir, et l'autre sans le vouloir.

Et maintenant que faut-il penser de Mesmer au point de vues intellectuel et au point de vue moral ?

Mesmer paraît avoir eu une intelligence moyenne. Il n'a pas su dégager de sa découverte sa véritable valeur. Je dirai plus : par son orgueil dont nous avons vu tant de traits, par sa mé-

fiance de mauvais coucheur qui l'éloigna de tous ses amis, par la fausseté de son jugement qui lui a fait accepter des conclusions sans en avoir posé les prémisses, je crois trouver chez lui une constitution paranoïaque, et quand j'envisage les chicanes, les tendances processives, qui ont rempli sa vie, je suis tout prêt à voir en lui un de ces fanatiques illuminés qui voisinent avec les délires passionnels.

Et maintenant le point de vue moral. La plupart ont considéré Mesmer comme un vulgaire charlatan, en faisant l'égal de Cagliostro et du comte de Saint-Germain, ses contemporains. Son compatriote, M. Stéphan Zweig, au contraire, voit en lui une sorte de précurseur, un bienfaiteur de l'humanité. J'estime que la vérité est entre les deux opinions. Je ne crois pas que Mesmer soit un bienfaiteur de l'humanité: un précurseur peut-être. Est-il un charlatan ? Le charlatan est l'individu qui vend une drogue dans l'efficacité de laquelle il ne croit pas. Or, Mesmer est convaincu de ce qu'il fait ; je l'ai dit, c'est un fanatique, c'est même un illuminé. Charlatan aussi, est celui qui emploie des procédés de mise en scène spéciaux. Il est certain qu'on peut faire ce reproche à Mesmer. Mais cela fait partie de sa technique et il le dit très clairement quelque part : « Si mes agissements n'étaient pas raisonnés, ils pourraient paraître des grimaces que personne ne pourrait accepter.

Il se rend bien compte que la mise en scène sert sa thérapeutique.

Reste la cupidité. Là, j'abandonne ma défense. Mesmer était cupide, ceci n'est pas douteux. Mais, Messieurs, eût-il toutes les tares, mentales, intellectuelles et morales, que Mesmer me demeurerait sympathique à cause d'un instant de sa vie, à cause d'un geste, dont le récit est peut-être apocryphe, mais qu'importe, puisqu'il est beau !

Le 11 novembre 1793, par un froid rigoureux, sous une pluie battante, sort de la Conciergerie, par cette porte sinistre qui donne sur la cour du Mail, un de ces cortèges auxquels les Parisiens sont habitués, dont certains sont même friands. Le cortège, ce jour-là, ne prend pas le chemin habituel, par le Pont au Change et la rue Saint-Honoré, qui conduit à la place de la Révolution, lieu des exécutions. Il suit une route détournée, à plaisir allongée, pour se rendre au champ de la Fédération, notre Champ-de-Mars, où en bordure du fleuve s'élève l'échafaud. Celui que l'on conduit au supplice, un vieillard, est un savant universellement célèbre, membre de l'Académie française, membre de l'Académie des Sciences : il a à ce titre rédigé le rapport qui a fait la ruine de Mesmer. Député aux Etats-Généraux, il a prêté le 20 juin 1789, le serment du Jeu de Paume. Elu maire de Paris, au lendemain de la prise de la Bastille il a reçu le roi de France, à l'Hôtel de Ville quelques jours plus tard. Hélas, il a dû le 17 juillet 1791, étouffer l'émeute du Champ-de-Mars, et c'est cela qu'il va expier, et aussi son refus d'accabler une reine captive. Le long du trajet, la multitude cruelle et lâche lui jette injures, huées, sarcasmes. Un homme, un vieillard aussi, s'est dégagé de la foule hurlante, et au péril de sa vie, d'un geste large, Mesmer salue Bailly qui va mourir !

La revanche de Figaro. — *Extrait d'un article du Docteur Brion* (L'INFORMATION MÉDICAL, 8 décembre 1935).

Le ministre de l'Intérieur a porté à la connaissance du public français la naissance d'une nouvelle Académie qui groupera les chirurgiens de la capitale. Cette Académie de chirurgie ne serait, nous assure-t-on, rien autre que la Société française de chirurgie, qui changerait d'appellation sinon de personnalité. Cette vénérable Compagnie s'apprêtait à fêter son centenaire, on a cru utile de la doter d'une jeunesse nouvelle en changeant son état civil.

Nous fûmes les premiers, il y a quelques mois, à annoncer cette mue. Les démentis suivirent, comme il est de règle. Les événements viennent de vérifier le bien-fondé de notre information.

Il en est beaucoup qui s'inquiètent des raisons qui ont pu guider les promoteurs de cette transformation. S'agirait-il d'une scission au sein de l'Académie de médecine ? Nul n'y saurait songer. La section de chirurgie occupe une place honorable et honorée dans cette savante Compagnie ; ses fauteuils s'y montrent très convoités, ses membres y sont très écoutés, ils portent le titre d'académiciens qui apparaît à la plupart comme la consécration du savoir et de la compétence : le fauteuil de présidence de l'Académie fut même très fréquemment occupé par l'un des leurs.

Alors ? — Alors, il ne s'agirait pas d'un accès de mauvaise humeur, puisque rien ne semble *a priori* devoir le justifier.

Il est un projet de loi, déposé depuis fort longtemps, qu'interdirait à des groupements de pacotille, désireux d'en imposer au public, de s'intituler « Académie » ou « Institut », à seule fin que la même appellation ne se trouvât pas désigner indifféremment des commerçants apothicaires, des masseurs d'abdomens, des

joueurs de billard, et ceux qui appartiennent à la noblesse scientifique de la Nation.

Mais cette loi n'est pas votée et il nous semble qu'en se décernant une appellation académique, la Société française de chirurgie court le risque de se compromettre en un voisinage bien incommode.

Faut-il croire qu'il en est qui, trouvant incertain leur espoir de faire un jour partie de l'Académie de médecine, ont voulu s'assurer la conquête aisée d'un titre qui ennoblit, par le truchement de la création d'une Académie qui semblerait ainsi avoir été faite un peu pour eux-mêmes ? Nous écartons volontiers cette interprétation puérile, mais le fait qu'elle pourra être énoncée malicieusement fait courir quelque risque à la noblesse de sentiments de nos néo-académiciens.

Déjà les quolibets vont leur train, et ne se demandait-on pas, mardi dernier à l'Académie de médecine, quel allait être le costume des membres de la nouvelle académie ? Comme on cherchait parmi nos artistes un émule de David, et qu'on n'en trouvait point, un humoriste suggéra de s'adresser à Poiret, le grand couturier en chômage.

. . . .

Les chirurgiens n'avaient pas plus de raison de transformer leur Société en Académie que ne sauraient en trouver pour le meme objet les spécialistes de tout ordre : oto-rhino-laryngologistes, accoucheurs, dermatologistes, psychiatres, etc...

Tous ces spécialistes ont leur Société particulière où des discussions savantes sont menées et s'ils usaient, bien à tort, d'ailleurs, du précédent constitue par la création d'une Académie de chirurgie, pour décider que leur Société prendra demain une appellation identique, on ne saurait leur en faire grief.

Mais ce serait bien la peine, vraiment ! Qu'y gagnerait leur science spécialisée et qu'y gagnerait la médecine en général ? Certes les hommes y gagneraient quelque chose et vous l'avez deviné déjà : il y aurait des « présidents » et des « assesseurs » qui tireraient quelque relief de pouvoir se dire à la tête d'une Académie. Et puis, la carte de visite de tous les membres s'ornerait d'un fleuron auquel, croient-ils, la clientèle ne serait pas insensible...

Oui, mais pour peu que le mal se généralisât, il n'y aurait plus, parmi les médecins de Paris, que des Académiciens. Et nos confrères de province ne manqueraient alors de s'esclaffer en disant que le Corps médical parisien est devenu un régiment de colonels !

Comment aurait pu être soigné Napoléon. — *De M. le Docteur Victor Pauchet dans* CANDIDE (7 novembre 1935) :

Nous voici en 1818, a Sainte-Hélène : l'ulcère a dégénéré en cancer. Pas d'hésitation possible : « sensibilité de l'estomac et du foie à la pression extérieure ; vomissements de matières noirâtres et de sang noir granulé et putride ».

L'extirpation totale ou partielle de l'estomac (gastrectomie) est devenue nécessaire. Le chirurgien est formel. Comment le malade va-t-il accepter la chose ? La question peut se poser de savoir s'il donnera son consentement, car ce n'est pas un client ordinaire que l'empereur Napoléon.

Le prisonnier de Saint-Hélène n'est plus le prisonnier de l'île d'Elbe qui rêve de prendre sa revanche. C'est *un homme qui n'a plus besoin de la vie.* « Faire la guerre ? disait-il, je suis trop vieux. Courir après la gloire ? Je m'en suis gorgé ». « Quel roman fut ma vie ! » disait-il encore.

Du jour où il se livre à « son ennemi » et débarque sur un rocher, il n'a plus qu'une idée en tête : l'épilogue doit être digne du reste.

A Sainte-Hélène, son unique souci est de soigner sa figure historique, son nom et sa place dans l'histoire. Ayant régné sur les hommes en s'adressant toujours à leur imagination, il lui reste, par d'autres images, à régner sur l'avenir.

Son nom occupait encore le monde ; il lui fallait entretenir l'intérêt et exciter la pitié. A la religion napoléonienne, la croix sur le calvaire aurait manqué. « Jésus-Christ, disait-il, ne serait pas Dieu, jusqu'à présent sans sa couronne d'épines ; c'est son martyre qui a parlé à l'imagination des peuples. »

Napoléon souhaite d'être la victime. Pour sa gloire et pour l'avenir de sa dynastie, jamais il ne sera assez martyrisé. Deux mots de lui éclairent son dessein : « *L'adversité manquait à ma carrière* » et : « *Mon fils, si je meurs sur la croix et qu'il vive, il arrivera* » (1).

Dès lors l'impérial prisonnier va imprimer à sa vie le caractère du martyre. Il veut mourir victime de l'Angleterre, victime des mauvais traitements de sir Hudson Lowe, victime du « climat » et de la maladie de foie qui règne dans l'île.

Le droit de se plaindre lui reste, et il en use.

Il se plaint du climat mortifère de cette « *isola maladetto* », sans soleil durant la plus grande partie de l'année, et du « *ventaccio* » qui souffle toujours.

Il accuse ses « *bourreaux* », de le condamner à une mort lente et de le « *tuer à coups d'épingle* ».

Il gémit d'être entre les mains d'un « *boja* » qui lui interdit le grand air et l'exercice : et quand le gouverneur élargit le cercle de ses promenades et que son médecin « le supplie » de prendre de l'exercice, il refuse.

Quand il est malade, il refuse également de se soigner. « Ce qui est écrit est écrit », dit-il. Si O'Meara lui fait remarquer que, « d'après cette doctrine, les soins de l'art lui seraient parfaitement inutiles, il garde le silence ». Et si O'Meara insiste, il lui répond avec tristesse : « *Tanto meglio, piu presto si finira* ».

Il sait qu'il est atteint du meme cancer que son père, mais il le tait. Il ne veut pas avoir l'air de mourir d'une maladie dont, croit-il, il aurait hérité. Seuls les Anglais ont le droit de l'assassiner.

Il lui faut mourir de la « maladie de foie » qui est la maladie propre à l'île Sainte-Hélène...

Tel est l'homme que le chirurgien eût trouvé en face de lui Entre les deux la lutte était inévitable.

Certes Bonaparte aimait les audacieux. Une opération ne lui aurait pas fait peur. Trente-trois chances de guérison sur cent. C'est un risque intéressant à courir. Mais, à quoi bon ? Risquer de mourir des suites d'une intervention chirurgicale serait contraire à sa gloire et à son rôle de victime. Le monde entier est persuadé qu'il succombe aux attaques d'un climat meurtrier ; pourquoi le détromper ? Pourquoi même retarder l'heure de la mort alors qu'elle arrive telle que le monde le croit ?

De Napoléon ou du chirurgien, qui l'aurait emporté finalement ? A vous d'imaginer le débat : je vous ai donné les éléments du problème.

(1) Tout ceci est emprunté au *Napoléon* de J. Bainville.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 52 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 21 DÉCEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne, chaque année trois prix : 1er Prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2e Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet) ; 3e Prix de chirurgie urinaire (prix Paul Delbet).

Les travaux, originaux et inédits doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille, Paris (VIIIe) avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence dactylographiés.

Académie de médecine. — SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — *Rappel de médaille d'or* : Docteur BARBARY. — *Médaille d'or* : Docteur LOIR. — *Rappels de médailles de vermeil* : Docteurs BROQUIN-LACOMBE, AUBLANT. *Médailles de vermeil* : Docteurs MALLARD, POTY, VAILLANT, SCHMUTZ, LAMY, MANS. — *Médailles d'argent* : Docteurs CASSAN, LESBROUSSART, PRUNET, MARTIN, MOREAU, GRENOUILLEAU, GREHANT, CHALUT, TROIN. — *Médailles de bronze* : Docteurs PONCET, MARTIN, MONTUS, LIÈVRE-BRIZARD, ISARD, BOYMIER, RAINGEARD VIDAL, DELTEIL, ESTOR, LÉVY (Robert), [illegible], PICARD, BARRELLE, LASSUS, JOUEN, MERLE, LUVIC, VINCHES (Barthélemy).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — *Médailles d'or* : Docteurs AUBERTOT, AMBLARD. — *Médailles de vermeil* : Docteurs FRANÇON, DUHOT. — *Rappels de médailles d'argent* : Docteurs DELACROIX, POUHY. — *Médailles d'argent* : Docteurs CAUJOLLE, BARRAUD. — *Rappel de médaille de bronze* : Docteur DUBOIS (Robert). — *Médailles de bronze* : Docteurs UZAN (Maurice), UZAN (Lucien), VITAL-LASSANCE, Mme le Docteur EYRAUD, SAPPEY.

Val-de-Grâce. — Sont nommés professeurs agrégés : M. Willemin (chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie).

M. Giraud (chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie).

M. Dubau (chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale).

M. Coudane (chaire de chirurgie spéciale).

— M. Carillon, agrégé, est affecté à la chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie.

Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. — Sous la direction des Professeurs H. VAQUEZ, et A. CLERC et de M. Ch. AUBERTIN, agrégé, assistés de MM. DONZELOT, MOUQUIN, SOUPAULT, DELHERM, E. BORDET et E. GÉRAUDEL, M. BASCOURRET, GRELLETY-BOSVIEL, LENÈGRE, Robert LÉVY, SÉE, SCHWOB, J. STERNE, VIALARD, B. ZADOC-KAHN, SURMONT, FRAIN, FISCHGOLD, DELAMARRE, MACREZ et PERGOLA, un cours de perfectionnement commencera le lundi 13 janvier 1936, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, pavillon la Rochefoucault (service 6).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Le matin, à 10 heures. Plus spécialement, leçons cliniques, radioscopie, électrocardiographie et phonocardiographie, théoriques avec exercices pratiques. (Lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc.).

Lundi 13 janvier : Technique générale radioscopique (M. E. BORDET). — Mardi 14 janvier : Polyclinique (M. A. CLERC). Mercredi 15 janvier, à 10 heures : L'ombre du cœur à l'état normal. Nouveaux procédés d'exploration radiologique du cœur (M. BORDET). — Jeudi 16 janvier : Principes et techniques graphiques (M. GÉRAUDEL). — Vendredi 17 janvier : Notions anatomiques et physiologiques électrocardiogrammes (M. GÉRAUDEL). — Samedi 18 janvier, à 10 heures : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur (M. FRAIN) ; à 11 heures : Présentation de malades (M. CLERC). — Lundi 20 janvier : Troubles de fonctionnement du sinus (M. GÉRAUDEL).

Mardi 21 janvier : Polyclinique (M. CLERC). — Mercredi 22 janvier : Affections valvulaires (M. SURMONT). — Jeudi 23 janvier : Extra-systoles (M. GÉRAUDEL). — Vendredi 24 janvier : Blocage sino et atrio-ventriculaire (M. GÉRAUDEL). — Samedi 25 janvier, à 10 heures : Péricardite, symphyse. Malformations congénitales (M. FRAIN) ; à 11 heures : Présentation de malades (M. CLERC). — Lundi 27 janvier : Pédicule cardiaque normal. Aortites (M. FRAIN). — Mardi 28 janvier : Polyclinique (M. CLERC). — Mercredi 29 janvier : Anévrisme aortique (M. FRAIN). — Jeudi 30 janvier : Rythme nodal (M. GÉRAUDEL). Vendredi 31 janvier : Fibrillation et flutter auriculaires (M. GÉRAUDEL). — Samedi 1er février, à 10 heures : Artérites pulmonaires. Veines caves (M. FRAIN) ; à 11 heures : Présentation de malades (M. CLERC). — Lundi 3 février : Déformations de l'électrocardiogramme ventriculaire (M. GÉRAUDEL). — Mardi 4 février : Polyclinique (M. CLERC). — Mercredi 5 février : Kymographie (M. FISCHGOLD). — Jeudi 6 février : Polyclinique (M. CLERC).

2° L'après-midi : *a*) de 15 à 16 heures : Démonstrations pratiques (examen des malades, électrocardiographie, artériographie, etc.) sous la direction de MM. CLERC et AUBERTIN, dans leurs services à l'hôpital de la Pitié, par les assistants et les internes (les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations) ; *b*) à 16 heures : Conférence théorique ; *c*) à 17 heures : Exercices pratiques de radioscopie et d'orthodiagraphie sous la direction de M. FRAIN. Une démonstration spéciale de kymographie aura lieu dans le service de M. DELHERM, électro-radiologiste de l'hôpital de la Pitié.

Lundi 13 janvier : Insuffisance cardiaque (M. CLERC). — Mardi 14 janvier : Réactions viscérales au cours de l'insuffisance cardiaque (M. SÉE). — Mercredi 15 janvier : Péricardites et adhérences du péricarde (M. STERNE). — Jeudi 16 janvier : Endocardites infectieuses (B. ZADOC-KAHN). — Vendredi 17 : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu (M. VIALARD). Samedi 18 janvier : Lésions congénitales du cœur (M. MOUQUIN).

Lundi 20 janvier : Infarctus du myocarde (M. DONZELOT). — Mardi 21 janvier : Irrégularités du rythme cardiaque (M. R. LÉVY). — Mercredi 22 janvier : Bradycardies (M. LENÈGRE). Jeudi 23 janvier : Tachycardies (M. R. LÉVY). — Vendredi 24 janvier : Généralités sur les lésions valvulaires (M. SCHWOB). — Samedi 25 janvier : Exploration des artères. Sphygmomanométrie (M. BASCOURRET). — Lundi 27 janvier : Hypertension artérielle (M. AUBERTIN). — Mardi 28 janvier : L'angine de poitrine et son traitement (M. MOUQUIN). — Mercredi 29 janvier : Artérites oblitérantes des membres (M. BASCOURRET). — Jeudi 30 janvier : Aortites et anévrismes aortiques (M. AUBERTIN). — Jeudi 30 janvier : Aortites et anévrismes aortiques (M. AUBERTIN). — Vendredi 31 janvier : Artérites pulmonaires (M. CLERC).

Samedi 1er février : Exploration des veines, phlébites (M. GRELLETY-BOSVIEL). Lundi 3 février : Hygiène et médication générale des maladies du cœur (M. MOUQUIN). Mardi 4 février Digitaline et ouabaïne (M. BASCOURRET). Mercredi 5 février : Médications vasculaires (M. STERNE). Jeudi 6 février : Chirurgie des affections cardiaques (M. SOUPAULT).

Après le cours, des certificats d'assiduités pourront être délivrés, à la demande des auditeurs. Des explications pourront être données en anglais. Prix du cours complet : 250 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le registre sera clos quatre jours avant l'ouverture du cours.

Congrès de médecine du Maroc de 1936. — La Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord tiendra, au Maroc, en 1936, les 3, 4 et 5 avril, son VIe Congrès annuel.

Les réunions auront lieu à Rabat et à Casablanca.

La question mise à l'ordre du jour du Congrès est : « L'amibiase en Afrique du Nord » : — ses formes cliniques, sa répartition géographique, son étiologie particulière et son aspect dans les différents groupements ethniques.

Des rapports seront présentés par l'Algérie, la Tunisie et le Maroc.

Les communications se rapportant à l'amibiase seront acceptées.

Le Comité d'organisation désirerait voir étudier plus particulièrement les questions suivantes : 1° rapport entre l'amœba dyssentérie, amœba dispar et les amibes parasites ou saprophytes de l'homme ; 2° y a-t-il des réservoirs de virus animaux pour l'amibiase humaine ? ; 3° méthodes de culture des amibes ; 4° les formes anormales de l'amibiase ; 5° étude pharmaco-dynamique et physiologique de l'émétine

En dehors des fêtes et des réceptions qui seront offertes aux congressistes, un programme touristique a été prévu pour la visite du Maroc.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès : Docteur Fournier, 26, boulevard du 4e-Zouaves, Casablanca (Maroc).

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Le XLe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936.

Présidents : M. le Docteur O. Crouzon, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le Docteur A. Repond, médecin-directeur de la Maison de santé de Malevoz à Monthey (Valais).

Vice-président : M. le Docteur M. Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois

Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur O.L. Forel, privat-docent à l'Université de Genève, médecin-chef de la Maison de santé « Les Rives de Prangins », près Nyon (Suisse).

Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLe session.

Psychiatrie : L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques. Rapporteurs : M. le Docteur W. BOVEN, privat-docent à l'Université de Lausanne et M. le Docteur A. BROUSSEAU, médecin-chef des Asiles publics de France, médecin de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris.

Neurologie : Étude séméiologique, étiologique et pathogénique du mouvement choréique. Rapporteur : M. le Docteur Jean CHRISTOPHE, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin assistant à la Salpêtrière.

Thérapeutique psychiatrique : Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles. Rapporteur : M. le Docteur Hans-W. MAIER, professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, (XIVe) (c. c. postal 456-50, Paris).

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'Association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la IXLe session inscrits avant le 10 juin 1936 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1936, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1936 le concours sera ouvert le lundi 9 mars 1936. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du 1 au 15 janvier 1936 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 15 janvier, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Concours pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Isère. — Aucun candidat n'ayant pu être admis à la suite du concours sur épreuves et sur titres qui a eu lieu le 29 octobre 1935, pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Isère un nouveau concours aura lieu à Grenoble, à l'hôpital civil, le mardi 12 mai 1936, à 8 heures.

Ce concours est réservé aux médecins (hommes) pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'État).

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés français depuis dix ans au moins, conformément à la loi du 19 juillet 1934.

Ils devront avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus, à la date du 1er mai 1936.

Les candidats auront à prendre l'engagement de se consacrer exclusivement à leurs fonctions, de renoncer à faire de la clientèle, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Ils devront prendre également l'engagement de rester en fonction dans le département pendant une durée de trois années, et, en cas de démission après ce délai, de continuer à assurer leur service pendant une durée de trois mois au minimum et de ne pas s'installer dans le département comme médecin praticien pendant une durée de cinq ans, à dater de la cessation de leurs fonctions.

Pour être admis à prendre part au concours, les candidats devront adresser leur demande (sur papier timbré) avant le 15 avril 1936, dernier délai, à M. le président du Comité départemental de lutte contre la tuberculose (Préfecture de l'Isère).

Le traitement, les indemnités familiales et de résidence accordés au médecin, sont ceux alloués aux médecins inspecteurs d'hygiène adjoints du département de l'Isère, 3e classe, 37.000 francs ; 2e classe, 40.000 francs ; 1re classe, 43.000 francs.

Le médecin recevra une indemnité forfaitaire de 18.000 francs pour ses frais de déplacements.

Le lieu de résidence du médecin sera fixé ultérieurement par le Comité départemental de Lutte contre la tuberculose.

Le détail des épreuves sera adressé à tout candidat qui en fera la demande.

Cours d'hygiène sociale (Quinzième année 1935-1936). — La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race, par M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. Le cours aura lieu à la Faculté de médecine, salle de thèses, n° 2, les lundis et vendredis, à 17 heures, du 10 janvier au 3 avril 1936.

La première leçon sera faite le vendredi 10 janvier 1936, à 17 heures. Le cours est public et gratuit.



TRAVAUX ORIGINAUX

De l'utilisation du double étau
(Rotule de blocage)
dans le traitement des fractures

Par **Paul REINHOLD** (Paris) (1)

Nous avons mis au point, au cours de la constitution de notre appareil de prothèse externe par ancrage, une rotule dont le rôle est de solidariser les différentes pièces de l'appareil (*Fig.* 1). Ce blocage peut s'effectuer dans une position quelconque de ces pièces par le serrage d'un seul écrou. Cette possibilité permettait une dissociation des temps opératoires, pose de l'appareil et contention de la fracture réduite, rendant ainsi l'opération plus facile et plus sûre. Aussi au cours de ces trois dernières années avons-nous utilisé cette rotule dans de nombreux cas différents, et nous voulons ici résumer ses applications, étant donné l'intérêt que nous pensons qu'elles présentent.

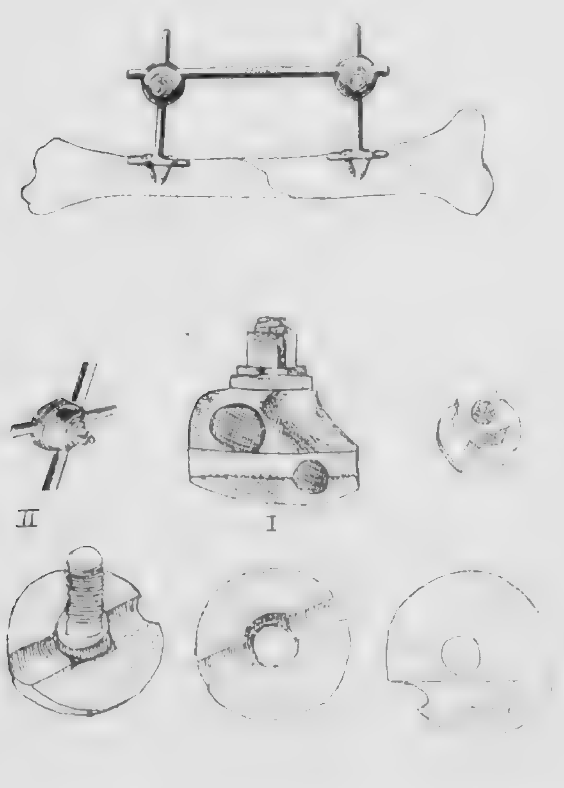


FIG. 1. — En haut : appareil de prothèse externe par ancrage du Docteur Paul Reinhold.
En bas : la rotule de blocage (I) : solidarisant les deux pièces de l'appareil (II) : et pièces de la rotule.



FIG. 2. — En haut : rotule installée sur une fiche droite de Lambotte :
A et B : schéma de montage d'appareils divers
En bas : rotules montées sur l'appareil de Lambotte à curseur angulaire.

La rotule de blocage

Cette rotule (*Fig.* 1) est une application du principe du double-étau, très connu en mécanique et qui a reçu dans l'industrie de nombreuses applications (2). Trois disques forment les mors des étaux. Le premier disque est creusé d'une demi-gouttière et porte en son centre la tige de serrage. Le deuxième disque, présente sur une face une demi-gouttière complétant celle du premier disque. Son autre face s'oppose au troisième disque, qui présente une gouttière presque complète. Un boulon par serrage bloque les trois disques les uns contre les autres. Le blocage des tiges sera donc obtenu pour l'une d'elles par deux demi cylindres, pour l'autre par contact tangentiel. Avant le blocage la tige peut dans sa gouttière tourner sur elle-même, glisser longitudinalement, et pivoter dans le plan du disque en entraînant celui-ci. En somme mobilité dans les trois plans de l'espace pour chaque tige. Donc position quelconque des deux tiges l'une par rapport à l'autre avec possibilité de blocage instantané de cette position, voilà ce que permet cette rotule.

Adaptation aux appareils de prothèse externe par fiches

L'intérêt est toujours de placer dans l'os les fiches dans une position quelconque, indépendante entièrement de la réduction de la fracture. Une fois la réduction obtenue la fiche s'oriente d'elle-même dans la position nécessaire que fixe la rotule de blocage.

Les fiches utilisées sont celles qu'a établies M. Lambotte.

(1) Travail du service de M. le Docteur Bréchot, hôpital Saint-Antoine, Paris.

(1) Un auteur appelle la rotule que nous avons adaptée au traitement des fractures : rotule de Tuffier. L'œuvre de Tuffier est assez vaste pour qu'on n'ait pas à la charger sans raison et d'ailleurs sans profit. Tuffier avait établi un appareil pour la recherche des corps étrangers dans lequel il avait utilisé également le double étau. Personnellement nous l'avons utilisé pour le traitement des fractures. Est il besoin d'un patronyme pour cette rotule, si ancienne et d'applications industrielles si diverses (supports de Klaxon, lampes de bureau, lampes de laboratoires, supports de cystoscopes, etc., etc.).

On peut utiliser la fiche simple libérée de son curseur angulaire ou la fiche complète.

Cas des fiches simples. — Les fiches pénètrent dans les rotules et une barre d'accouplement interfiche les unit (*Fig.* 2). Ainsi sont constitués des groupes de deux fiches qui seront unis entre eux par une nouvelle barre d'accouplement inter-groupe. Il est naturellement nécessaire de réaliser les groupes symétriquement. Si deux fiches solidarisées sont fixées sur le même fragment osseux, l'autre groupe doit comprendre également deux fiches placées toutes deux sur l'autre fragment (*Fig. 2, schéma A*). On réalise inversement (*Fig. 2 schéma B*) une disposition dans laquelle les groupes [illegible] sont formés de fiches implantées dans des fragments osseux différents. Toutes les combinaisons sont possibles même avec une fracture à trois fragments ; la condition essentielle étant de maintenir chaque fragment au moins par deux fiches. L'usage de ces fiches simples nécessite l'emploi de trois rotules pour deux fiches.

Cas des fiches à curseur angulaire. — Les mêmes possibilités s'offrent (*Fig.* 2) mais il ne devient nécessaire d'utiliser qu'une seule rotule par fiche et qu'une seule barre d'accouplement pour l'ensemble des fiches et cela à cause de la mobilité du curseur angulaire. Nous considérons cette disposition comme plus simple et plus légère.

Mais quelles que soient les fiches utilisées le manuel opératoire reste le même.

1° On fixe les fiches dans l'os.

2° On place les rotules puis la ou les barres d'accouplement.

3° Les rotules étant relâchées, on réduit la fracture. L'ensemble prend une position quelconque quelquefois très irrégulière.

4° On bloque les rotules. L'ensemble est devenu indéformable et la réduction est maintenue.

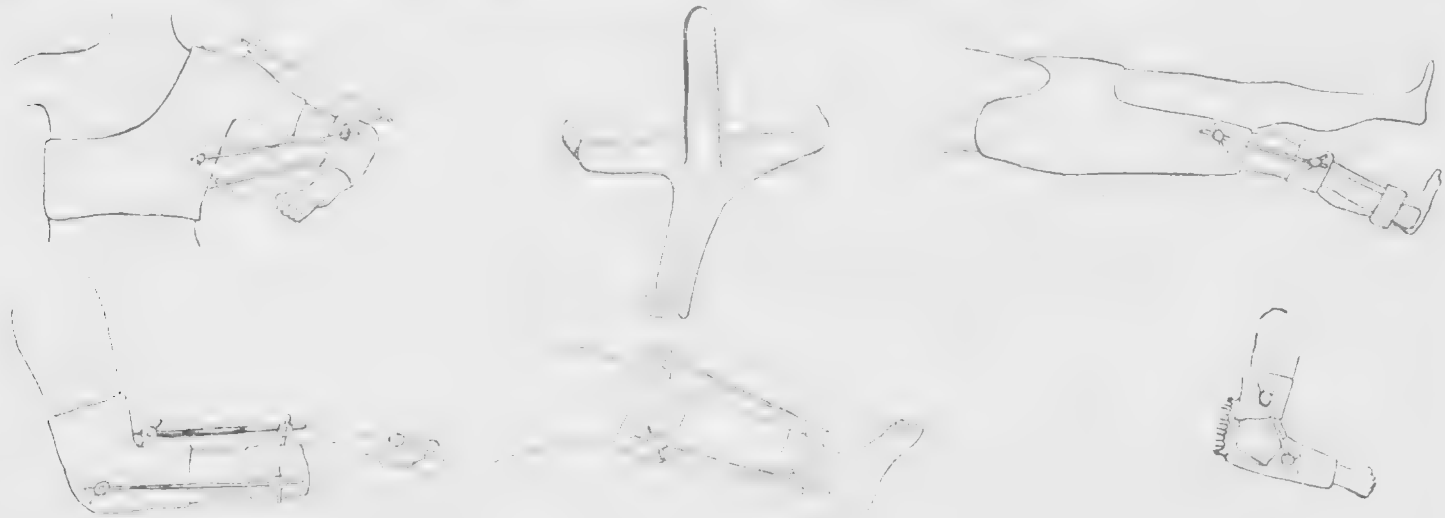


Fig. 2. — [illegible] Dispositif pour appareil plâtré.
A [illegible] ; appareil [illegible].
[illegible] appareil [illegible].



Fig. 4. — Dispositif amovible pour [illegible] fixation de réduction.

Adaptation aux appareils plâtrés

Lorsque l'on traite une fracture par appareil plâtré, on obtient d'abord la réduction de la fracture de préférence sous écran. On maintient au mieux cette réduction pendant la confection et le durcissement de l'appareil plâtré. Ici encore, nous allons dissocier les temps opératoires de la pose de l'appareil et de la réduction. Dans l'ensemble on peut dire que nous remplaçons la partie moyenne des appareils plâtrés habituels par une articulation suivant docilement la réduction du foyer et pouvant être bloquée instantanément dès que celle-ci est obtenue.

Manuel opératoire. — Le matériel se compose de trépieds (*Fig.* 3) de rotules et de barres d'accouplement. On construira des appareils qui ne différeront des appareils habituels que

par la suppression de la zone de plâtre correspondant au foyer de fracture. Au niveau de chaque tronçon d'appareil de part et d'autre on fixera un trépied. Des petites bandes plâtrées de 8 centimètres de large croisées en X sur la face antérieure du plâtre fixeront simultanément les deux pieds. Habituellement nous plaçons auparavant sous la voûte du trépied un petit ramassis de bande plâtrée. Après durcissement du plâtre (vingt minutes au plus, surtout si l'on emploie des bandes à séchage rapide) on pratique sous écran et sous anesthésie préalable, comme à l'ordinaire, la réduction de la fracture en prenant point d'appui au besoin sur les trépieds. Les rotules et les barres d'accouplement étant déjà en place mais sans serrage il suffit alors que quelques tours de clef pour maintenir la réduction obtenue sous l'écran.

Nous notons que dans la confection du plâtre nous nous serons efforcés d'avoir un modelage aussi précis que possible et malgré cela après réduction on pourra noter un entrebaillement latéral partiel d'un circulaire. Cela n'empêche pas la réduction d'être maintenue.

Dans le lit le membre fracturé repose aisément sur un simple sac de balle d'avoine.

Nous avons utilisé ces appareils jusqu'à présent pour tous les segments des membres sauf la cuisse (*Fig.* 6). Leur utilisation en cas de fracture ouverte nous semble très indiquée en lieu et place des appareils à pont, lourds et fixes. Leur usage, outre qu'il permet pour les pansements l'abord facile du foyer permet aussi la rectification d'une position vicieuse de celui-ci.

Nous avons utilisé également ce dispositif pour corriger une inflexion secondaire apparue dans un plâtre ordinaire. Dans ce cas du côté opposé au sinus de l'angle de déviation on échancre le plâtre et sur les deux demi-tronçons on place un trépied. Il suffit alors sous écran de corriger la déviation et de bloquer alors cette réduction immédiatement. Ces appareils nous semblent également devoir servir à l'immobilisation temporaire d'un foyer de fracture pour le transport d'un blessé ; que la fracture soit ouverte ou fermée. Dès l'arrivée au centre chirurgical on réduira la fracture sous écran et l'appareil primitif pourra rester en place jusqu'à consolidation.

Nous avons outre ces appareils segmentaires constitués des appareils inter-segmentaires (*Fig.* 3).

Dans ces cas il fallait obtenir par périodes la mobilité soit du coude, soit du genou. Il s'agissait d'une résection du coude pour traumatisme articulaire important et d'autre part d'un membre polyfracturé (fracture du fémur = ostéosynthèse par ancrage après traction par broche ; Fracture de la rotule = cerclage et enfin fracture du plateau tibial). Les plâtres segmentaires étaient reliés par deux barres d'accouplement latérales fixées chacune à deux trépieds par les rotules. Au cours des mobilisations les rotules étant débloquées l'articulation pouvait jouer librement. Le blocage des rotules permettait la rigidité de l'ensemble du plâtre en telle position que l'on désirait.

Adaptation aux daviers

Tous les daviers présentant un dispositif autostatique (crémaillère) peuvent être utilisés. Un petit collier de serrage portant une tige (*Fig.* 4) sera placé sur une des branches du davier. Deux daviers seront ainsi préparés et accouplés par deux rotules et une barre. Au cours de l'opération l'ensemble est en relâchement. Les daviers étant fixés sur les fragments osseux on pratique la réduction avec leur aide ou tout autrement. Puis on bloque les rotules et la réduction est fixée (*Fig.* 4), alors il est facile de mettre en place le matériel d'ostéosynthèse.

En résumé l'emploi de cette rotule qui est multiple, nous a permis d'apporter au traitement des fractures plus de sûreté et aussi plus de facilité.

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Troubles menstruels d'origine thyroïdienne

Que la fonction thyroïde — tant dans son rôle morphogène que dans son rôle métabolique — intervienne sur les métamorphoses de la muqueuse utérine au cours du cycle menstruel, c'est un fait bien connu. Je n'ai eu garde de ne pas le signaler dans ma *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*. Les éventualités observées sont, d'ailleurs, diverses et ne peuvent se ramener à un mécanisme unique : il est des insuffisances thyroïdiennes qui s'accompagnent de métrorrhagies curables par l'extrait thyroïdien — et il est des aménorrhées que guérit l'extrait thyroïdien — et il est des métrorrhagies par hyperthyroïdisme.

Samuel F. Haines et Robert D. Mussey (1) viennent d'apporter une contribution à l'étude de cas analogues. Il s'agit de travaux provenant de la clinique Mayo : c'est dire leur importance et l'importance de la documentation clinique sur laquelle ils se fondent.

Dans une précédente note parue en 1933 dans l'*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, ces auteurs avaient relaté les améliorations survenues (59 %), chez 27 femmes ayant des règles absentes ou très pauvres et ayant un métabolisme basal diminué sans myxœdème apparent, lorsqu'elles avaient été soumises à l'emploi, *per os*, de glande thyroïde desséchée. Actuellement, ils font connaître les résultats obtenus par le même traitement chez 74 femmes ayant le même syndrome.

Dès 1917, l'attention de Plummer avait été attirée par l'état de patientes dont le métabolisme basal était abaissé sans qu'elles présentassent des signes perceptibles de myxœdème. Litzenberg et Carey ont noté, chez semblables malades, des troubles menstruels qui se produisaient sans symptômes d'affections pelviennes; beaucoup d'entre elles se plaignaient d'un sentiment de fatigue. Il n'est pas possible actuellement d'assigner, dans ces cas, une cause pathologique à cet abaissement du métabolisme basal ; quelque bas que descende ce niveau, il n'apparaît pas de myxœdème. L'action salutaire de la thyroïde ne se manifeste pas aussi nettement dans ces cas que dans ceux compliqués de myxœdème. Du reste, l'existence parmi les membres d'une nombreuse famille et chez beaucoup de personnes, en bonne santé apparente, d'un abaissement du niveau du métabolisme basal plaide contre la supposition d'une base pathologique à cet état.

L'ingestion de thyroïde détermina l'élévation du taux métabolique des sujets dont les observations sont la raison de la présente note. Elles furent étroitement surveillées et leur métabolisme basal fréquemment mesuré durant les premières semaines de leur cure. Lorsque la dose individuelle utile *pro die* était fixée, certaines de ces patientes furent autorisées à rentrer chez elles, sous condition de se représenter pour de fréquentes déterminations de leur métabolisme.

La dose de thyroïde, nécessaire au maintien du niveau *optimum* du métabolisme basal, varie avec les patientes ; quelques-unes firent de l'hyperthyroïdisme par suite de doses trop élevées ; chez d'autres, le niveau métabolique resta bas par insuffisance des doses. Ces complications sont facilement évitables par une observation soutenue. La dose journalière prescrite aux patientes a varié de 0,03 à 0,2 grammes ; c'est par tâtonnements qu'elle peut être fixée et non en se fondant sur le taux métabolique du jour où commence le traitement.

Comme la plupart des patientes se sont trouvées bien quand le taux de leur métabolisme approchait de la normale sans

(1) Haines (Samuel-F.) et Mussey (Robert D.). — Certain menstrual disturbances associated with low basal metabolic rates without myxedema (Certains troubles menstruels avec abaissement du taux du métabolisme basal, sans myxœdème. *Journal of the Amer. Med. Ass.*, vol. 105, n° 8, 24 août 1935.

l'atteindre. HAINES et MUSSEY se proposèrent d'atteindre ce niveau, lequel a donné de meilleurs résultats contre les perturbations de leurs règles que des niveaux plus élevés, générateurs de palpitation, faiblesses, etc...

Il n'a pas été recherché s'il existe un rapport entre l'abaissement du niveau du métabolisme basal et la stérilité, ou les avortements à répétition.

Aménorrhée : De cinquante patientes dont l'âge était en moyenne de 26,9, quatorze, soit 28 %, ne retirèrent aucun bénéfice de la cure, malgré que le niveau métabolique fut remonté ; sept (14 %) eurent une légère amélioration ; vingt-neuf (58 %) retrouvèrent leur règles normales ou à peu près. L'aménorrhée de ces dernières durait en moyenne depuis neuf mois et demi ; plus d'un an chez huit, deux ans chez une, quatre ans et cinq ans chez deux autres. Parmi celles non améliorées, la moyenne durée fut de neuf mois et vingt jours ; l'une n'avait pas eu ses règles depuis deux ans et demi, une autre depuis quatre ans.

Trente-sept des aménorrhéiques (soit 74 %), se déclarèrent en meilleur état général après l'ascension du métabolisme. Les règles de quelques-unes, dont l'état général avait bénéficié du traitement, n'avaient été nullement améliorées et vice versa.

La moyenne du taux métabolique basal, alors qu'il y eut amélioration dans l'aménorrhée, fut — 18.1 %, et, là où elle ne se produisit pas — 18,5 %. Dans chacune des séries de ces cas, le taux métabolique oscillait de — 11 à — 30 %.

Oligoménorrhée. Neuf patientes. Moyenne d'âge 30,6. Quatre sans aucune amélioration (44,4 %) ; deux assurèrent que leurs règles étaient plus voisines de la normale qu'avant (22,2 %) ; trois les déclarèrent normales ou à peu près (33.3 %). Après obtention de l'élévation métabolique, l'état général de six de ces patientes fut amélioré (66,6 %). Les moyennes métaboliques étaient, avant le traitement, de — 19,8 % dans les cas améliorés et de % 16,8 — chez les nons améliorées.

Ménorrhagies. — Quinze patientes. Moyenne d'âge de 30 ans. Quatre sans changement après élévation du métabolisme basal ; trois en léger mieux (20 %) ; et huit revenues à la normale ou peu s'en fallait (53,3 %). Meilleur état général dans la proportion de 18 %. Les moyennes métaboliques était de — 17 3 % chez celles qui devinrent mieux réglées et de — 22 % chez les autres. Que quelques autres modes de traitement aient été suivis par certaines des femmes observées, c'est possible. Comme les troubles menstruels existaient de longue date, il paraît évident que le maintien, ou à peu près, du niveau normal du métabolisme basal joue un rôle dans le rétablissement de la fonction cataméniale, tout au moins dans un notable pourcentage de cas. L'état de lassitude a été noté dans bien des cas d'abaissement métabolique en dehors de toute apparence de myxœdème ; mais, chez beaucoup, après remontée métabolique, il y eut atténuation de la lassitude.

Ce mode de traitement, notent les auteurs présente un intérêt particulier en raison de l'affirmation de R.-T. Frank à savoir que l'emploi des substances œstrogéniques semble absolument illusoire et de celle de Novak que la thérapie préhypophysaires reste largement problématique. Ils n'ont pas usé de l'hormone thyrotropique de la préhypophyse en raison des réserves d'ANDERSON et COLLIP, sur ses effets transitoires et en raison de la facilité et de la certitude d'élever le niveau métabolique au moyen de la thyroïde desséchée.

D'après FLUHMANN, la substance thyroïde inhiberait l'effet sur l'ovaire de l'hormone d'hypophysaire gonado-stimulante et cette inhibition résulterait d'une action directe sur l'ovaire et non d'une action indirecte par l'intermédiaire de l'hypophyse. Bien que ses observations semblent démontrer que la thyroïde possède au moins une action indirecte sur la fonction ovarienne, HAINES et MUSSEY n'entendent pas affirmer que ceci explique les résultats donnés par l'ingestion de thyroïde chez les femmes atteintes de perturbations dans leurs règles en même temps que de diminution de leur métabolisme basal.

Henri VIGNES.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935

2e semestre 1934 - 1er semestre 1935)

Par

Paul BOYER, Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare

et

Lucien DUTHEIL, Interne de Saint-Lazare

Anasthésiques généraux

ROBIN (*Bull. méd.*, 1935, XLIX, 165) dans un important travail étudie les inhalations carboniques dans l'anesthésie chirurgicale et la thérapeutique postopératoire. Excellente médication de secours correctrice des alertes respiratoires, à la fin de l'anesthésie et dans la période postopératoire comme facteur d'élimination rapide de l'anesthésique et préventif de choix des complications pulmonaires et du choc opératoire. DECOULX (*Echo méd. du Nord*, 14 oct. 1934, 572, n° 41) présente également une étude détaillée sur l'emploi de l'anhydride carbonique au cours de l'anesthésie.

Chloroforme

BUEDING (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 51) montre que le chloroforme diminue le taux du phosphore lipoïdique du foie de cobaye.

TOURNADE et ROCCHISANI (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 691 et 695) et ROCCHISANI (*Thèse Méd. Alger*, 1935) ont constaté la supériorité des injections intra-veineuses ou intracardiaques d'adrénaline sur celles d'atropine dans le traitement de la syncope chloroformique secondaire et TOURNADE et CURTILLET (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1329) observent une sécrétion d'adrénaline au cours de la syncope chloroformique.

RAVAUT, SALLET et BONS (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 juillet 1934) signalent la disparition de lichens plans et d'urticaires rebelles sous l'action du chloroforme, de l'éther et du chlorure d'éthyle.

Ether

FABRE, CAMUZAC, DARNAUD et GARIPUY (*Soc. Méd. Bas-Rhin*, 29 juin 1935) rapportent un cas d'hépatonéphrite toxique mortelle après intervention et anesthésie à l'éther.

Tribromoéthanol (avertine)

JACOTT (*Lyon-chir.*, janv.-févr. 1935, n° 1, 1935) (XVII° *Congr. Oto-rhino-laryngol. Paris*, 14-17 oct. 1934) préconise en chirurgie cervico-faciale le mélange éthertribromoéthanol. De même dans les cas graves, DUPUY DE FRENELLE et BÉCART (*Soc. de Méd. de Paris*, 23 févr. 1935), et chez les tuberculeux LEURET, VITTE et LAJAUNIAS (*Gaz. Sc. méd. de Bordeaux*, févr. 1935, n° 8, 124) sont partisans de l'anesthésie générale au tribromoéthanol. Même opinion de Simon (*Strasbourg méd.*, déc. 1934, n° 34, 699 et de BOUREAU (*Thèse Méd. Paris*, 1934).

Alcool éthylique

REGY (*Thèse Méd. Toulouse*, 1935) étudie les injections intraveineuses d'alcool éthylique au point de vue thérapeutiquement anesthésique

Anesthésique locaux

RÉGNIER et DAVID (*Acad. Sc.*, 15 avril 1935) constatent que l'acide salifiant la cocaïne joue un rôle extrêmement important pour le développement de la force anesthésique de cette base. La force de l'acide n'est pas seule en cause, car les activités des

sels ne s'ordonnent pas selon le degré d'hydrolyse de ces sels. La base anesthésique mise en liberté par hydrolyse n'est donc pas la seule partie active. Les lipoïdes cellulaires ne sont pas également seuls en cause, car les sels s'ordonnent selon une série qui a été trouvée essentiellement sur des substances albuminoïdes. Des faits exposés et de la constatation que le citrate de cocaïne n'agit presque pas sur la cornée, alors que les sels à fort pouvoir anesthésique sont très rapidement absorbés, les auteurs déduisent que l'acide support de la base anesthésique exerce son influence dans la période de pénétration dans la cellule ou de fixation sur la cellule. Il importe donc, le sel d'alcaloïde agissant dans son entier, de présenter en pratique l'alcaloïde à la cellule sous la forme saline qui lui convient le mieux.

GOINARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 689) montre que la toxicité de la scurocaïne est beaucoup plus faible par voie artérielle que par voie veineuse.

CHWEITZER (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 1098) étudie l'influence de la cocaïne sur les seuils d'excitation électrique des nerfs.

TERSON (*Soc. Ophtalmol. Paris*, 24 janv. 1935) présente un collyre huileux à la larocaïne base à 1/15 précieux pour calmer beaucoup de douleurs oculaires spontanées et provoquées, et, en particulier, après les cautérisations au sulfate de cuivre, où l'huile calme et isole la cornée.

J. C. BOLCH (*Soc. Chir. Paris*, 5 déc. 1934) et ALIVISATOS (*Gaz. méd. France*, 1935, n° 1, 71) étudient l'anesthésie locale en chirurgie gastrique et gastro-duodénale.

TRÈVES (*L'Hôpital*, mars B, 1935, n° 379, 230) préconise l'anesthésie locale dans le traitement des traumatismes.

GANDY et HUREZ (*Gaz. méd. France*, 1934, XXXIX, 637) étudient la rachianesthésie et ANGELESCO et BUZOIANU (*Lyon chir.*, 1934, XXXI, n° 4), la pathogénie de l'hypotension artérielle dans la rachianesthésie.

Hypnotiques barbituriques

UNGAR (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 572) montre que les doses relativement faibles d'adrénaline qui déterminent encore une légère hypertension générale et provoquent une vasodilatation au niveau des pattes déterminent après injection intraveineuse de gardénal (3 cgr. par kgr.) une hausse beaucoup plus importante de la pression carotidienne et surtout transforment l'hypotension périphérique en une hypertension particulièrement marquée au niveau de la patte énervée. L'injection intraveineuse de gardénal rétablit l'action hypotensive des doses moyennes d'adrénaline chez l'animal yohimbinisé et lorsqu'il est administré avant la yohimbine, le gardénal empêche l'inversion adrénalinique. L'antidotisme de la strychnine s'étend sur cette action du gardénal. La dose d'adrénaline qui est hypertensive chez l'animal soumis à l'action de la yohimbine et du gardénal redevient hypotensive sous l'influence de la strychnine. Ces actions du gardénal semblent avoir leur point d'attaque au même niveau que l'adrénaline et la yohimbine, c'est-à-dire dans le muscle même, soit plus probablement au niveau d'un appareil récepteur périphérique de nature nerveuse ou chimique.

OBRÉ (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1299) a constaté que le gardénal augmente la chronaxie du ganglion étoilé et celle des fibres postganglionnaires.

TOURNADE et JOLTRAIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 240) observent avec les doses fortes d'évipan intraveineux une paralysie des instruments périphériques cardio-vasculaires avant tout, mais dans le cas d'intoxication profonde, une atteinte également des centres vaso-moteurs eux-mêmes.

L'évipan est l'objet cette année de plusieurs travaux au point de vue de son emploi comme anesthésique général, tout le monde est d'accord pour admettre son grand intérêt, à condition de l'administrer avec prudence et en tenant compte des sensibilités individuelles. Nous signalerons tout d'abord le très beau travail de MENEGAUX et SECHEHAYE (*J. de Chir.*, sept. 34, n° 3, 363) dans lequel les auteurs exposent au long leurs recherches illustrées de nombreuses observations et confirment leurs résultats précédents (voir notre revue de l'année passée). Signalons également les travaux de DESPLAS (*Soc. Chir.*, 8 mai 1935), de MOURE (*Soc. Chir.*, 27 mars 1935), de MOURE FONTAINE et ROUAULT (*Soc. Chir.*, 14 nov. 1934), d'HIRCHBERG (*Soc. Méd. Paris*, 29 juin 1935), de GAUTIER (*Soc. Chir.*, 31 oct. 1934), de DUCUING et FABRE (*Soc. Chir.*, 31 oct. 1934), de GUY (*Gaz. méd. de France*, 1er oct. 1934 n° 16.843 et *Presse Méd.*, 29 décembre 1934), d'AUSSILLOUX (*Montpellier méd.*, 15 janv. 1935, n° 1, 26), de TERRACOL (*XLVIIe Congrès d'Oto-rhino-laryngol. Paris* 11-17 octobre 1934), de KIEM-NGOC (*Thèse Méd. Montpellier*, 1935) et de MUNCIA (*Thèse Méd. Alger*, 1935).

ROUDIL (*Soc. Chir. Bordeaux*, 11 avril 1935) préconise l'anesthésie de base au sonéryl sodé buccal et d'ALLAINES (*Soc. Chir.*, 29 mai 1935) l'anesthésie de base au nembutal buccal, corps très voisin du sonéryl.

ETIENNE et DROUET (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 8 févr. 1935) présentent un cas de tétanos traité et guéri par la sérothérapie et le gardénal intraveineux ; LEREBOULLET (*Concours méd.*, 4 nov. 1934, n° 44, 2989) associe le gardénal au chlorure de calcium et à la médication phosphorée dans le traitement des états nerveux de la première enfance. PAGNIEZ (*Presse méd.*, n° 1, janv. 1935) emploie le gardénal dans la migraine aux mêmes doses que dans l'épilepsie avec de très bons résultats.

LÉVÊQUE (*Thèse Méd. Paris*, 1935) étudie l'action dans l'épilepsie de la n-méthyléthylphénylmalonylurée, faible toxicité et bons effets.

BERTRAND et Mlle THIERRY (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 837) étudiant les lésions du système nerveux central dans l'intoxication expérimentale par l'évipan sodique insistent sur l'importance des lésions infracorticales, diencéphaliques, bulbaires et spinales, le cortex cérébral est également atteint. Mlle THIERRY (*C. R. Soc. Biol.*, CXIX, 1108) signale en outre dans les intoxications par les doses excessives d'évipan et surtout dans les intoxications chroniques, en dehors des lésions de chromatolyse des centres nerveux, des lésions hépatiques et rénales et des lésions congestives diffuses dans divers organes.

SCHMITE et LEMANT (*Paris méd.*, juill. 1934, n° 30, 77) étudient les intoxications barbituriques et décrivent trois ordres de faits : des signes d'intoxication légère survenant au cours d'un traitement épileptique, somnolence, véritable ivresse, myalgies, arthralgies, troubles généraux, éruptions ; 2° des signes plus graves résultant de l'abus d'un remède en réalisant une véritable toxicomanie : éruptions, douleurs, troubles généraux, de la parole, oculaires, tremblements avec diminution des réflexes, troubles de l'équilibre, troubles mentaux ; 3° des signes très graves susceptibles d'entraîner la mort qui sont le résultat le plus souvent d'une tentative de suicide : phase précomateuse, coma profond, accidents postcomateux, polynévrites, séquelles nerveuses ou psychiques. Les auteurs étudient ensuite les bases essentielles du pronostic et le traitement au premier rang duquel ils placent la strychnine et l'oxygénothérapie.

CASTIN et GARDIEN (*Presse méd.*, 3 oct. 1934, n° 79, 1536) présentent six nouvelles observations d'arthralgies et myalgies barbituriques. CHAVANY (*Presse méd.*, 5 déc., 1934, n° 97, 1957) étudie le barbiturisme aigu en tant que toxicose neurovégétative.

GIRARD (*Soc. méd. Nancy*, oct. 1934) présente un cas d'intoxication par 1 gr. 80 de gardénal guérie par l'association lavage d'estomac, strychnine et coramine instraveineuse.

COURBON et MARS (*Soc. méd. Psychol.*, 8 nov. 1934) présentent un cas d'escharres gardénaliques séquelles d'une tentative de suicide.

La strychnothérapie de l'intoxication barbiturique est toujours à l'ordre du jour, et continue à faire ses preuves. Nous citerons sur ce sujet les travaux de ABEL KISSEL et Mlle DEVIN (*Soc. de Méd. Nancy*, oct. 1934), BOUDIN (*Concours méd.*, févr. 1935, n° 7, 486), CARRIÈRE, HURIEZ et WILLOQUET (*Paris méd.*, 1934, XXIV, 61), CARRIÈRE et HURIEZ (*Echo méd. du Nord*, juill. 1934, n° 30, 178, *Soc. Méd. du Nord*, 29 janv. 1935, *Presse méd.*, 23 mars 1935, n° 24, 465), FLANDIN (*Presse méd.*, 18 mai 1935, n° 40, 803), GARIN et GONIN (*Soc. méd. des Hôp. Lyon*, 4 déc. 1934) ; KERGOUDOU (*J. Méd. Bordeaux*, janv. 1935, n° 3, 74) et MASSIÈRE et BEAUMONT (*Presse méd.*, 2 janv. 1935, n° 1, 4), CHAÎNE-GINZBURG (*Thèse Méd. Nancy*, 1935) et de SERINGE (*Gaz. Hôp.*, 11 mai 1935, n° 18, 615).

URECHIA et DRAGOMIR (*Paris méd.*, 8 sept. 1934, n° 36, 18) ont traité avec succès par les injections intraveineuses d'alcool à 30 % un cas d'intoxication par 2 grammes de luminal et MÉNÉTREL a employé avec de bons résultats le carbone intraveineux dans les intoxications barbituriques.

Hypno-analgésique

Morphine

CREYX et LASSALLE-SAINT-JEAN (*C. R. Soc. Biol*, 1934, CXVII, 372) ont observé que chez le lapin la dose minima mortelle du chlorhydrate de morphine, par la voie sous-cutanée est de 335 mgr. par kgr., par la voie intraveineuse de 320 mgr. par kgr., par la voie intrapéritonéale de 650 mgr. par kgr. La différence séparant la dose mortelle de la dose immédiatement

◆◆

inférieure non mortelle est minime. On observe un abaissement marqué de la dose mortelle chez les animaux surmenés, mal nourris, injectés dès leur arrivée au laboratoire ou soumis à des conditions de température ambiante défavorable.

Mlle BONVALLET et LA BARRE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 970) constate que la morphine en injections intraveineuses chez le chien, à doses suffisantes pour produire l'égalisation des chronaxies des antagonistes des pattes postérieures, augmente au contraire l'écart préexistant des chronaxies de l'extenseur, celle du fléchisseur restant inchangée, fait certainement en relation avec la différence de tonicité et de comportement que présentent la main antérieure et postérieure de l'animal sous l'influence de la morphine.

CAHEN (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 124 et 126) observe chez le lapin accoutumé à la morphine une hypersensibilité de l'organisme aux modificateurs du système nerveux central, excitants comme les hyperthermiques ou dépresseurs comme l'antipyrine. Il observe également une diminution de réactivité de l'animal accoutumé à la morphine aux excitants du métabolisme cellulaire tels que l'alphadinitrophénol et une hypersensibilité aux agents pyrétogènes comme la tétrahydronaphtylamine dont l'action est à la fois centrale et périphérique, cette hypersensibilité étant due aux modifications exclusives du mécanisme thermorégulateur central.

Laudanosine

MERCIER et DELPHAUT (*C. R. Soc. Biol.*, CXVIII, 168) et DELPHAUT et PARET (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 107) sont d'avis que les convulsions produites par la laudanosine doivent être rapportées aux modifications produites par cet alcaloïde sur la moelle, sans exclure la possibilité d'une action excitante sur les centres pédonculaires et bulbaires, faisant de la laudanosine un convulsivant mixte à prédominance médullaire.

Pour DELPHAUT (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 1011) l'adrénaline peut être jusqu'à un certain point et à fortes doses considérée comme un antagonisme partiel local de la laudanosine, les seules propriétés convulsivantes de cet alcaloïde étant modifiées momentanément par l'adrénaline et cela grâce au mécanisme hypertenseur de l'adrénaline. Les doses non convulsivantes de laudanosine diminuent l'hypertension adrénalique faiblement mais d'une manière constante.

Papaverine

MERCIER et DELPHAUT (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 572) sont d'avis que l'hyperglycémie papavérinique est due à une adrénalino-sécrétion. Les mêmes auteurs (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1039) constatent que la papavérine, l'hydrastine et la narcotine, alcaloïdes du groupe isoquinoléique, possèdent des propriétés stimulantes respiratoires dont le mécanisme principal ne paraît pas être un réflexe à point de départ sino-carotidien.

Dilaudide

SAINTON (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 13 juil. 1934) attire l'attention sur la dilaudidomanie analogue à la morphinomanie.

Strychnine

NITZESCU, RUDEANU et ANGELESCU (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 500) ont constaté que la paraldéhyde à des doses supérieures à 0 gr. 4 par kgr. élève la chronaxie. Sur un même animal la chronaxie diminuée par la strychnine est augmentée par la paraldéhyde et réciproquement. Ces effets opposés expliquent l'action de la paraldéhyde et réciproquement. Ces effets opposés expliquent l'action de la paraldéhyde dans les états convulsifs.

PAISSEAU, BRAILLON et VAILLE (*Soc. Péd.*, 29 janv. 1935), préconisent la strychnine à fortes doses dans le traitement des diphtéries malignes.

Acide cyanhydrique

MASSONET (*Thèse Méd. Paris*, 1935) étudie l'action antidote de l'hyposulfite de soude dans l'intoxication cyanhydrique. Cette action n'est pas parfaite. L'hyposulfite de soude présente sans doute une certaine action préventive, mais son action curative paraît se borner à l'accélération du retour des oxydations cellulaires à la normale dans les intoxications légères.

Médicaments de l'épilepsie

VILLEY-DESMERETS (*Paris méd.*, 1934, n° 31, 109) a obtenu des résultats encourageants avec les solutions hypertoniques dans le traitement de l'épilepsie.

TRABIEUX (*Thèse Paris*, 1935) étudie le traitement des affections nerveuses par divers médicaments tels que le tartrate boricopotassique, le KBr, le gardénal et l'extrait de belladone, et DAGANT et GOARANT (*Marseille méd.*, 1934, n° 35, 736) préconisent une solution de bromogalactogluconate de Ca dans l'épilepsie.

(*A suivre*)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Medecine

Il peut exister chez les tétaniques, soumis au traitement sérothérapique intense associé à la chloroformisation, un syndrome humoral d'hyperazotémie généralisée portant à la fois sur l'N uréique, sur l'N total non protéique et, essentiellement parmi les composants de celui-ci, sur l'N polypeptidique.

Cette hyperazotémie coïncide avec une hépato-néphrite congestive intense qui semble la conditionner tout au moins pour une part.

La responsabilité des manœuvres thérapeutiques dans le déterminisme de cette intoxication azotée reste à éclaircir.

Malgré le doute qui subsiste sur ce dernier point, des conclusions pratiques peuvent être tirées.

Elles ne sauraient en aucune façon porter atteinte aux thérapeutiques vigoureuses mises en œuvre au cours du tétanos. Celles-ci sont une nécessité, et le spectre d'une intoxication azotée problématique ne saurait empêcher d accorder à la sérothérapie spécifique et à la thérapeutique hypnotique leur developpement habituel et indispensable. Toutefois, il faut songer à la possibilité de cette intoxication et essayer de la prévenir, sans qu'en souffrent les manœuvres thérapeutiques essentielles. La mort tardive par azotémie chez ces malades est d'autant plus navrante qu'elle survient en un moment où une guérison difficile semble enfin obtenue.

Ce n'est plus pourtant à cette période tardive qu'elle peut être évitée. Dès le début de l'évolution du tétanos la notion d'une azotémie ultérieure possible s'ajoutera donc aux multiples préoccupations qu'apportent ces malades à l'esprit de celui qui les traite. On suivra l'évolution de l'urée sanguine, on favorisera une diurèse souvent déficiente par des injections longtemps répétées de sérum glucosé isotonique ou hypertonique ; on pourra administrer des extraits de foie ; on utilisera de préférence des sérums purifiés privés d'une bonne part de leurs albumines hétérogènes. Enfin, tout en ne craignant pas, de garder au traitement général de la maladie toute son ampleur, on ne fera pas pourtant des tétaniques l'objet de ces multiples agressions médicamenteuses qu'une fâcheuse tendance amene parfois à accumuler : leur nombre, s'il ne multiplie pas l'efficacité des effets produits, exagère sans profit les risques d'intoxication. De la sorte on aura, dans la mesure du possible, essayé d'éviter au tétanique cette complication grave qu'est la toxémie azotée.

(Henry Warembourg et Jules Driessens. Hyperpolypeptidémie au cours du tétanos. *La Presse Médicale*, 16 octobre 1935.)

Deux observations de phlébites mélitococciques sont rapportées par M. M. H. Roger et Audier. Les complications phlébitiques de la mélitococcie sont exceptionnelles ; peut être cette rareté n'est-elle que provisoire.

Des cas publiés par différents auteurs : les caractéristiques des phlébites mélitococciques apparaissent comme les suivantes :

Dans tous les cas il s'est agi de phlegmatia alba dolens Douleurs dans l'ensemble peu marquées.

C'est l'œdème qui domine le tableau clinique. La bilatéralisation n'a été observée que dans un cas.

Le début est plus tardif en pleine période d'état. Evolution bénigne dans la plupart des cas.

Dans un cas l'existence de myocardite est signalée. Dans deux cas, il y eut des infarctus pulmonaires, peu graves.

BIBLIOGRAPHIE

Abrégé de pathologie expérimentale, par René FRANQUET et B. GINSBOURG. In-8° écu, 310 pages, avec figures, 1936, 30 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe).

Cet ouvrage condense toutes les données de pathologie expérimentale indispensables à l'étudiant en médecine de troisième année.

Le médecin y trouvera le résumé des acquisitions les plus récentes dans le domaine de l'immunologie, de la bactériologie, des maladies infectieuses, de la physiologie pathologique et de l'endocrinologie.

Pour le praticien, une « Note clinique », en fin de chapitre, indique les directives thérapeutiques.

« Sans vouloir enlever au clinicien la prépondérance de son jugement déclare le Professeur Noël Fiessinger dans la préface, je suis de ceux qui pensent qu'il doit savoir raisonner... et pour ce raisonnement, la pathologie expérimentale est, en quelque sorte, le sport d'entraînement. Le livre que je présente au public médical est un exemple de concision et de précision. Pas un livre actuel ne vaut celui-ci.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Publication trimestrielle de la Société d'histoire littéraire de la France. Abonnement : un an ; France : 50 francs. Le numéro : 14 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro de juillet-septembre 1935 :

I.-J. Guisan : L'évolution de l'art de La Fontaine d'après les variantes de l'« Adonis » (*suite et fin*). — G. Cucuel : La vie de Société dans le Dauphinois au XVIIIe siècle. — Ch. Joatton : Comment Lamartine composa le « manuscrit de ma mère », d'après le « Journal », inédit de Mme de Lamartine.

II. Mélanges. — Les articles de mariage entre M. le Comte de Grignan et Mlle de Sévigné (J.-M. Taylor). — Questions de méthode de : La crise de la conscience européenne : 1680-1715 (D. Mornet). — Encore La Fontaine et Bernier (René Jasinski). — Bibliographie de pièces de théâtre parues en France de 1815 à 1848, avec indication des pièces ayant un caractère social ou une tendance social (*suite*) (Sylvia-L. England). Encore Rousseau et les Charmettes (A. Schinz). — Deux notes sur Louise Colet (Joseph-J. Jackson). — Une source du « Crime de Sylvestre Bonnard » (G. Gougenheim). — L'influence d'Isidore Ducasse sur les débuts littéraires d'Alfred Jarry (H.-A. Grubbs).

III. Comptes rendus. — Edmond Huguet : Le langage figuré du XVIe siècle (Raymond Lebègue). — L.-A. Schwartz : The Comedi a dell'arte and its influence ou french commedy in the seventeenth century (D. Mornet). — Marcel Françon : Albums poétiques de Marguerite d'Autriche (Henry Guy). — Henri Brémond : Histoire littéraire du sentiment religieux ; — L'Abbé Tempête, A. de Rancé, réformateur de la Trappe. Les plus belles pages de Fénelon (Jean Dagens). — Harcourt Brown : Scientific organizations in sewenteenth century France (1620-1680) (René Pintard). — Mme Paul Tannery : Correspondance du P. Marin Mersenne, religieux minime (Hélène Metzger). — H. Dorothea Mac Pherson : Censorship under Louis XIV (1661-1715). Some aspects of its influence (Albert Schinz). — Albert Bachmann : Censorship in France from 1715 to 1750 : Voltaire's opposition (Albert Schinz). — A. Hendell : J.-J. Rousseau moraliste (Albert Schinz). — Marie Delcourt : La tradition des comiques anciens en France avant Molière (D. Mornet). — Francis Carmody : Le répertoire de l'Opéra-Comique en vaudeville de 1708 à 1764 (D. Mornet). — Gérard Gailly : Les véhémences de Louise Colet (Édouard Maynial).

IV. — Chronique — Dépouillement de catalogues d'autographes (*suite*).

Une « Histoire de la Pharmacie » sur le point de paraître

On connaît les innombrables travaux de M. Bouvet, docteur en pharmacie, licencié ès sciences-physiques, vice-président de la Société d'Histoire de la Pharmacie, membre de la Société de Pharmacie de Paris, etc... Nul n'était mieux désigné que lui pour mener à bonne fin la tâche redoutable qu'il a entreprise : écrire l'histoire complète de la science et de la profession pharmaceutique dans notre pays, depuis l'époque gauloise jusqu'à aujourd'hui, dépeindre le labeur, les peines, les luttes, les gloires des apothicaires et des pharmaciens français de tous les temps et de toutes les conditions, bref brosser une magistrale encyclopédie rétrospective de la pharmacie.

Cette œuvre considérable, d'une lecture variée et attrayante, n'est pas seulement un résumé de tout ce qui a paru sur la question : son principal mérite réside dans sa nouveauté, beaucoup de documents intéressants ayant été découverts et utilisés pour la première fois par l'auteur lui-même.

En outre, M. Bouvet, loin d'être un compilateur monotone, a su tirer de l'histoire un enseignement : il a même exprimé des idées originales sur l'avenir.

Enfin il a ajouté à son exposé un « Livre d'or de la pharmacie », c'est-à-dire une liste biographique très complète de toutes les personnalités ayant illustré ou illustrant actuellement la profession.

Des tables soignées, une illustration abondante comprenant notamment 6 planches en couleurs « au pochoir », des papiers et une typographie de luxe assureront à ce volume, publié par les Éditions d'Art Occitania de Paris, l'affection des plus délicats bibliophiles.

Il est, pour quelques jours seulement, en souscription au prix de faveur de 60 francs (franco domicile) pour les exemplaires sur couché mat, de 200 francs pour quelques exemplaires spéciaux sur Japon d'origine avec double suite (Prix augmentés après parution). Tous ces exemplaires seront numérotés et porteront le nom des souscripteurs. On souscrit à la Librairie Occitania, 6, passage Verdeau, Paris (IXe), (Chèques post. Paris 656-85).

Education sexuelle, par le Docteur [illegible] brochure, prix : 3 francs, chez l'auteur, à Casablanca.

[illegible] où l'auteur conclut à une éducation sexuelle [illegible] contrôlée.

La durée des symptômes phlébitiques est semblable à celle des thromboses veineuses dues à d'autres causes.

L'apparition de la phlébite ne paraît pas avoir influencé la mélitococcie qui n'est ni écourtée, ni aggravée.

S'agit-il d'une localisation veineuse du mélitensis ou de manifestations d'infections secondaires ?

La première hypothèse — localisation veineuse de la septicémie mélitococcie — paraît la plus vraisemblable.

(H. Roger et Audier. Phlébites mélitococciques. *Gazette des Hôpitaux*, 1er mai 1935.)

Brûlures

Dans les brûlures superficielles étendues, le praticien dispose actuellement de moyens tellement efficaces qu'ils permettent le plus souvent de faire franchir aux brûlés la redoutable *phase toxique* (premier-troisième jour) ; ces moyens sont essentiellement le *sérum salé hypertonique* et le *tannage* des brûlures par pulvérisation d'une solution d'acide tannique pendant quelques heures, après antisepsie préalable.

La thérapeutique n'est malheureusement pas encore aussi bien réglée en ce qui concerne les accidents plus tardifs ; le traitement tannique n'empêche, en effet, pas toujours la suppuration ultérieure et les complications qui en résultent. Lorsque celle-ci se produit on doit chercher à obtenir dans le plus court délai, la désinfection des plaies par des pansements antiseptiques fréquemment renouvelés, afin de pouvoir appliquer des greffes le plus tôt possible.

Dans les brûlures superficielles de faible étendue au contraire, le traitement tannique donne constamment des résultats excellents ; il suffit de panser les brûlures, préalablement nettoyées, avec des compresses imbibées de la solution tannique, entourées de coton hydrophile et maintenues par des bandes ; le pansement est enlevé en entier du douzième au quinzième jour ; on trouve l'épiderme entièrement et parfaitement reconstitué.

La solution d'acide tannique est préparée extemporanément, car le tannin en solution se transforme rapidement en acide gallique.

On fera dissoudre dans un ou plusieurs litres d'eau bouillie, suivant l'étendue des brûlures, 25 grammes par litres de tannin ; on pourra ajouter à la solution 4 à 6 grammes de bicarbonate de soude par litre.

b) Le pulvérisateur pourra être un gros vaporisateur de toilette, à condition que ses parties métalliques soient *chromées*. Si l'on n'en a pas à sa disposition, on pourra simplement utiliser une seringue de 20 cm³ montée avec une aiguille *très fine*.

(J.-C. Rudler. État actuel du traitement des brûlures superficielles en pratique courante. *Le Bulletin Médical*, 18 mai 1935.)

Dans le traitement de l'œsophagite corrosive aiguë la dilatation de bas en haut par un petit ballon d'air a donné des résultats satisfaisants entre les mains de M. Bélinoff qui préconise un appareil composé des parties suivantes :

1° Une sonde de Nélaton longue de 36 cm. et munie d'un petit ballon à air en caoutchouc ;

2° D'un double ballon servant à remplir d'air le petit ballon ;

3° D'un manomètre pour mesurer la pression dans le petit ballon, et, par conséquent, sa dimension.

La sonde est introduite dans l'œsophage sous le contrôle de l'œil à l'aide de l'œsophagoscope.

Quand l'instrument touche le cardia, on remplit le petit ballon jusqu'à un point du manomètre correspondant au calibre de l'œsophage et préalablement déterminé, après quoi on extrait le petit ballon jusqu'à la bouche de l'œsophage. On laisse l'air sortir du ballon et on repousse l'instrument jusqu'au cardia et ainsi de suite. La séance peut durer de cinq à trente minutes, selon la tolérance du malade.

Avantages de la méthode :

1° La dilatation se fait par un ballon d'air et de bas en haut, ce qui garantit presque sûrement contre une perforation ;

2° La dimension du dilatateur peut être individualisée et exactement mesurée ;

3° Il ne s'agit pas d'une dilatation forcée comme dans le bougirage, mais plutôt d'une *extension très délicate des parois œsophagiennes*, un mécanisme qui correspond mieux aux buts que se pose le traitement de l'œsophagite corrosive aiguë.

(S. Bélinoff. Sur le traitement de l'œsophagite corrosive aiguë. *La Presse Médicale*, 9 octobre 1935.)

Clinique thérapeutique

Le lait de femme a été employé comme hémostatique local dans trois cas de prostatectomie transvesicale.

Voici l'un de ces cas :

Il s'agissait d'un prostatique qui fut cystostomisé en raison d'un tamponnement de la vessie par des caillots apparus au cours d'une rétention complète. La prostatectomie a eu lieu trois mois plus tard. L'adénome fut enlevé sans difficultés. Alors que le saignement était important, le sang s'écoulait par les bords de la plaie. On appliqua dans la loge prostatique des mèches trempées dans une solution physiologique chaude de chlorate de soude avec de l'adrénaline. L'hémorragie resta toujours considérable ; enfin, on mit des mèches bien imbibées de lait de femme ; bientôt l'hémorragie s'affaiblit, les mèches furent renouvelées et la loge prostatique en fut remplie. Un contrôle exact démontra que le champ opératoire était tout à fait sec. Six heures après l'opération, les urines sont faiblement colorées, le lendemain presque claires. Les suites opératoires sans complications et le malade guéri a quitté l'hôpital un mois après la prostatectomie.

A l'occasion de deux autres prostatectomies, « nous avons pu constater, sans restrictions, l'action fortement hémostatique du lait de femme. D'une efficacité pareille semble être l'application du lait humain dans les cas d'hémorragie au cours des maladies ou au cours d'interventions rhino-laryngologiques.

Malgré mon expérience clinique restreinte, en présence des faits expérimentaux signalés ci-dessus, je considère l'emploi du lait de femme comme justifié dans la pratique médicale et chirurgicale. Il faut insister sur la qualité capitale du lait humain, sur son pouvoir d'agir d'une manière strictement physiologique. »

(L. Lindenfeld. L'action hémostatique du lait de femme. *La Presse Médicale*, 24 août 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Stomatologie

Le foyer pyorrhéique alvéolo-dentaire joue un rôle important en pathologie.

L'auteur cite une statistique qui lui attribue :

18 % des cas de rhumatisme.
8 % — myocardite.
8,4 % — endocardite infectieuse.
9 % — insuffisance mitrale.
7 % — anémie pernicieuse.
7,2 % — ulcère gastrique.

Il semble bien qu'on n'insistera jamais assez sur le danger d'une bouche en mauvais état.

(E.-A. Zawels. Valor sintomatico del pus en las afecciones alvéolo-dentarias. *Semana Medica*, 30 mai 1935.)

Thérapeutique

La rœntgenthérapie possède une action antinévralgique, qui n'est pas assez connue.

La sciatique supérieure ou funiculite est traitée par la rœntgenthérapie à la fin de la phase initiale. Le champ d'irradiation s'étend de la troisième lombaire à la deuxième sacrée inclusivement et englobe l'articulation sacro-iliaque.

Les résultats sont bons dans cette forme ainsi que dans les névralgies cervico-brachiale, intercostale, zostérienne, pleurale, la talalgie ; par contre la névralgie faciale et la sous-occipitale sont moins influencées.

Dans bien des cas la rœntgenthérapie paraît supérieure à la diathermie.

(C. de Guide. La rœntgenthérapie des algies. *Scalpel*, 14 septembre 1935.)

Toxicologie

Les cas d'œdème pulmonaire aigu post neosalvarsanique sont assez rares dans la littérature médicale ; en voici un cas dont la guérison montre l'efficacité d'une thérapeutique judicieuse ; il s'agissait d'un homme de 23 ans, qui avait déjà reçu trois injections de néo.

Pendant la quatrième injection le malade fut pris de dyspnée ; on interrompit l'injection et on pratiqua une injection intramusculaire d'un milligramme d'adrénaline.

Quelques minutes plus tard, le malade commence à tousser et à expectorer un peu de mousse ; la dyspnée augmente. On fait une seconde injection de 1/2 mgr. d'adrénaline.

A l'entrée à l'hôpital le sujet est cyanosé ; la dyspnée persiste. Le thorax est entièrement submat : des râles ronflants, sibilants et crépitants occupent les deux poumons. Le rythme cardiaque est accéléré à 108 ; les bruits sont assourdis, le pouls à peine perceptible.

On pratique une saignée de 400 grammes, une injection intraveineuse de 1/4 mgr. d'ouabaïne ; on fait respirer de l'oxygène. La dyspnée reste intense.

Trois quarts d'heure plus tard on fait une nouvelle saignée de 200 gr., on injecte encore 1/4 mgr. d'ouabaïne par voie intraveineuse et 5 c.c. d'huile camphrée par voie intramusculaire.

La dyspnée s'atténue progressivement.

Le lendemain le visage est légèrement congestionné ; le pouls est à 100 ; dans l'urine on trouve un fin nuage d'albumine. Il y a quelques frottements pleuraux à la base gauche. On applique des ventouses, on injecte de l'huile camphrée et on prescrit du chlorure de calcium, 12 gr.

Le jour suivant même médication ; le lendemain le malade sort guéri.

(O. Pascanu et G. Georgescu. Un cas d'œdème pulmonaire post neosalvarsanique guéri. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest*, mai 1935.)

« Comme les médecins, en général, ont peu de connaissances de toxicologie, soit par insuffisance des programmes de chimie, soit par défaut d'intérêt pour cette matière, et comme le pédiastre, en particulier, peut être désorienté devant un tableau clinique de cyanose, s'il ne pense pas à une intoxication par la nitrobenzine ».

La nitrobenzine $C^3H^6AzO^6$ est un liquide huileux incolore ou jaunâtre dont l'odeur ressemble quelque peu à celle de l'essence d'amandes amères ; elle est insoluble dans l'eau, mais soluble en toutes proportions dans l'alcool et l'éther. Elle est utilisée dans l'industrie, sous le nom d'essence de mirbane, pour parfumer les savons, les confitures.

La dose toxique varie de quelques gouttes à quelques centimètres cubes.

L'auteur rapporte trois observations personnelles d'intoxication, deux par voie buccale et une par voie cutanée. La première est particulièrement intéressante ; nous la donnons avec quelques coupures.

Observation n° 1 : Le 12 janvier 1933 se présente au Centre préventif n° 2 de la Direction générale de la Santé une mère, qui raconte que la veille son fils est devenu brusquement tout bleu, a perdu connaissance pendant quelques minutes et est resté dans un état de relâchement musculaire presque complet. D'après elle l'enfant était bien portant et elle lui avait simplement donné une petite cuiller d'huile d'amandes une demi-heure avant l'apparition des troubles.

(Enfant de deux mois, pesant 5.900 gr. et présentant simplement une cyanose intense et généralisée).

Diagnostic. — Devant ce tableau de cyanose si alarmant nous pensons aux trois diagnostics possibles : 1° traumatisme crânien obstétrical ; 2° affection cardiaque congénitale ; 3° granulie pulmonaire.

Nous écartons le traumatisme crânien parce que la mère est multipare (huit enfants) et que l'accouchement s'est fait sans difficulté.

L'affection cardiaque congénitale ne peut être écartée de façon aussi nette, car elle peut apparaître à une époque quelconque sous une forme plus ou moins aiguë ; mais l'examen négatif du cœur commande d'autres recherches. Faut-il diagnostiquer une affection pulmonaire ? Mais alors quelle étiologie ?

En tenant un large compte de l'anamnèse, nous apprenons que la mère a présenté, il y a trois ans, un syndrome pulmonaire interprété comme tuberculeux. Le nourrisson, pour sa part, avait présenté, quinze jours plus tôt, de la toux, une légère température : en l'absence de syphilis, on penche pour la tuberculose. Un Pirquet et une radio sont négatifs. On en arrive à ne poser aucun diagnostic et à suivre le nourrisson pour dépister un souffle cardiaque.

Ainsi s'écoulèrent trois jours d'incertitude ; c'est alors qu'un pharmacien, interrogé sur l'huile d'amandes, expliqua qu'on vendait dans certaines pharmacies, sous ce nom, de l'huile de coton additionnée d'essence de mirbane, produit très toxique, produisant de la cyanose. Cette indication précieuse nous mit sur la piste du diagnostic. L'analyse de ce qui restait de l'huile d'amandes, absorbée par le nourrisson, contenait effectivement de l'essence de mirbane.

(Pedro Aroya Chiapa. Intoxicaciones en el lactante por Nitrobencina o Esencia de Mirbano. *Archivos del Hospital del ninos Roberto del Rio*, mars 1935.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 22 novembre 1935

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large mais esthétique. (*Suite de la discussion du 8 novembre*).

— *M. Blanc* considère comme exagérées certaines des conclusions de la communication faite par M. Dupuy de Frenelle à la séance du 8 novembre, surtout en ce qui concerne les mammites chroniques. Il souligne l'importance de l'examen histologique.

M. Dupuy de Frenelle précise quelques conclusions de sa communication faite à la dernière séance. En particulier, il note que l'ablation large ou totale du sein ne saurait s'appliquer à la mammite chronique banale qui se caractérise par une diminution de souplesse de la totalité du sein ou des deux seins.

Un cas de ténoplastie des muscles fléchisseurs des doigts pour une main en griffe (pseudo-maladie de Volkmann. — *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur cette observation communiquée par *M. Lucien Diamant-Berger* (de Paris) et dans laquelle cet auteur a pratiqué, sur huit tendons, des allongements au niveau du canal carpien. L'amélioration apportée au malade a été considérable et s'est maintenue.

Fracture verticale de la rotule quatre ans après une opération de Krogius. — *M. André Trèves* fait un rapport sur un travail de *M. Lucien Diamant Berger* (de Paris). Il s'agit d'un jeune homme atteint de luxation bilatérale de la rotule, à qui, en 1930, à l'âge de 16 ans, fut faite des deux côtés, l'opération de Krogius-Lecène (un faisceau du vaste externe est transporté à la partie externe et passé en cravate au-dessus de la rotule). Quatre ans après, à la suite d'un traumatisme (chute sur le genou gauche) grosse hémarthrose. Six semaines après, à la suite d'un effort, fracture verticale avec déplacement en dehors du fragment externe. Cerclage. Guérison.

Le rapporteur fait observer que la rotule luxée congénitalement est malformée et peut présenter une fragilité spéciale. De plus, l'intervention plastique, en transposant seulement la rotule coude au niveau de l'os, avec un angle à sinus externe, la tige que constituent le quadriceps, la rotule et le tendon rotulien. Il semble donc utile de compléter l'intervention par transfert en dedans de l'insertion tibiale du tendon rotulien, comme l'ont fait Roux, Mouchet, etc...

Histoire clinique d'un cas de linite plastique. — *M. Jean Lanos* communique la suite d'une observation de linite plastique localisée au pylore pour laquelle il avait fait une hémigastrectomie en février 1933 et qui avait été publiée comme un cas de guérison en mai 1935 dans la thèse de J.-E. Martin, mais à partir de juillet-août apparurent des signes de

récidive et de généralisation : gros foie, masses abdominales, ascite légère, parois rectales infiltrées. L'auteur conclut que le pronostic de la linite plastique, même opérée à son début par une exérèse large, reste très sombre : extension quasi fatale du processus à tout le tractus digestif.

Fractures à retardement ou fractures avec déplacement en deux temps. — *M. Masmonteil* désigne sous cette dénomination des cas où l'accident initial ne détermine aucune lésion immédiate du squelette visible à la radiographie ; mais où un nouvel examen aux rayons X pratiqué quinze jours plus tard, fait constater l'existence d'un grand déplacement. Il en communique deux cas caractéristiques : l'un de fracture du col du fémur, l'autre de fracture de la clavicule et il insiste sur l'intérêt de ces observations, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue médico-légal.

Diagnostic de la mortification de l'os par l'étude galvanométrique. — *M. Masmonteil* a observé, au cours d'études électrolytiques sur le matériel d'ostéosynthèse, que l'os vivant avait une tension électromotrice élevée, tandis que l'os mort a une tension nulle ; aussi, l'auteur voit-il, dans le galvanomètre, un moyen facile de diagnostic pour connaître l'état de mortification de l'os, ainsi que l'étendue de celle-ci.

Appendicite opérée à chaud. Occlusion intestinale consécutive. Iléostomie. Fermeture ultérieure de la fistule par résection de l'anse et anastomose termino-terminale. — *M. R. Français* communique trois observations d'occlusion intestinale post-appendiculaires qui furent guéries par la ponction de l'intestin. Dans deux de ces cas, la fistule porta sur le cæcum ; dès la fin de la période d'occlusion, ces fistules se fermèrent spontanément. Dans un troisième cas, les accidents d'occlusion survinrent vers le septième jour, après une opération d'appendicite avec abcès. La ponction put être faite sur le cæcum ; elle porta sur l'anse grêle distendue qui se présenta la première ; les accidents d'occlusion cessèrent, mais, très vite, la fistule entraîna des ulcérations de la peau par l'action des sucs intestinaux et pancréatiques et une cachexie rapide par dénutrition. L'action corrodante des sucs intestinaux empêchait la fermeture spontanée, à l'inverse de ce qui se produit lorsque la fistule est située sur le cæcum ou la portion avoisinante de l'iléon. Il fallut recourir à la résection de l'anse fistulisée et à une anastomose termino-terminale des deux segments de l'intestin grêle qui amena la guérison rapide du malade.

L'emploi en chirurgie orthopédique de liquides hémostatiques. — *M. Raphaël Massart* utilise couramment ces liquides et simplifient et l'acte et les suites opératoires.

Séance du 6 décembre 1935

Un cas de résection des apophyses épineuses pour une cyphose dorsale douloureuse. — *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur un travail de *M. Vidal-Naquet* (de Paris) consacré à une technique qui a déjà été expérimentée par le Professeur Leriche et qui lui a donné dans le cas présenté un excellent résultat, en calmant les douleurs, en supprimant les contractures et en rendant une vie active possible à un malade qui, depuis des années souffrait du dos. Le rapporteur fait un parallèle entre cette méthode et le forage dans les arthrites chroniques de la hanche.

Nouveaux cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — *M. Jean Guisez* communique les observations de trois malades atteints nettement de cancer de l'œsophage, vérifiés à la biopsie, dans lesquels, sous l'action du radium appliqué localement, la sténose a complètement disparu à l'endoscope. Parallèlement, la déglutition est redevenue possible aux aliments solides. Il insiste sur ce fait que les malades ont repris une vie absolument normale et des occupations souvent pénibles (boulanger, boucher). Il cite de nouveau, et pour mémoire, les cas résumés de trois malades présentés à la séance du 3 mars 1934 de la Société des Chirurgiens de Paris et qui sont toujours vivants, quatre ans et demi, trois ans et deux ans et demi après traitement par le radium. On n'obtiendra, par ce traitement, de résultats durables que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage, c'est-à-dire lorsque le diagnostic a été posé de façon précoce. Or, l'endoscope peut seul établir celui-ci de façon précise à cette période de début.

Dans plusieurs cas, soignés récemment, et bien qu'il se soit agi de formes avancées, l'association des rayons X profonds aux applications locales de radium a donné de très bons résultats.

Au sujet du traitement des brûlures par le tannin. — *M. Etienne Bernard* fait remarquer les dangers de la formule communément utilisée pour le tannage des brûlures. Il rappelle l'instabilité du tannin et la difficulté de préparation d'une solution susceptible d'un emploi chirurgical. Il présente la formule d'une solution neutre, aseptique et sans danger d'intoxication mercurielle.

Les épithéliomas profonds de la face à évolution bénigne. — *M. Dufourmentel* présente quelques malades et un certain nombre d'observations d'épithéliomas, tous vérifiés par l'histologie et ayant évolué de façon bénigne. Les uns siègent à la mâchoire inférieure, d'autres dans le palais, d'autres dans les glandes salivaires, plus rarement, dans d'autres régions de la face. Ils ont tous le caractère commun d'être des épithéliomas nés au niveau d'inclusions embryonnaires et, malgré l'examen histologique, malgré des récidives, restent toujours des tumeurs bénignes. Ils ne se compliquent jamais d'adénopathie ni de métastase, respectent infiniment l'état général, comme le prouve un des malades qui, à l'âge de 70 ans, en est à sa septième récidive, alors que la première apparition s'est faite aux environs de 20 ans (opérée par Doyen) et la deuxième aux environs de 30 ans (opérée par Chaput). Il convient donc d'appliquer à ces épithéliomas le traitement conservateur en rapport avec leur évolution bénigne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1935

Les états pré-hyposystoliques. — *M. A. Pruche* définit la pré-hyposystolie : le cœur dilaté mais avec valeur fonctionnelle normale, parfois même éréthique. Il rappelle la « loi du cœur » de Starling et projette des exemples cliniques de pré-hyposystolie droite et gauche. Il montre la fréquence de ces états pré-hyposystoliques, formes habituelles de transition entre l'eusystolie et l'hyposystolie. Il insiste sur la nécessité de les mettre en évidence (confrontation de l'orthodiagramme et des épreuves dynamiques indispensables) et de les traiter précocement. La digitaline et même l'ouabaïne aggravent la pré-hyposystolie ; cette dernière est justiciable de la radiothérapie sympathique (technique de Gouin et Bienvenue) et de prescriptions, efficaces le plus souvent, ayant pour but de réduire les résistances périphériques.

Fistule entre vessie et côlon sygmoïde causée par diverticulite. Guérison. Opération en trois temps. — *M. P. Le Gac* rapporte l'observation d'une malade qui, après une période fébrile de cause mal déterminée, fit de la pneumaturie, puis de la fécalurie. Cystoscopie et radiographie montrèrent qu'il s'agissait d'une fistule colo-vésicale par diverticulite : 1° anus de dérivation sur le transverse, suivie de désinfection du côlon gauche, de la vessie, des bassinets ; 2° laparotomie médiane avec clivage colo-vésical. Fermeture des orifices colique et vésical. Sonde à demeure ; 3° fermeture de l'anus de dérivation. Telles furent les opérations, échelonnées sur une période de six mois. Ici, comme dans toute chirurgie, la multiplicité des temps opératoires, est la seule garantie du succès.

Considérations sur un cas de maladie de Paget longtemps suivi. — *MM. C. Roederer* et *Guillaumin* rapportent un cas de cette affection : le début par le tibia fut d'évolution extrêmement lente. L'os fut pris à ses deux pôles avec segment moyen intègre. Par contre, une deuxième lésion fémorale celle-là fut d'évolution extrêmement rapide. Le sujet avait moins de quarante ans. L'hyperhémie était considérable et la pigmentation du membre foncée comme après des séances poussées d'héliothérapie. Le calcium et les stérols irradiés longtemps continués paraissent avoir donné quelque résultat, mais surtout un traitement par le parahormone coïncida avec une rémission après une poussée aiguë. Calcémie normale, ultérieurement diminuée, phosphatémie très augmentée, phosphatases extrêmement augmentées et particulièrement au moment d'une poussée aiguë.

La méthode rhino bronchique avec anesthésie laryngée par voie nasale. Méthode générale de thérapie respiratoire. — *M. G. Rosenthal* obtient l'anesthésie préalable du larynx sans cocaïne par une injection nasale d'huile saturée de para amino benzoate de butyle.

L'absence de toute manipulation laryngoscopique permet ainsi de réaliser une thérapeutique intra-bronchique chez tous les malades déprimés, fébriles, aigus, etc.. Parmi les applications il faut signaler le traitement aurique intra-trachéal, le traitement effectif du rhume de cerveau, les laryngites aiguës, la préparation à toute chirurgie thoracique ou pulmonaire, la bronchoscopo-thérapie, etc...

Elections. — M. PEUGNIEZ est élu président pour l'année 1936. MM. HARTENBERG, DUPUY DE FRENELLE, et C. ROEDERER sont nommés vice-présidents.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 décembre 1935

Maladie de Basedow avec asystolie. Thyroïdectomie. Guérison. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, D. Petit-Dutaillis, P. Uhry* et *J. Antonelli* présentent deux cas de maladie de Basedow ancienne, compliquée d'insuffisance cardiaque grave, chronique et rebelle aux diverses thérapeutiques iodées, radiothérapiques et tonicardiaques, guéries par la thyroïdectomie. Ils distinguent les cas nombreux de Basedow avec troubles arythmiques améliorés par l'intervention, des cas rares jusqu'à présent avec grande insuffisance cardiaque caractérisée non seulement par les troubles du rythme cardiaque mais par les symptômes périphériques pulmonaires, hépatiques, œdémateux, chez lesquels l'intervention, pratiquée en plusieurs temps en raison même de la gravité de la situation, a entraîné soit une guérison complète, soit une guérison de l'asystolie et de la maladie de Basedow, les troubles arythmiques étant plus longs à disparaître.

M. Laubry fait remarquer que ces malades atteints d'insuffisance cardiaque complète supportent remarquablement bien l'intervention qui, dans la plupart des cas, est suivie de succès.

M. Guy Laroche pense que les indications opératoires sont commandées autant par les signes de thyro-toxicose que par les signes d'insuffisance cardiaque.

M. Labbé fait ressortir les avantages de la chirurgie sur le traitement des maladies de Basedow par la radiothérapie.

M. Hagueneau croit que dans les cas où la radiothérapie échoue, c'est qu'elle a été mal conduite. Il faut utiliser non pas de petites doses espacées, mais au contraire des doses fortes très rapidement appliquées. Dans ces conditions, il a obtenu de remarquables résultats.

M. Ravina se range à l'avis de M. Hagueneau.

M. Petit-Dutaillis expose la technique opératoire qu'il préconise dans le traitement des maladies de Basedow avec insuffisance cardiaque. Il insiste sur la nécessité d'un traitement médical pré-opératoire minutieux ; il préfère à la thyroïdectomie totale d'emblée, qui lui paraît être une opération excessive, la thyroïdectomie subtotale très large. Celle-ci sera pratiquée en plusieurs temps, ce qui diminue les risques de mortalité. Dans les maladies de Basedow graves avec asystolie, celle-ci s'élève à 4,5 % environ, alors que l'intervention pratiquée dans les cas de Basedow non compliqué d'insuffisance cardiaque n'entraîne à peu près aucun risque.

La myélographie. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy* et *Georges Sée* montrent que l'étude histologique de la moelle osseuse sur le vivant est aujourd'hui facile, grâce à la ponction du sternum. Après avoir rappelé la technique de cette ponction et précisé l'aspect du myélogramme normal dans l'enfance et à l'âge adulte, les auteurs étudient les principales modifications du tissu médullaire qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Ils distinguent quatre types de réactions : érythroblastique, myélocytique, lymphocytique et leucoblastique. La réaction érythroblastique que caractérise une élévation du pourcentage des hématies nucléées s'observe essentiellement dans les anémies. Mais les myélogrammes sont différents dans les anémies simples où la réaction est normoblastique et dans les anémies graves et pernicieuses où l'on note la présence d'éléments jeunes, les proérythroblastes.

La réaction myélocytique caractérise la leucémie myéloïde et les myéloses aleucémiques, la réaction lymphocytique, les lymphadénoses leucémiques et aleucémiques.

Enfin, l'infiltration diffuse par des éléments jeunes, voisins des cellules-souches définit la réaction leucoblastique de la leucémie aiguë et des leucoses aiguës aleucémiques.

La myélographie est une méthode capitale pour l'étude de l'hématopoïèse dans les états pathologiques. Son emploi impose la révision de certaines notions classiques. La distinction des anémies plastiques et des anémies aplastiques n'est valable que si elle est fondée sur la constatation d'une réaction médullaire érythroblastique ou d'une aplasie de la moelle.

Elle élargit les limites d'un autre chapitre nosologique, celui des leucémies, en y faisant rentrer les variétés aleucémiques que les frottis médullaires permettent aisément de reconnaître sous le masque d'une anémie ou d'un purpura.

La myélographie permet aussi d'identifier dans le groupe des agranulocytoses et des aleucies hémorragiques deux syndromes tout à fait différents mais susceptibles de s'exprimer par des signes cliniques et hématologiques voisins ou même identiques : les myélotoxicoses et les leucoces.

La méthode comporte encore d'autres applications tels la parasitoscopie et le diagnostic des tumeurs malignes de la moelle osseuse.

La ponction sternale qui permet cette véritable biopsie médullaire qu'est la myélographie mérite d'entrer dans la pratique courante au même titre que la ponction veineuse et que la rachicentèse.

La médulloculture. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy, Henri Bonnet* et *Robert Broca* ont utilisé pour le diagnostic des maladies infectieuses une méthode nouvelle : la culture de la moelle osseuse. Leurs premières expériences ont porté sur huit cas de fièvre typhoïde observés chez des enfants. Chez tous, l'ensemencement de la moelle, recueillie par ponction sternale a permis d'obtenir une culture, alors que sept hémocultures seulement donnaient un résultat positif. Par la même technique, le bacille de Koch a pu être cultivé chez un enfant atteint de granulie.

La médulloculture trouve une indication particulière dans tous les cas où la ponction veineuse est impossible, éventualité fréquente chez le jeune enfant et chez le nourrisson. Des recherches ultérieures permettront de comparer les résultats de l'hémoculture et de la médulloculture et de fixer la valeur exacte qu'il faut accorder à cette méthode nouvelle pour le diagnostic des infections.

Les hyperazotémies aiguës et l'importance de l'azote résiduel comme signe d'insuffisance hépatique. — *MM. P. Brodin* et *A. Grigaut.*

Pleuro-péritonite aiguë exsudative au cours d'une syphilis secondaire. Guérison rapide et complète par le traitement antisyphilitique. Preuves expérimentales de l'intervention du bacille de Koch). — *MM. J. Gaté, P. Dugois* et *Racouchot.*

Zona ophtalmique et signe d'Argill-Robertson. — *M. Milian* présente une malade de 72 ans qui fut atteint en 1932 d'un zona ophtalmique droit. Les douleurs à type de douleurs fulgurantes furent rapidement améliorées par des injections d'arsénobenzol. Dans la suite apparut un signe d'Argyll-Robertson à droite. L'auteur discute la valeur de ce symptôme, révélé à l'occasion du zona, chez cette malade présentant des signes de probabilité de syphilis.

Hémirétraction thoracique avec obstruction de la bronche souche prouvée par l'exploration radio lipiodolée. Rôle de l'atélectasie pulmonaire. — *MM. Ch. Flandin, G. Paumeau Delille* et *J. Le Melletier* rapportent une observation de tuberculose pulmonaire à prédominance gauche avec volumineuse caverne décelée par le niveau liquidien et syndrome d'hémi rétraction thoracique du même côté. L'exploration radio-lipiodolée a mis en évidence l'obstruction de la bronche souche gauche. Les auteurs soulignent la valeur de cet exploration pour le diagnostic et la part de l'atélectasie pulmonaire dans l'hémi-réaction thoracique.

Séance du 13 décembre 1935

Diabète bronzé avec infantilisme. — *MM. R. Labbé, R. Boulin, Nepveux* et *P. Uhry* rapportent l'observation clinique et les résultats des examens anatomo-pathologiques et


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANÉES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
ANA
LABORATOIRES "ANA" 18, Av. DAUMESNIL
Euphoryl
infantile
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
ANA
LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL, PARIS
ANA
18, Av^ue DAUMESNIL, PARIS, XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL
COEFFICIENT DE FIXATION
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM
24 gr.
15 fr.
SOLUTION
AMPOULES
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
ANA
LABORATOIRES "ANA" 18 AVENUE DAUMESNIL PARIS XIIe

chimiques d'un malade atteint de diabète bronzé avec infantilisme, syndrome qu'ils ont décrit en 1931.

L'atteinte des glandes endocrines est nette histologiquement : hypophyse entièrement dégénérée, atrophie thyroïdienne, raréfaction des cellules interstitielles du testicule et arrêt de la spermatogénèse. La surcharge sidérosique considérable au niveau du foie, de la thyroïde, de la rate se montre minime au niveau des reins, des testicules. Les dosages de fer pratiqués montrent un taux de fer allant en déclinant du foie et du pancréas à la rate et aux testicules. Par rapport aux taux normaux, ils ont trouvé quatre-vingt-une fois plus de fer dans le foie, soixante-quatre fois plus dans la rate, quarante-six fois plus dans le pancréas, les chiffres étant rapportés à un poids donné 1.000 grammes d'organe frais.

Le dosage du cuivre donne un chiffre huit fois plus élevé dans le foie qu'à l'état normal ; il y en a des traces dans le pancréas : par contre sa recherche s'est montrée négative dans les autres viscères.

Enfin ils ont noté une augmentation modérée du phosphore dans le foie, la rate et une diminution dans le pancréas.

Complications nerveuses des oreillons. — *M. Lamache.*

Contribution à l'étude anatomo-clinique et au traitement chirurgical de la maladie de Hanot. — *MM. P. Carnot, H. Bénard, J. Caroli, Mlle M. Tissier* et *M. Pietroni* rapportent une observation, reproduisant aussi bien cliniquement qu'anatomiquement la maladie de Hanot.

Grâce à la cholécystostomie et à l'examen radio-lipiodolé, ils ont pu attribuer à une dyskinésie de l'appareil biliaire externe les poussées douloureuses observées chez leur malade, et si fréquentes dans cette affection. Ils ont constaté, en effet, l'existence d'une véritable intolérance vésiculaire et fait disparaître, en abouchant la vésicule à la peau, le syndrome douloureux.

La biopsie du foie a permis de retrouver l'importance de l'hépatite mésenchymateuse sur laquelle Fiessinger et Albo ont particulièrement insisté. Mais elle a montré, comme dans les observations anciennes, l'existence nette d'une périangiocholite inflammatoire et scléreuse.

L'image histologique de la rate enlevée chirurgicalement était tout à fait spéciale : c'était celle d'un véritable organe glandulaire formé aux dépens des sinus dilatés dont l'épithélium était considérablement tuméfié. On trouvait de plus une transformation collagène complète des fibres sous-endothéliales des sinus et des fibres annelées avec sclérose débutante des corpuscules de Malpighi.

Deux tentatives ont été faites dans le but de rechercher la guérison de l'affection ou tout au moins la disparition de l'ictère :

a) Le drainage biliaire par cholécystostomie n'a amené que la suppression des douleurs et l'atténuation de la fièvre. Mais l'ictère a persisté et s'est même accentué.

b) La splénectomie a semblé provoquer une crise de diurèse avec déjaunissement presque complet du malade. Mais ce résultat fut passager en raison d'une poussée d'angiocholite post-opératoire. Actuellement, le malade n'est qu'amélioré et très incomplètement guéri. Ces résultats, surtout ceux de la splénectomie s'opposent aux observations beaucoup favorables, publiés par Eppinger. Il ne semble pas que l'on puisse, de la totalité des faits, conclure à une origine splénique de la maladie de Hanot car, même dans les cas qui bénéficient de la splénectomie, il ne peut s'agir que d'une action palliative, à moins que certaines observations n'appartiennent à un type morbide différent de la véritable maladie de Hanot.

Obésité rebelle avec hypoménorrhée traitée avec succès par la radiothérapie hypophysaire. Transformation scléro kystique consécutive de l'ovaire. Action favorable de l'insuline sur la douleur. — *MM. Et. May* et *F. Layani.*

Deux cas d'arythmie complète juvénile. — *MM. Codvelle, Andrieu* et *Henrion* présentent deux cas d'arythmie complète juvénile par fibrillation auriculaire, parfaitement tolérée.

Il s'agit de jeunes soldats, dont l'arythmie a été dépistée lors des examens médicaux d'incorporation. Chez le premier l'affection est solitaire. Chez le second, un éclat de fermeture mitrale et un léger débord de l'oreillette gauche peuvent faire soupçonner un rétrécissement mitral.

A défaut d'étiologie précise, on ne peut qu'invoquer dans les deux cas la possibilité d'une maladie rhumatismale méconnue.

Purpura chronique héréditaire. Hémophilo-hémogénie. Splénectomie. Guérison. — *MM. J. Cathala* et *P. Ducas* rapportent l'observation d'un enfant de 8 ans atteint depuis plusieurs années d'une diathèse hémorragique : le moindre traumatisme provoque des ecchymoses et un oncle maternel est mort d'hémorragie ; il traverse une crise de purpura hémorragique type Werlhof des plus graves, rebelle à tout traitement. Bien que l'intervention ne paraisse pas indiquée, on est réduit à tenter une splénectomie qui donne un résultat satisfaisant. Les différentes recherches hématologiques ne sont favorables ni au diagnostic d'hémophilie, ni à celui de purpura thrombopénique, le temps de saignement n'est que modérément prolongé, le signe du lacet a été constamment négatif.

Les faits de cet ordre ne sont pas inconnus, ils rentrent malaisément dans les cadres nosologiques. Il est difficile de comprendre pourquoi les malades saignent. Le seul point hors de conteste est l'origine constitutionnelle familiale. L'hypothrombocytose, l'hypo-polynucléose, l'anémie globulaire qui persiste plusieurs mois après l'intervention, alors que le malade est apparemment guéri, imposent des réserves expresses pour l'avenir et font présumer qu'un déficit fonctionnel global ds la moelle est à l'origine de cette dysplasie sanguine constitutionnelle.

Un cas de purpura rhumatoïde post-grippal. — *M. A. Germain.*

Michelle Zagdoun-Valentin.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1935

Résultats éloignés des fractures du calcanéum. — *M. D'Allaines* apporte une statistique de soixante-trois fractures thalamiques dont sept furent traitées opératoirement. Fractures non opérées, moyenne d'incapacité temporaire : cent jours. Fractures opérées, moyenne : deux cents jours. L'incapacité définitive varie aussi du simple au double. En comparant des cas semblables, opérés ou non, on observe que les résultats anatomiques sont similaires. Peut être un redressement plus exact de la surface calcanéenne postérieure entraînera-t-il ultérieurement de meilleurs résultats. En conclusion les méthodes orthopédiques sont préférables actuellement.

A propos des infarctus expérimentaux. — *M. Grégoire* répond aux objections formulées précédemment : les hémorragies pancréatiques obtenues par les techniques anaphylactisantes ne sont pas des hémorragies par traumatisme opératoire, mais bien des lésions d'infarctus vrai compararables à celles de la pancréatite aiguë hémorragique.

Pancréatite chronique après traumatisme. — *M. Soupault* a eu l'occasion d'opérer un malade atteint d'une contusion épigastrique, quinze jours après l'accident. Il trouva un hématome de la tête du pancréas coexistant avec une distension vésiculaire. Il fut fait une cholécystostomie. Quelque temps après la fistule fut fermée par cholécysto-duodénostomie. Au cours de cette deuxième intervention on constata des lésions de pancréatite scléreuse, retentissant sur les voies biliaires.

Contusion du pancréas. — *M. Huet* est intervenu pour une volumineuse tuméfaction de l'hypocondre gauche, apparue progressivement après un traumatisme certain. Après ouverture du ligament gastro colique, la collection fut vidée : elle contenait du pus bien lié. Il s'est agi en somme d'une contusion pancréatique ayant entraîné un hématome secondairement infecté.

Côte cervicale avec anévrysme artériel sous-clavier — *M. Sénèque* rapporte une observation de *M. Wertheimer* (Lyon) : Syndrome de Raynaud du membre supérieur, coexistant avec une côte cervicale : l'intervention montra un anévrysme de la sous-clavière. L'artère fut réséquée et le résultat fut excellent bien que la côte fut laissée en place.

M. Leriche pense que lorsqu'une artère est au contact d'un plan osseux anormal elle peut réagir soit par disparition de

ses fibres élastiques et dilatation, soit par apparition d'une oblitération à distance axillaire ou humérale. Il y a lieu de rechercher la pathogénie de cette deuxième éventualité : ces oblitérations à distance semblent dues à une irritation de la paroi artérielle qui réagit par une dystrophie artérielle à distance, et entretient cette dystrophie.

M. Picot a observé également une dilatation de la sous-clavière en aval d'une côte cervicale et non au niveau ou en amont comme c'est l'habitude.

A propos de l'os purum. — ***M. Mathieu*** fait une communication avec ***M. Orrell*** sur l'os purum qui est un os débarrassé de ses éléments conjonctifs, graisseux et albuminoïdes. Cet os stimule la néoformation osseuse lorsqu'on le place en milieu osseux. A côté de cela on prépare actuellement l'os novum : autour d'os purum placé sous le périoste du tibia, il se forme un os nouveau à gros potentiel ostéogénétique et qui a l'avantage d'être malléable.

Enfin on prépare l'os cuit, qui est pris sur un diaphyse stérilisé par cuisson et secondairement réimplanté.

M. Orrell a appliqué ces diverses productions osseuses aux affections articulaires ou osseuses habituelles, tuberculoses, pseudarthroses, ostéomyélites.

Péripleurite et pariétite thoracique. — ***MM. Maurer, Rolland et Roux*** ont observé après des lésions pleurales diverses (pneumothorax, ponction pleurale, thoracoplastie etc.) des complications d'ordre pariétal : myosite, ostéite costale, qui apparaissent rapidement, et ne sont pas dues directement à la rétention pleurale purulente. Les auteurs appellent panpariétite ces complications qui ne sont pas exceptionnelles. Elles sont dues à l'infection par voie lymphatique des parties molles, infection d'origine pleurale. C'est à elles qu'il faudra penser lorsque après drainage correct d'une collection pleurale, il persiste des signes généraux graves.

Election du président de l'Académie de chirurgie pour 1936. — ***M. Rouvillois*** (Armée) est élu à l'unanimité président de l'Académie pour 1936.

M. Baumgartner est élu vice-président.

Rupture simultanée de la rate et du rein gauche. — ***M. Bachy*** (Saint-Quentin) a utilisé dans ces cas une incision curviligne spéciale qui permet l'abord simultané de la rate et du rein. L'auteur fait une revue des principaux travaux récents sur la question. Il défend dans certains cas la résection partielle de la rate dont il apporte des résultats heureux.

Fractures complexes de l'avant-bras. — ***M. Jean Gautier*** (d'Angers) apporte deux observations : une fracture du tiers moyen du radius avec luxation radio-cubitale inférieure. Et une fracture du cubitus associée à une luxation radio-cubito-carpienne. Il en discute le mécanisme. Le traitement doit tenir compte du fait que la luxation prime la fracture et doit être surtout correctement réduite.

J. Calvet

« Il est certain que l'idée d'élargir la corporation sanitaire, de ne pas la limiter aux médecins, mais de l'étendre aux sages-femmes, aux infirmiers, d'y englober les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes, les herboristes, bref tous ceux qui concourent à améliorer d'une façon quelconque la santé publique peut avoir son importance lorsqu'il s'agit de faire nombre, pour défendre des intérêts très généraux, pour obtenir une représentation proportionnée au nombre, mais que d'objections à faire à un tel groupement, que de luttes intestines y prendront naissance, que de difficultés surgiront dès sa premières assemblée.

Je crois que le fait de réaliser un contact plus fréquent avec toutes les autres professions s'intéressant à la santé et à l'hygiène serait excellent, qu'on aurait beaucoup à y apprendre, à y gagner, mais je suis tout à fait l'ennemi d'une fusion trop étroite, car trop d'intérêts divers seraient mélangés et même opposés et je craindrais que les réunions de cette corporation, si largement ouverte, deviennent vite une Tour de Babel.

Je suis persuadé qu'il est possible de faire mieux que ce qui est actuellement, mais ce n'est pas par des efforts isolés et souvent contraires qu'on arrivera à obtenir que le Corps médical prenne en charge l'organisation de la Santé publique. » (Docteur Raphaël Massart. — L'organisation de la Santé publique. *Le Concours Médical*, 1er septembre 1935.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un cas de cancer primitif du poumon chez un enfant de 5 ans

Une fillette de 5 ans est hospitalisée pour un syndrome clinique remontant à un mois et donnant l'impression d'une pleurésie à grand épanchement. Les signes d'épanchement paraissant évidents, on pratique plusieurs ponctions qui sont négatives et ne donnent que quelques gouttes de sang. L'existence d'un épanchement est également démontrée par la radiographie. Le mauvais état général et la marche progressive font porter le diagnostic de cancer du poumon.

La malade meurt brusquement dix jours après son entrée. A l'autopsie, on trouve une tumeur bourgeonnante occupant tout l'hémithorax droit, refoulant le cœur et le foie. Examen histologique : épithélioma primitif du poumon. (P. Lereboullet, P. Garnier et J. Courtial. *S. de pédiatrie*, 15 octobre 1935.)

Tétanos par corps étranger intra-oculaire

Un enfant de 11 ans, détruisant des taupes à l'aide d'un pistolet spécial pour ce genre de travail, reçoit une projection de terre en pleine figure. Deux jours après, il présente une panophtalmie débutante (O. G.). Pas de plaie faciale. Une radiographie pratiquée confirme la présence d'un corps étranger intra-oculaire. Une énucléation est envisagée, mais on décide de temporiser.

Le huitième jour après l'accident, on trouve l'enfant atteint de paralysie faciale gauche, de chute de la paupière supérieure, de troubles dans le domaine de l'hypoglosse et d'un léger trismus. Enucléation (O. G.). Le petit corps étranger était un morceau de pierre. Injections de sérum antitétanique à haute dose. Le lendemain et les jours suivants, le tétanos dit « à forme céphalique » était très accentuée. Le trismus devint tel que pendant quinze jours le malade ne put être alimenté qu'avec une paille et du liquide glissé entre les dents. Raideur de la nuque très accentuée — du côté de l'œil sain, ptosis presque total. Après quinze jours de traitement (doses massives de sérum) et malgré une pneumonie, le jeune malade commençait sa guérison — totale deux semaines après. Il ne persistait qu'une tachycardie très forte (140 et 150 pulsations). Puis, tout rentra dans l'ordre.

Doit-on oui ou non faire une injection antitétanique d'emblée à tout porteur de corps étranger intra-oculaire ? M. Jacqueau qui a rapporté cette observation à la Société d'ophtalmologie de Lyon (9 avril 1935), pense qu'il est du devoir de l'ophtalmologiste de faire l'injection lorsque le corps étranger intra-oculaire paraît être de la pierre ou provenir d'un endroit souillé par la terre.

Lorsqu'il n'en est pas ainsi il n'apparaît pas qu'il soit indiqué de faire l'injection antitétanique. Mais, avec les lois actuelles, toujours prêtes à fondre sur le médecin, il est bon d'avoir à côté de sa conscience morale une conscience légale qui ne préjugera en rien de la première, conscience légale qu'il sera parfaitement légitime d'écouter en faisant l'injection dans tous les cas.

Pour M. P. Bonnet, les indications de l'injection préventive de sérum, en ophtalmologie, doivent être sérieusement pesées. Si nous avions la certitude que l'injection de sérum est absolument inoffensive, nous devrions, dans tous les cas de blessure de l'œil ou des paupières, y avoir recours. Mais les accidents sériques sont parfois assez sérieux, assez pour être mis en balance avec le risque à courir, apparemment minime dans la plupart des plaies contuses ou pénétrantes du globe.

Si nous avions, d'autre part, la certitude d'éviter le tétanos par une seule injection de sérum, nous aurions un argument valable pour l'imposer. Mais on observe, de temps en temps, malgré une injection de sérum, des formes localisée de tétanos.

Si nous avons le droit d'hésiter et de ne pas faire, de façon systématique, l'injection préventive de sérum, nous ne devons pas nous mettre dans le cas d'être accusés d'un oubli. Dans ce but, il est bon de faire figurer sur l'ordonnance ou, s'il s'agit d'un accident du travail, sur le certificat initial, que l'injection de sérum antitétanique, si elle n'a pas été faite, a été envisagée, et que l'indication de la pratiquer n'a pas été retenue. (*S. d'opht de Lyon*, 9 avril 1935, *Lyon Médical*, 29 septembre.)

CARENCES et ETATS de PRECARENCE en VITAMINE A

RETARDS DE CROISSANCE - ANÉMIES
ANOREXIES - AMAIGRISSEMENT
HYPOTONIES - CONVALESCENCES
GROSSESSE - ADÉNOPATHIES



SOLUTION HUILEUSE
titrée à
25.000 UNITÉS INTERNATIONALES
DE VITAMINE A PAR CC.
soit 1.000 unités par goutte
Flacon de 10 cc.

POSOLOGIE :

ENFANTS de moins de 5 ans :
I à V gouttes par jour.
de plus de 5 ans :
V à X gouttes par jour.

ADULTES : X à XXV gouttes par jour.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
21, rue Jean-Goujon - PARIS (8e)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.
>
> MONTAIGNE

L'Académie de chirurgie. — Extrait d'un article de M. Ch. Fiessinger (*Journ. des Praticiens*, 14 décembre 1935) :

Dissoute en 1793, et reparaissant plus tard sous le titre de Société nationale de chirurgie, celle-ci change de nom et de par un décret du Président Lebrun redevient l'*Académie de chirurgie*. Le titre d'une assemblée influe-t-elle sur la qualité de ses travaux. Les communications de la Société de chirurgie étaient excellentes. Celles de l'Académie de chirurgie, seront-elles supérieures ?

Il semblerait plutôt que la dénomination éclatante d'un groupement se suffit à elle-même dans la gloire de son rayonnement. Grandies par l'honneur du cadre, les personnalités qui en font partie recevant la lumière du milieu où elles sont entrées, éprouvent moins le besoin pour imposer leur talent, d'en renouveler les démonstrations.

Avant tout, un homme vaut par lui-même. Il donnera d'autant plus de soi qu'il ne tirera pas de son admission dans une Société à titre pompeux, comme un droit vénérable à la retraite.

Pourquoi la loi sur l'exercice de la médecine par les étrangers fut promulguée à la dernière minute. — *De M. le Docteur Paul Guérin dans* CANDIDE (5 décembre 1935) : LA MÉDECINE FRANÇAISE DEVANT L'INVASION ÉTRANGÈRE.

Le 28 juin dernier, après maint brouillamini entre la commission de l'Hygiène et celle de la Législation civile et criminelle le Parlement vote le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine par les étrangers, projet déjà adopté par le Sénat et rapporté au Palais-Bourbon par notre ami le Docteur Nast... L'amendement Dommange, étendant aux médecins étrangers le délai de dix ans de naturalisation exigé pour les avocats ou les officiers ministériels, fut repoussé par la Chambre : « Il fallait aller vite, déclarait le ministre de la Santé publique, pour ne point bouleverser le texte actuel...

Allez vite ?... Quelle aubaine... Mais la loi votée le 28 juin, chacun s'étonne de ne pas la voir *aussitôt* promulguée à l'*Officiel*. Les jours passent... Toujours rien... Le 8 juillet, le secrétaire général de la Confédération médicale signale au ministre l'émotion des milieux médicaux et estudiantins devant l'inconcevable retard de cette promulgation : « Vous n'êtes pas sans connaître l'*intérêt très grand* qui s'attache à l'exécution de cette formalité légale... Nous insistons *très vivement* et respectueusement auprès de vous, Monsieur le Ministre, pour que la promulgation de de la loi soit effectuée *rapidement*...

Rapidement ? Vous voulez rire... Figurez-vous qu'en juillet 1935, *six cents étrangers* attendaient la transformation de leur diplôme d'université en diplôme d'Etat : la loi étant *immédiatement* applicable aux étudiants en cours d'études, sa promulgation rapide eût touché ceux qui passaient leur thèse à la fin de l'année universitaire et se fussent ainsi trouvés astreints aux abominables rigueurs du service militaire français... Comme vous le savez, une loi doit être promulguée *dans le mois qui suit son vote : on a donc attendu la dernière minute*, et c'est à l'*Officiel* du 27 juillet que vous trouverez, revêtue des hétéroclites signatures d'Albert Lebrun, Pierre Laval, Léon Bérard, Mario Roustan et d'un nommé Ernest Lafont, la loi votée le 28 juin... Passez muscade... le tour est joué...

Le Docteur Gagnon, grand-père de Stendhal. *Extrait d'une étude de G. Cucuel sur « La vie de société dans le Dauphinois au XVIII[e] siècle »* (REVUE D'HISTOIRE LITTÉRAIRE DE LA FRANCE, juillet-septembre 1935) :

Stendhal était né en 1783 dans la rue des Vieux-Jésuites, une des plus sombres du vieux Grenoble ; mais toute sa vie d'enfant s'écoula dans l'appartement du Docteur Gagnon, à l'angle de la Grande-Rue et de la place Grenette. Jusqu'en 1786, le Docteur Gagnon habitait au premier étage ; en 1786, il s'installa au

deuxième étage de la même maison, dans l'un des plus beaux appartements de la ville. Le Docteur Gagnon représente d'une façon fort expressive la bourgeoisie de l'ancien régime : le médecin aimable, galant, reçu dans les salons aristocratiques, était en même temps un homme bienfaisant et un fin lettré (1). Il avait fait le pèlerinage de Ferney et placé un buste de Voltaire en face de son bureau ; « il portait une perruque poudrée à trois rangs de boucles parce qu'il était docteur en médecine » et docteur fort à la mode parmi les dames ; l'aspect du lieux où il vivait n'a pas changé ; l'étroite place Grenette est toujours le centre de la ville ; l'église Saint-Louis se découpe sur le massif Moucherotte comme un paysage de l'Oberland et la fameuse terrasse de Stendhal, inébranlable sur les fondations du mur « sarrasin » regarde les falaises du Vercors, que les soirs d'été, sous les premières étoiles, revêtent d'un bleu si profond : c'est là que nous nous plaisons à revoir le bon docteur, près les treillages qui existent encore, lisant Horace dans son fauteuil ou se promenant, appuyé sur sa petite canne à pomme, en racine de buis bordé d'écaille.

Jusqu'à sa mort en 1821, le Docteur Gagnon fut un des hommes qui entretinrent l'activité intellectuelle de la ville ; avec Horace et Voltaire voisinaient dans son esprit les préoccupations scientifiques, « il parlait avec passion des idées philosophiques d'un M. Guettard qu'il avait connu ».

Le monde savant de la province s'était en effet beaucoup intéressé à la mission de Guettard, de l'Académie des sciences, Faujas de Saint-Fons, avocat au Parlement, et Villard, préparateur de botanique à l'Ecole de chirurgie de Grenoble, qui avait parcouru tout le Dauphiné, en 1775, pour en dresser la carte minéralogique. Le Docteur Gagnon avait été l'un des fondateurs de la bibliothèque publique de Grenoble, installée en 1771 dans le Collège des Jésuites, aujourd'hui le lycée de filles.

(1) Il avait été le premier, à Grenoble, à pratiquer l'inoculation et en avait fait l'expérience sur son propre fils, d'après Letourneau. — Ajoutons que, membre du Collège de médecine de Grenoble, il accueillit avec empressement la création de la Société royale de médecine.

Les *Affiches* nous apprennent qu'elle renfermait 33.000 volumes provenant des collections de l'évêque Jean de Caulet et que les lecteurs y affluaient le lundi, le mardi, le jeudi et le samedi, jours d'ouverture.

Le succès fut assez grand pour qu'on désirât y adjoindre un cabinet d'histoire naturelle. Stendhal se souvient avec attendrissement des heures qu'il a passées au milieu de ses livres, s'interrompant pour contempler « les délicieux coteaux d'Echirolles », qu'il apercevait par les fenêtres. Les administrateurs de la Bibliothèque furent aussi les créateurs de la première société littéraire à Grenoble, noyau de l'Académie Delphinale. Cette compagnie mérita d'être reconnue par les lettres patentes de 1780 et 1789 ; dans la séance d'inauguration, qui se tint le 2 mai 1787, le Docteur Gagnon, secrétaire perpétuel, prononça un discours où il célébrait les Belles-Lettres ; on avait uni au concours la question du déboisement dans les Alpes, et le mémoire couronné fut celui d'Achard de Germane, avocat au Parlement ».

Possibilités d'amendement à la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. — *Détaché d'un article de MM. P. Mazel, B. Pommé et R. Péchoux dans* LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (20 novembre 1935) : RÉFLEXIONS SUR LA LOI DES PENSIONS.

..... Est-ce à dire que d'autres aménagements ne pourraient être apportés à la loi ? N'y a-t-il pas en particulier des taux actuellement acquis qui pourraient être sujets à révision ? Il paraît médicalement évident que des affections que la loi permet de considérer comme fixées ont, depuis l'obtention de la pension définitive, évolué dans un sens favorable ou défavorable.

Or, si l'article 68 permet aux pensionnés de solliciter pendant toute la durée de leur existence une révision pour aggravation, aucune disposition ne permet à l'Etat de rechercher si une amélioration s'est produite.

C'est ainsi que le taux d'une tuberculose, confirmée cliniquement et bactériologiquement, est fixé à 100 %, quelle que soit la forme de l'affection, quelle que soit l'étendue des lésions. Une tuberculose cicatrisée est actuellement indemnitée comme une tuberculose en évolution.

Jusqu'en 1919, une tuberculose, pensionnée par la loi de 1831, était rangée dans la cinquième classe de l'échelle de 1887, ce qui, par équivalence, représentait 65 % ; la gratification était évaluée relativement au minimum de la pension de grade après vingt-cinq ans de service ; d'après les recherches effectuées dans les barèmes de l'époque, le maximum qui pouvait être perçu était d'environ 600 à 700 francs.

Les barèmes de 1915 et de 1919 prévoyaient plusieurs taux, suivant le degré de gravité ; mais un décret du 17 octobre 1919 unifie le taux à 100 %, pour toutes les tuberculose confirmées, c'est-à-dire « caractérisées à la fois par des signes cliniques certains, et par la présence du bacille tuberculeux ».

Dès ce moment, tout tuberculeux perçoit 2.400 francs par an. Au 1er janvier 1925, une majoration nouvelle porte cette pension à 4.320 francs ; des majorations du 1er août 1926, 1er janvier 1928, 1er janvier 1929 l'amènent successivement à 5.040, 5.088, puis 5.760 francs.

A cela, il faut ajouter des allocations spéciales :

— l'allocation n° 4 aux grands invalides, établie par le décret du 5 août 1920 et fixée à 1.000 francs, puis à 1.100 francs par la loi du 31 avril 1932 ;

— l'indemnité de soins aux tuberculeux, prévue par la loi de finances du 13 juillet 1925 ; elle fut d'abord de 5.000 francs puis de 7.000 francs et, à dater du 1er avril 1931, portée à 10.000 francs.

Au total, depuis 1931, un ancien soldat tuberculeux, sans enfant, reçoit annuellement 17.160 francs.

Ces chiffres ne soulèveraient aucune critique dan le cas d'un tuberculeux évolutif dont l'état exige des soins étroits et le repos. Mais parmi ceux auxquels cette rente est attribuée existent assurément des sujets dont les lésions sont à l'heure actuelle cicatrisées, et qui sont capables d'une activité réelle, sans préjudice pour leur état de santé.

. . . .

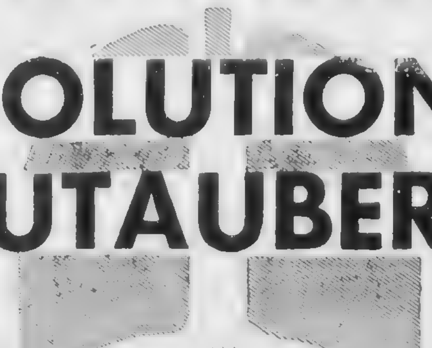
En somme, initialement, le législateur a appliqué une idée générale qui comportait, au moment de l'élaboration des textes, une forte charge affective.

Ce caractère passionnel n'a pas permis, selon la règle, de prévoir les conséquences pratiques d'engagements pris dans l'allégresse. Ne pouvant discriminer dans ces conditions, la loi a appliqué, sans retard et en bloc, ses principes généraux dans la réalité quotidienne.

Progressivement colorée par une ambiance nouvelle, l'idée générale s'était révélée fausse et dangereuse en beaucoup de ses éléments.

Tout ceci, en dernière analyse, n'est qu'une illustration de plus d'une erreur commune en matière d'idées générales. On a





dit au cours du siècle dernier : « Pour les idées générales, elles sont, si inévitables et si dangereuses, si nécessaires et si redoutables, et c'est si évidemment pour arriver à en avoir que l'on travaille et c'est si évidemment pour se dispenser de travailler plus long temps qu'on s'y arrête ; et c'est si clairement marque de médiocrité d'esprit que de n'en avoir point et marque de paresse d'esprit que de s'en contenter trop vite.

Chausse-trapes. — *Lu dans l'*Archer (novembre 1935) :

L'autre jour, au Comité médical des P. T. T., nous lisions avec le Docteur Roques un certificat médical portant « tumeur de l'hypochondre ».

Je dis à Roques : « Il faut « condre ». Il me répond : « Non, on écrit *ch*ondroïde ». Je vérifie : on écrit « hypocondre, hypocondrie » ; on écrit aussi « chondroïde ». L'étymologie est la même : « Khondros, cartilage » ; « hypocondre » : sous le cartilage. Amusantes vétilles, si bien que le confrère qui avait écrit « hypo*ch*ondre » était plus puriste que le dictionnaire, « hypochondre » étant l'orthographe étymologique.

« La misère faciale » de Rémy de Gourmont. — *Dans le dernier numéro de l'*Archer (novembre 1935), *un magistral article de Paul Voivenel intitulé* : Campagnou chez Rémy de Gourmont. *En voici un extrait* :

...Je possède « l'observation médicale » détaillée de Rémy de Gourmont par lui-même. Quel que soit son intérêt, jamais cette observation ne verra le jour.

Et si je parle ici, plus que je ne l'ai jamais fait, de la misère faciale de Rémy de Gourmont, c'est qu'un livre récent de mon ami André Rouveyre : *Le Reclus et le Retors*, consacré à Gourmont et à Gide, tend à accréditer que Rémy de Gourmont fut atteint de la lèpre. Page 74, Rouveyre écrit : « Bien avant d'être définitivement traqué hors du monde par sa lèpre, Gourmont avait déjà montré qu'il n'y figurait point » ; et page 109, cette description où se retrouve le terrible portraitiste des « Visages » : « Cette maladie, d'un autre âge (la lèpre), qui le frappa, et qui, en fait domina sa vie d'homme mûr, en rongeant et en sculptant sa face y avait fixé la lèvre inférieure dans la position du dédain. En sorte que cela corrigeait, en la surmontant moralement, la lente désagrégation de tout son masque, brulé, cicatrisé et tumescent au voisinage des muqueuses ; mi-partie trop blanc, trop sec et luisant mi-partie labouré, rose et incontinent. Ici ou là encore, et changeants, passaient comme des nuages livides. Toutes expressions attachées par la nature aux muscles du visage n'étaient plus sur le sien ; au moins dans leurs moyens habituels, car néanmoins, pour nos yeux, sa face était étincelante d'une éclatante élévation. Notamment il n'avait plus le rire, dont les zygomatiques avaient sombré. C'était par un frémissement faible et particulier, un : oh ! d'étonnement échappé, et une certaine vivacité générale, que se révélait en lui une rare hilarité ; causée par quelque heureuse surprise, car il ne riait que de joie. Son sarcasme ou sa rage, à l'opposé étaient intérieurs, le rendaient seulement plus blafard.

Rouveyre se trompe.

Le mal de Rémy de Gourmont n'était pas la lèpre. Il faisait certes de lui une sorte de « lépreux », mais seulement au point de vue symbolique. Il n'y avait ni les éruptions nodulaires spéciales, ni l'élasticité coutumière à la palpation, ni l'aspect huileux, ni les autres signes généraux, en particulier les troubles nerveux, les névrites, les lésions du tronc, etc...

Rémy de Gourmont présentait en revanche tous les signes du lupus tuberculeux guéri. Maladie effroyable du visage, commençant par le nez ou les lèvres, envahissant peu à peu la totalité des joues, sans jamais entamer les os ce qui le distingue de la syphilis, caractérisée par de la rougeur et de l'infiltration du derme, par l'épaississement et la desquamation de l'épiderme, lésions variables d'aspect, ici mamelonnées et turgescentes, là planes et sèches, à côté érythémateuses et même angiomateuses, plus loin recouvertes d'un épiderme à peine altéré et squameux, donnant lieu à certaines rétractions fibreuses et même chéloïdiennes qui retroussaient chez lui la lèvre inférieure et la bridaient sur le milieu. Le lupus tuberculeux avait d'un noble visage olympien fait ce masque tragique, à la fois, comme l'a noté Rouveyre, « brûlé », « cicatrisé », et « tumescent », « mi-partie trop blanc, trop sec et luisant, « mi-partie rose et incontinent ».

. . . .

Sa blessure faciale le rejeta pratiquement du monde, au point qu'il en oublia ses automatismes musculaires, marchant difficilement, maladroit de gestes, etc... Son calme olympien est sa pudeur. Il cache sous sa perfection païenne la tristesse désabusée de l'*à quoi bon* !

Fondé en 1873. -- N° 53 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 28 DÉCEMBRE 1935

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

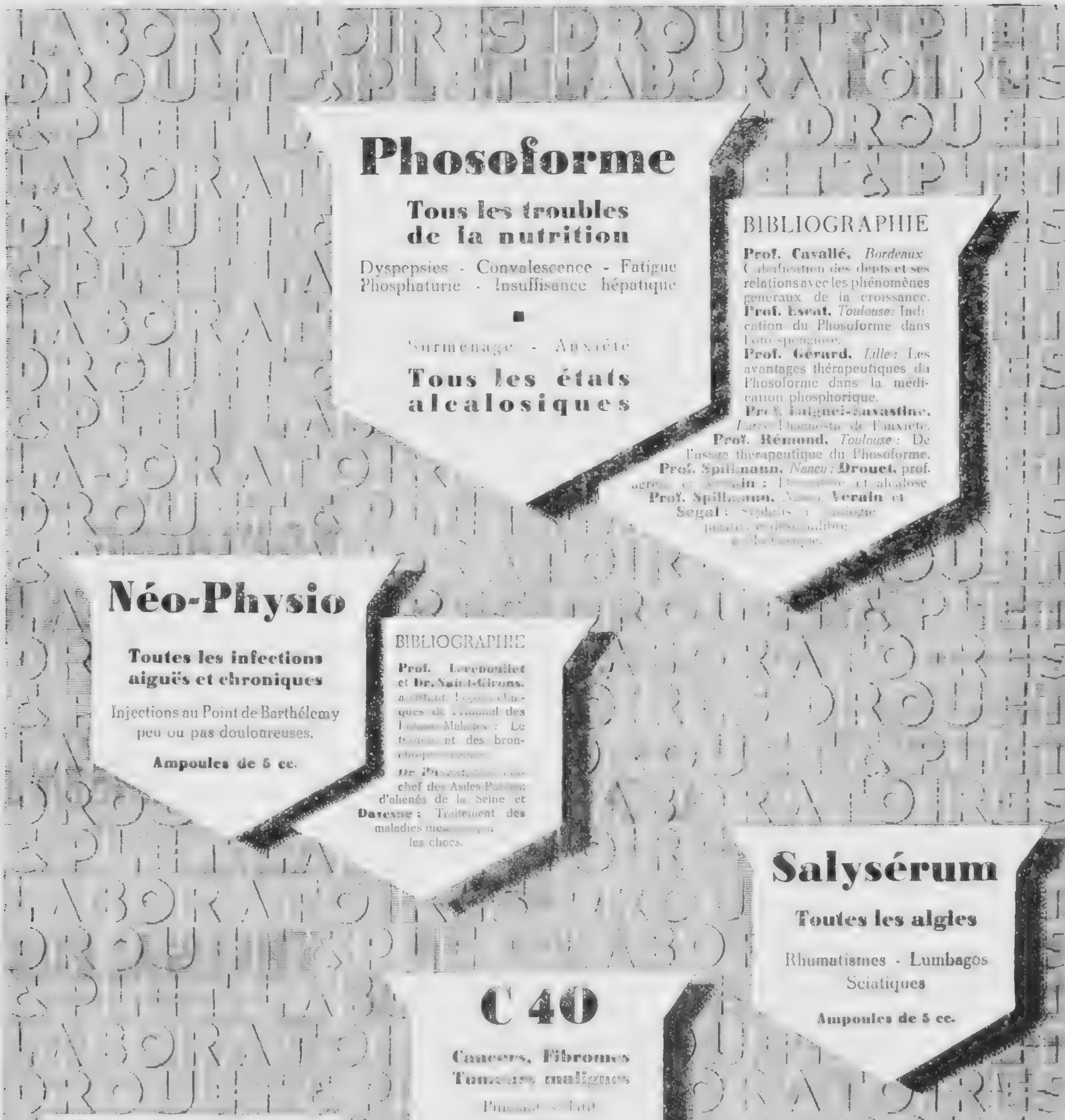
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-V°
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies		40 fr.
Étudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Étranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



LABORATOIRES DROUET & PLET
Phosoforme
Tous les troubles de la nutrition
Dyspepsies - Convalescence - Fatigue
Phosphaturie - Insuffisance hépatique
Surmenage - Anxiété
Tous les états alcalosiques
BIBLIOGRAPHIE
Prof. Cavallé, Bordeaux
relations avec les phénomènes généraux de la croissance.
Prof. Escat, Toulouse: Indication du Phosoforme dans
Prof. Gérard, Lille: Les avantages thérapeutiques du Phosoforme dans la médication phosphorique.
Prof. Rémond, Toulouse: De l'usage thérapeutique du Phosoforme.
Prof. Spillmann, Nancy: Drouet, prof.
Néo-Physio
Toutes les infections aiguës et chroniques
Injections au Point de Barthélemy peu ou pas douloureuses.
Ampoules de 5 cc.
BIBLIOGRAPHIE
chef des Asiles Publics d'aliénés de la Seine et
Davesne: Traitement des
les chocs.
Salysérum
Toutes les algies
Rhumatismes - Lumbagos
Sciatiques
Ampoules de 5 cc.
C 40
Cancers, Fibromes
Oxyléine
Troubles intestinaux
Fermentations - Parasites intestinaux (excepté ténia)
Troubles des voies urinaires
Pyélites, etc.

NOUVELLES

Concours de l'internat. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Ribadeau-Dumas, Pollet, [illegible], Vincent, de Brun du Bois-Noir, Desmarest, Mivrey, Lebovici, Soupault, Cathala (Victor).

Première séance : lundi 20 janvier, à 16 h. 30.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 17 décembre. — M. Simon. Intoxications par quelques antihelminthiques. — Mlle Klein. Étude médico-légale de la démence précoce. — M. Lavoux. Vaccination intradermique [illegible] dans le zona.

18 décembre. — M. Grimberg. Hygiène de l'industrie de la [illegible]. — M. Guillaume. Les [illegible] pneumoniques. — M. Imami. Le corps médical en face du péril vénérien [illegible]. — Mme Moulin. Le dépistage des lésions tuberculeuses dans les milieux scolaires. — M. [illegible]. Étude de l'ostéome de l'orbite. — M. [illegible]. Étude de la fièvre scarlatine en Bulgarie. — M. Stoïev. L'hormonothérapie [illegible] de l'hémophilie familiale. — Mme de Palma. Surveillance médicale dans les écoles.

19 décembre. — M. Miron. La pyélonéphrite du nourrisson. — M. [illegible]. Étude du pneumothorax spontané dans la première enfance. — M. Pedrazza. Résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — M. Nahoum [illegible]. Étude des kystes amygdaloïdes.

19 décembre (thèses vétérinaires). — M. Gavars. [illegible]. — M. Malekzadeh. La morve et sa prophylaxie dans l'armée iranienne.

20 décembre. — M. Arnoux. Quelques laparotomies chez les animaux.

8 janvier. — M. Bernard. Emploi de l'amidopyrine [illegible] dans le traitement de la typhoïde. — M. de Saint-[illegible]. [illegible] cardiographie.

11 janvier. — M. Bakalov. Les rizières en Bulgarie comme foyer d'impaludation. — M. Cassou. Étude du cancer primitif des voies biliaires intra-hépatiques.

Académie royale de médecine de Belgique. — L'Académie a procédé à l'élection de son bureau pour 1936. Sont élus : président, M. le Professeur P. Nolf (Liège) ; premier vice-président, M. le Professeur de Bordet (Gand) ; deuxième vice-président, M. le Professeur [illegible] (Louvain).

Facultés de médecine de Bordeaux. — *Année scolaire 1934-1935.* — *Prix [illegible].* — M. le Docteur Corcelle.

Prix Godard de 2.000 francs. — Section chirurgie et accouchements : non décerné ; section anatomie et physiologie : non décerné ; section médecine : M. le Docteur [illegible].

Prix Godard des thèses. — 1er prix, médaille d'or : M. le Docteur Jullien-Vieroz. — 2e prix, médaille de vermeil : M. le Docteur Corcelle. — 3e prix, médaille d'argent : MM. les Docteurs Bertrand, Laumonier, Mercier. — 4e prix, médaille de bronze : MM. les Docteurs Beaumont, Ellie, Dezest, Bouthillier.

Prix de médecine coloniale. — Médaille d'argent : MM. les Docteurs Mandoul, Tezeghui.

Prix des thèses de pharmacie. — Grade d'État (pharmacien supérieur), médaille de vermeil, M. Chapheau ; — Doctorat d'Université (mention pharmacie), médaille d'argent, M. Kergonnon ; médaille de bronze, Mme Carrère, MM. Couraud, Devèze, Mlle Grampeaud.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Séance du 14 décembre. — Questions données :

Anatomie. — Questions : 1. Tête radiale. — 2. Anatomie descriptive du ménisque interne du genou. — 3. Insertions vertébrales du muscle psoas. — 4. Énumérer dans leur ordre d'origine (sans les décrire) les branches collatérales du tronc du nerf radial. — 5. Rapports de la face antérieure du rein droit.

Pathologie médicale. — Questions : 1. Les signes physiques, sans les signes radiologiques, du pneumothorax par généralisé de la grande cavité. — 2. Les signes physiques et radiologiques de la péricardite rhumatismale avec épanchement. — 3. Les signes cutanés de la période d'état de la rougeole. — 4. Les caractères de la douleur de la colique hépatique. — 5. A quels signes reconnaît-on qu'un ictère chronique par rétention est dû à un cancer de la tête du pancréas ? — 6. Les troubles du pouls et de la respiration dans la méningite tuberculeuse de l'enfant.

Pathologie chirurgicale. — Questions : 1. Énumérer les signes cliniques des fractures trans-cervicales non engrenées du col du fémur (sans la radiologie). — 2. Caractères des adénopathies du cancer [illegible] de la langue. — 3. Renseignements fournis par le toucher dans le cancer de l'ampoule rectale. — 4. En présence d'une hémorragie interne quels sont les signes qui permettent de porter le diagnostic de rupture de grossesse tubaire ?

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Scintein, Serrau, Delluant, Boisbonnet, Delmas, Aquié.

Externes en premier : M. Chevnel, Mme Delluant, MM. Verges, [illegible].

Candidats classés : Mlle Bongarel, MM. Soulier, Donat, Pistre, Nguyen Duc, [illegible], Dounet.

Après concours ont été nommés :

Externes titulaires : MM. Moreneu, Costeraide, Nègre, Bose, Chappert, Coste, Mlle Sartre, MM. Yana, Savonnet, Prudent, Sarrsol, Remoin, Vidal, Gratier, Simon, Mlle Rey, MM. Laporte, Pontal, Mlle Vidal, MM. Bonetti, Vacquier, Mlle Mea.

Externes provisoires : MM. Patomas, Lescure, Pethoux, Dejean, Ponseve, Chelmelon, Coste-Lalabert.

Amicale des internes des hôpitaux libres. — Le Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux libres de Paris, réuni le [illegible] courant sous la présidence du Docteur Mettaux, après avoir étudié un certain nombre de projets relatifs au développement de ce groupement, a décidé de convoquer ses membres en Assemblée générale dans le courant de mars 1936, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Notes thérapeutiques. — *A propos de la saturation du salicylate de soude.* — Les associations médicamenteuses sont à l'ordre du jour. [illegible] écrivait en janvier 1934 le Professeur Loeper, en montrant que celles-ci représentent un élément im-

portant de ce qu'il a, avec Soulié et Lemaire, appelé « l'auxothérapie ».

L'activité renforcée de certaines médications associées n'avait pas échappé, en effet, à maints auteurs, et parmi celles-ci, l'association salicylo-soufrée dans le traitement des affections rhumatismales. Des travaux plus récents (Marchal, Soulié, Lemoine, Geneslay) ont montré que l'association combinée de soufre, de calcium et de magnésium au salicylate de sodium augmente de près de 70 %, le coefficient de fixation de ce sel sur la fibre cardiaque : argument important si l'on veut se souvenir que c'est moins la quantité de salicylate ingérée que celle retenue et fixée qui fait toute la valeur des cures salicylées.

A cet égard, le salicylate suractivé « Ana », dont la solution est fortement concentrée (1/2 cuiller à café ou 70 gouttes équivalent à un gramme de salicylate de sodium suractivé) peut être considéré comme la plus active des préparations salicylées. Ce nouveau salicylate peut également être injecté par voie endoveineuse ; chaque ampoule contient un gramme de salicylate suractivé en solution dans du sérum marin glucosé.

Gala de la médecine. — Le gala de la médecine offert gratuitement par les étudiants aux médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants de Paris avec le concours des spécialités pharmaceutiques aura lieu à la salle d'Iéna, 10, avenue d'Iéna, le samedi 1er février de 22 heures à 2 heures du matin.

Comme l'an passé, il revêtira la forme d'une soirée artistique avec le concours des plus grandes vedettes de Paris : Claire Franconnay, Willy Tunis, Jean Marsac, Pierre Dac, Goupil, Géo Charley, Alice Cocéa, Marianne Oswald, Pierre Bertin, Duvallès, Albert Préjean, etc., etc...

Les médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants peuvent demander le nombre d'invitations qu'ils désirent au Comité de fêtes des étudiants en médecine, 25, avenue d'Eylau (XVIe).

Anatomie pathologique. — A partir de la rentrée des vacances du Jour de l'an, le Professeur Roussy continuera son cours sur les questions d'actualité anatomo-pathologique, le samedi à 16 heures, au lieu du mardi.

La prochaine conférence aura lieu le samedi 4 janvier 1936.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence) en onze leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 6 janvier 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Un deuxième et même cours, en onze leçons, commencera le 21 septembre 1936.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1936, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 15 janvier 1936, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Semaine oto-rhino-laryngologique du 4 au 9 mai 1936 par M. Aubin Aubry Baldenweck André Bloch, Bouchet, Bourgeois, H. P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P.-C. Huët, Lallemand, Lemaître, Lemariey, Le Mée, Louis Leroux, Moulonguet, Ombrédanne, Ramadier, Rouget.

Programme. — Lundi 4 mai, matin : Laryngoscopie en suspension (MM. Lallement, Saint-Antoine) ; soir : Le nystagmus oculaire (MM. Baldenweck et Chatellier, Beaujon). — Mardi 5 mai, matin : Diagnostic et traitement du cancer du larynx (M. Hautant, Tenon) ; soir : Laryngectomie totale ; traitement chirurgical des diverticules de l'hypopharynx (MM. Huet et Aubin, amphithéâtre de Clamart). — Mercredi 6 mai, matin : Cancer de l'amygdale et du maxillaire inférieur (MM. Lemaitre, Lariboisière) ; soir : Ostéomyélite envahissante du crâne ; Les hémorragies en O. R. L. (MM. Louis Leroux et André Bloch, Laënnec). — Jeudi 7 mai, matin : Traitement chirurgical de l'ozène (M. Moulonguet, Boucicaut) ; soir : Les pétrosites (M. Ramadier, amphithéâtre de Clamart). — Vendredi 8 mai, matin : Chirurgie du labyrinthe (M. Aubry, Tenon) ; soir : Section du nerf vestibulaire (M. Ombrédanne, amphithéâtre de Clamart). — Samedi 9 mai, matin : Diagnostic et traitement des ethmoïdites (M. Halphen, Saint-Louis) ; soir : Radiographie du rocher et des sinus craniens : Exercices de lecture et d'interprétations des films. De quelques instrumentations pour la laryngoscopie directe chez l'enfant. Démonstration et critique (MM. Le Mée, Bouchet, Enfants-Malades).

Droit d'inscription : 200 francs.

Des conditions spéciales seront faites pour l'inscription des internes et externes des hôpitaux de Paris.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 avril 1936, par le Docteur Louis Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Avant-programme du IVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales (Belgrade, Yougoslavie. Dates provisoires : 25, 26, 27, 28, 29 septembre 1936). — Indications des rapports et des rapporteurs : *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : « La cure thermale du diabète ». Rapporteur en chef : M. le Professeur Rathery, avec la collaboration de MM. Froment, Dérot, Lescœur et de Traverse : 1° États diabétiques et cure thermale, par M. F. Rathery ; 2° Le traitement thermal chez les diabétiques (indications, contre-indications et résultats), par MM. F. Rathery, Froment et Dérot ; 3° Le mécanisme biologique de l'action de la cure thermale sur les troubles métaboliques des diabétiques, par MM. F. Rathery, Lescœur et Traverse.

Rapport d'hydrologie : « Quelques problèmes nouveaux dans la biophysique de l'eau ». Rapporteur en chef : M. le Professeur Villaret : 1° L'eau liée et l'eau imperméable à l'alcool, par M. le Professeur Fontès ; 2° L'eau lourde, par M. Pierre Urbain ; 3° Applications crénothérapiques des données physico-chimiques récentes sur l'eau, par M. le Professeur Villaret et M. le Professeur agrégé L. Justin-Besançon (Paris) ; 4° Sur certaines caractéristiques physico-chimiques de l'eau, par M. le Professeur Vlès.

Rapport de climatologie : « Les influences climatiques dans la prévention et la thérapeutique chez les adolescents » (en dehors de la tuberculose). Rapporteur en chef : M. le Professeur Piéry : 1° Cure de la Riviera yougoslave et maladies de l'adolescence, par M. le Docteur Orlitch (Dubrovnik) ; 2° L'héliothérapie dans les maladies de l'adolescence, par M. le Docteur Rollier (Leysin). — La désignation des autres sous-rapporteurs n'est pas encore définitivement fixée.

Rapport de géologie : « Géologie des stations hydrominérales yougoslaves ». Rapporteur en chef : M. le Professeur Loukovitch : 1° La radio-activité des sources thermales yougoslaves, par M. le Professeur YOVANOVITCH (Belgrade).

Correspondance et renseignements. — S'adresser : au Professeur Neskovitch, 12 I, rue Némanzina, Belgrade (Yougoslavie), secrétaire général, ou au Bureau permanent des Congrès d'hydrologie : secrétaire général, Docteur H. Flurin (Cauterets) 19, avenue Mac-Mahon, Paris (XVIIe).

Clinique de la tuberculose. (Prof. P. COURMONT.) — *Un cours de perfectionnement sur la tuberculose*, sous la direction du Professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé à Lyon du lundi 13 janvier au lundi 10 février 1936 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie sérologie).

Le cours sera donné à la Clinique de la tuberculose, par le Professeur P. COURMONT et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté de médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoire.

Une note ultérieure indiquera l'horaire et le programme détaillé.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (8, avenue Rockefeller). Les droits à verser sont de 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de Dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses et tous renseignements d'inscription au Professeur P. Courmont.

Journées internationales périodiques de cardiologie, à Royat (Auvergne). (31 mai-1er juin 1936). — Une seule question sera traitée chaque fois sous ses aspects physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

Cette question toujours prise parmi les problèmes de l'actualité scientifique, sera traitée par des rapporteurs dont les recherches personnelles, la particulière compétence et l'autorité reconnue seront les sûrs garants de la valeur et de la haute tenue de chacune de ces sessions.

Les rapports seront édités et remis sous forme de brochures. Chacune représentera une mise au point de la dernière actualité sur la question étudiée et les parutions successives de ces monographies constitueront une bibliothèque cardio-vasculaire de tout premier ordre où le savant et le praticien trouveront des documents inédits, des directives diagnostiques précieuses et des indications thérapeutiques d'application journalière.

Les premières journées internationales périodiques de cardiologie auront lieu à Royat pour la Pentecôte 1936 (31 mai-1er juin). La question mise à l'ordre du jour est : Le spasme vasculaire.

M. le Professeur Vaquez a accepté de présider en personne ces journées.

Les rapports ont été confiés à :

MM. les Professeurs C. HEYMANS (de Gand) et Lucien BROUHA (de Liège) : Sur le tonus vasculaire (physiologie). — M. RISER (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale. — MM. LERICHE et FONTAINE (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres. — MM. MARANON et DUQUÉ (de Madrid) : Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie.

M. LOEPER (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires.

N. B. — Les médecins de Royat se sont interdits d'un commun accord toute communication lors des « Journées ».

Les étudiants en médecine et les lois universitaires. M. Maurice Mordagne, délégué permanent de l'Association

corporative des étudiants en médecine et membre du Comité d'entente des Associations d'étudiants en médecine de Paris, rappelle que les exemptions de payement des droits universitaires touchent plus de 40 %, des étudiants en médecine.

En effet, peuvent être exonérés les lauréats du concours général des lycées et collèges, les fils de professeurs de Facultés ou d'Universités, les fonctionnaires de l'enseignement secondaires, les fils de familles nombreuses, les boursiers de l'État, les pupilles de la Nation. Enfin 25 %, des autres étudiants peuvent obtenir l'exemption totale des droits universitaires.

Au nom du Comité d'entente, M. Mordague est chargé d'informer les étudiants en médecine de ces précisions pour leur faire connaître que les camarades peu fortunés peuvent aisément rentrer dans les diverses catégories citées plus haut. (*Communiqué*).

Echos et Glanures

Le tatouage chez les prostituées. — *MM. Jean Lacassagne et J. Herber viennent de consacrer au* TATOUAGE CHEZ LES PROSTITUÉES DE FRANCE ET D'AFRIQUE DU NORD *un important fascicule de la* BIBLIOTHÈQUE DE LA REVUE INTERNATIONALE DE CRIMINALISTIQUE (1).

En voici les conclusions :

« Les prostituées ne portent pas de tatouages qui leur soient spéciaux ; elles ont les tatouages que leur impose le milieu. Mais ce milieu n'est pas univoque, il a un aspect ethnique et un aspect social. De ce fait, il exerce une influence tantôt favorable, tantôt défavorable, sur la pratique du tatouage.

Les traditions ethniques ont certainement aidé à la diffusion des tatouages de fantaisie chez les prostituées nord-africaines ; au contraire, la répugnance traditionnelle de nos compatriotes pour le tatouage, explique le caractère exceptionnel de sa présence chez les prostituées françaises.

L'influence du milieu social — qu'il ne faut pas toujours confondre avec ce qu'on appelle « le milieu » — fait comprendre pourquoi le tatouage est en faveur chez les prostituées de basse classe, et pourquoi les prostituées nord-africaines, tout aussi bien que les françaises, vont parfois chez le détatoueur.

Il existe donc des facteurs psychologiques et des facteurs raciaux qui se combinent ou se neutralisent selon les cas : ils n'expliquent pas seulement la présence ou l'absence de tatouage sur le corps de telle prostituée ; ce sont eux qui déterminent le choix des dessins, l'emplacement des tatouages sur les diverses régions du corps, la fréquence de ces tatouages, à tel point qu'il est impossible de résumer en une formule synthétique toute leur histoire.

(1) J. Desvignes, éd. Lyon : 1 fasc. 25 fr.

J'ai fait faire systématiquement la cuti-réaction des dernières équipes de stagiaires de mon service. J'ai consaté environ 18 à 20 p. 100 de cuti-réactions négatives. J'ai constaté, d'autre part, que la plupart des sujets qui donnaient une réaction négative venaient de la campagne, tandis que les autres étaient nés et avaient été élevés dans les grandes villes : ils avaient été contaminés dans leur enfance et étaient définitivement tuberculisés, mais avaient résisté à une primo-infection peu grave.

Je conclus pratiquement que, parmi ces étudiants, ceux qui devront être l'objet de la surveillance la plus active sont ceux qui, précisément, doneront, au début de leurs études, une cuti-réaction négative. — (P. SERGENT. — *Académie de médecine*, 9 juillet 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur l'immunité, par J. Basset, de Lyon. In-8° raisin (25 × 16,5), 88 pages, 1936, 8 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris (VIe).

Ce travail n'a nullement le caractère d'un ex-texte. Sans [illegible] méconnaître des résultats obtenus par d'autres, les recherches personnelles de l'auteur lui permettent de [illegible] que ce qu'il croit être la vérité démontrée.

Il arrive à cette conclusion que, dans toutes les infections, l'immunité acquise est surtout de nature antitoxique, l'action phagocytaire restant subordonnée à [illegible]ation des toxines.

Au total, en un raccourci synthétique de relief accusé, l'auteur traduit sa conception du mécanisme de l'immunité.

Ce travail peut servir aussi bien d'introduction que de conclusion à l'étude de l'immunologie générale, qu'il s'agisse des maladies infectieuses de l'homme ou des animaux.

Ce qu'il faut connaître des Turcs et de leur Histoire, par Jean Deny[?]. Un volume in-16, broché, 8 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Ce n'est pas un manuel : il s'y trouve peu de noms, de dates moins encore, mais des couleurs et des parfums, du mouvement et de la vie, parmi lesquels le lecteur fait un merveilleux voyage dans le temps et dans l'espace, depuis les horizons les plus lointains de l'histoire jusqu'à nos jours et des rives du Pacifique jusqu'aux Alpes, et cela tient en [illegible] pages, au bas du tout.

Ajoutons que l'ouvrage est écrit dans une langue curieuse et fine, très colorée et tout à fait personnelle.

[illegible] manuel, de l'aridité d'un volume savant ; une causerie brillante, attachante, limpide et coulant de source, une documentation [illegible] à la page et qu'il faut posséder pour être de son siècle.

Vercingétorix, chef des Gaulois, par M.-M. Gorce, professeur à l'Institut catholique de Toulouse. Préface de E.-F. Gautier. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 23 croquis et 4 gravures hors texte, 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre constitue la troisième étude de M.-M. Gorce sur les origines et à la formation spirituelle de la nation française. Vercingétorix a toujours été et reste, par ses qualités si représentatives de celles de son pays, une des plus belles, des plus émouvantes figures de l'Histoire de France. M.-M. Gorce en fait un portrait qui diffère du magistral tableau de Camille Jullian et qui est non moins attachant. Toute l'histoire des Gaules, toute la formation de l'esprit gaulois sont évoquées dans ce livre avec une science et un talent des plus sûrs. « C'est en Vercingétorix, dans ce chef jeune et vibrant d'un raisonnable enthousiasme, d'une admirable droiture d'âme, au cours de sa lutte contre César et pour la liberté que s'incarne pour la première fois cette patrie qui a été, est et sera un idéal spirituel commun à travers les générations à des centaines de millions d'hommes. »

Fils de Celtill, qui fut probablement le souverain pontife des gaules et qui périt en voulant joindre à sa royauté spirituelle une royauté plus terrestre, Vercingétorix a réalisé le premier l'unité politique, morale, amplement nationale de son pays. « Excellent administrateur, s'il eût obtenu le succès à Alesia comme à Gergovie, il eût apporté à la Gaule, pacifiquement, la civilisation gréco-romaine qui déjà commençait à s'établir dans les grandes villes. La conquête de César était pour le moins inutile. [illegible]

[illegible]

Le *Vercingétorix* de M.-M. Gorce a été préfacé par E.-F. Gautier, professeur à l'Université d'Alger. [illegible]

[illegible]

TRAVAUX ORIGINAUX

Fractures fissuraires du plateau tibial

Par MM. BRÉCHOT et GIRARD

Ces fractures étaient considérées comme exceptionnelles avant l'ère radiologique. Le diagnostic n'en était fait que dans le cas où le déplacement fragmentaire était suffisamment apparent pour le justifier. Sans la radiographie certaines de ces fractures *resteraient* méconnues, derrière une symptomatologie qui est à peu près celle de l'entorse simple du genou. C'est pour attirer l'attention sur ce point que nous publions ces quelques observations.

Bien souvent ces fractures se réduisent à une ou plusieurs fissures du plateau tibial, sans tassement du tissu spongieux de l'épiphyse ; l'examen clinique peut permettre d'en soupçonner l'existence, seule, la radiographie fixe le diagnostic.

Notre attention a été récemment attirée par une série de blessés qui présentaient de tels types de fracture, cinq en l'espace de quelques mois, série particulièrement heureuse, puisqu'en recherchant dans les archives du service, nous ne trouvons que cinq cas semblables en l'espace de trois ans.

Voici l'observation de notre premier blessé :

L.... Eugène, 29 ans, est renversé par une auto le 11 mai 1935. Passablement choqué à son arrivée, il ne peut préciser les circonstances de l'accident. Il accuse une douleur vive au niveau du genou gauche. L'impotence fonctionnelle est complète le membre inférieur est en extension, la jambe n'est pas déviée le genou est globuleux, et l'on reconnaît l'existence d'un épanchement articulaire assez abondant. La palpation montre l'existence d'un point douloureux exquis siégeant sur le plateau tibial, immédiatement en dedans de la tête du péroné. Il existe des mouvements anormaux du genou, la jambe est déviée facilement en dehors, en léger valgus.

Une radiographie montre une double fissure de la tubérosité externe du tibia, sans dénivellation de la surface articulaire.

On fait un pansement compressif du genou, le membre est placé dans une gouttière ouatée.

Le troisième jour, l'impotence fonctionnelle est incomplète, le blessé peut lever le talon au-dessus du plan du lit, et peut effectuer des mouvements limités de flexion-extension du genou sans grande douleur. Le même jour, on observe l'apparition d'une ecchymose qui siège à la région supéro-externe du mollet ; cette ecchymose s'étend les jours suivants, vers la face postéro-externe du mollet et vers le creux poplité.

Vers le huitième jour, le genou est devenu d'aspect sensiblement normal, il ne persiste qu'un peu d'empâtement du cul-de-sac sous-quadricipital.

Le dixième jour, on commence des séances de mobilisation passive et du massage. Ce traitement est poursuivi pendant vingt jours.

Le trentième jour, le malade sort de l'hôpital. Il marche correctement, il persiste encore des mouvements anormaux de très faible amplitude. On lui conseille le port d'une genouillère en tissu élastique.

Ce blessé est revu quatre mois après sa sortie de l'hôpital. Il a repris son travail de tourneur. La marche est facile, de temps en temps, il accuse des douleurs du genou « quand le temps change », nous dit-il. Le genou est normal, il n'y a pas d'épanchement ; les mouvements anormaux sont tels qu'à la sortie.

Notre deuxième malade entre dans le service le 14 mai. C'est un sujet de 70 ans, la roue avant d'une auto a accroché la face externe du mollet gauche, le blessé est tombé et n'a pu se relever.

Comme dans l'observation précédente, nous trouvons un membre impotent, un épanchement articulaire de moyenne abondance, un point douloureux en dedans de la tête du péroné des mouvements anormaux, la jambe est portée facilement en dehors. En somme un tableau clinique calqué sur le malade précédent. Aussi porte-t-on le diagnostic de fracture du plateau tibial. La radiologie montre l'existence de deux fissures de la tubérosité externe du tibia, sans dénivellation des surfaces articulaires.

Vers le troisième jour, l'impotence régresse, l'ecchymose apparaît au même siège que chez notre premier blessé, mais elle s'étend moins.

Le même traitement est institué. Le blessé sort le trentième jour.



Il est revu trois mois plus tard. Le résultat fonctionnel laisse à désirer. Après une marche d'une demi-heure, le genou devient douloureux, et le sujet est obligé de se reposer. A l'examen on trouve un léger épanchement de gros craquements articulaires dans les mouvements, d'ailleurs ces craquements sont bilatéraux, mais plus accentués du côté blessé. Il est vraisemblable que le traumatisme est venu aggraver, chez ce sujet âgé, une arthrite antérieure.

Nous avons observé trois fractures du même type dans les mois suivants.

Deux fois, il s'agissait d'une fissure unique de la tubérosité externe ; dans notre cinquième observation il existait un trait complet partant de l'épine tibiale externe et descendant au-dessous de l'articulation tibio-péronière supérieure, séparant du tibia un gros fragment cunéen externe, mais ici encore pas de dénivellation articulaire — il existait, associée à cette fracture tibiale, une fracture du col péronier sans déplacement.

Chaque fois, nous avons institué le même traitement : compression, immobilisation, puis massage et mobilisation passive.

Dans les deux cas de fissure unique, le résultat fonctionnel a été bon, comparable à celui obtenu chez notre premier blessé.

Dans notre dernière observation le résultat est beaucoup moins bon. Il s'agissait d'un sujet obèse, aux membres inférieurs infiltrés et variqueux. Chez lui, la reprise de la marche a été très difficile. Il persiste actuellement des douleurs du genou, des mouvements anormaux importants. Il ne peut faire une marche de plus de vingt minutes.

Cette série de blessés, à peu près calqués les uns sur les autres nous a amenés à rechercher dans lesarchives du service l'existence de fractures semblables. Nous avons trouvé quatre cas presque analogues, avec des radiographies montrant des fissures simples ou multiples de la tubérosité externe du tibia. Nous avons pu revoir l'un de ces blessés. L'accident datait de deux ans il avait été procédé chez lui à l'évacuation chirurgicale de l'hémarthrose après une marche prolongée, le genou devenait douloureux. L'examen nous montre l'existence d'une hydarthrose peu abondante, il existe des mouvements anormaux et de gros craquements articulaires. La synoviale est empâtée. Ces troubles se sont aggravés depuis un an environ. Nous avons revu également un blessé qui présentait un trait de fracture détachant un fragment cunéen externe qui comprenait les deux épines tibiales, sans déplacement.

Enfin nous avons revu un blessé qui présentait une fissure de la tubérosité interne du tibia, sans dénivellation. Ici encore le résultat fonctionnel était bon, la fracture datait de dix-huit mois. L'hémarthrose avait été évacuée précocement. Le malade se plaignait uniquement de douleurs aux changements de temps. Ces dix observations portant sur des fractures fissuraires du plateau tibial nous permettent d'ébaucher le tableau clinique habituel de ce genre de fracture. Quelques heures après le traumatisme, on observe :

1° Une impotence complète du membre inférieur ;
2° Une hémarthrose plus ou moins abondante ;
3° Un point douloureux exquis répondant au trait de fracture ;
4° Des mouvements anormaux.

Dans les jours suivants :

1° L'impotence régresse rapidement ;
2° Il apparaît presque constamment une ecchymose à la face latéro-postérieure du genou, fusant plus ou moins vers la jambe (quatre fois sur cinq).

En somme, il s'agit d'un ensemble de symptômes assez comparable à ce que réalise une entorse simple du genou. Nous attribuons une particulière importance :

1° A l'existence du point douloureux qui siège sur le plateau tibial, en une région ne répondant pas à la zone d'insertion des ligaments latéraux.
2° Aux mouvements anormaux ;
3° A l'apparition de l'ecchymose qu'il faut attendre du deuxième au cinquième jour, et qui a une topographie bien déterminée.

Les anciens auteurs et en particulier Velpeau avaient insisté sur la valeur séméiologique des ecchymoses qui obéissent à la pesanteur et aux plans de clivages limités par les aponévroses. Elles constituent un excellent élément de diagnostic différentiel entre l'hémarthrose simple strictement articulaires et les hémarthroses dues aux lésions osseuses dans lesquelles le sang peut par le trait de fracture devenir extra articulaire.

Des ces observations nous rapprocherons un cas de fissure de l'épiphyse fémorale inférieure, qu'il nous a été donné d'observer en mai 1935. Il s'agissait d'une femme de 50 ans qui fait une chute dans ses escaliers. A l'arrivée : impotence complète, hémarthrose du genou. On trouve une douleur exquise sur le condyle fémoral externe, en avant, immédiatement en dehors du bord externe de la rotule, et en arrière sur le bord postérieur du condyle. Il existe des mouvements anormaux, on porte facilement la jambe en dedans.

La radiographie montre une fissure partant de la diaphyse fémorale, immédiatement au dessus du condyle externe, se dirigeant vers la gorge de la trachée qu'elle atteint. Il n'y a pas de modification du profil articulaire.

Le deuxième jour apparaît une ecchymose à la partie externe du creux poplité.

Traitement institué : compression du genou, gouttière ouatée. Le quinzième jour : mobilisation passive, massages. Le quarantième jour la blessée sort de l'hopital, marchant sans douleur. Elle n'a pu être revue ultérieurement.

Cette observation est intéressante à rapprocher des précédentes. La clinique est assez semblable.

Hémarthrose, douleurs localisée, ecchymose, mouvements anormaux, se faisant en dedans pour une fracture externe, alors que dans les fractures tibiales ils se faisaient en dehors.

Il faut du reste remarquer que les mouvements anormaux de valgus et de varus, d'amplitude variable, sont influencés par les lésions plus ou moins importantes de l'appareil ligamenteux qui peuvent coexister.

Quel traitement instituer dans ces fractures fissuraires ?

Nous avons obtenu de bons résultats fonctionnels en adoptant chaque fois la même ligne de conduite ! D'abord, compression et immobilisation rigoureuse pendant dix à quinze jours, puis massages et mobilisation passive pendant quinze à vingt jours, enfin, lever vers le quarantième jour avec port d'une genouillère.

Nous n'avons pas dans les cinq cas de fracture tibiale qu'il nous a été donné d'observer, évacué l'hémarthrose, l'épanchement ayant régulièrement disparu en une semaine. Chez deux malades que nous avons revus, dont la fracture datait de plus d'un an, il avait été procédé précocement à l'évacuation de l'hémarthrose, et le résultat fonctionnel ne nous a pas paru meilleur que chez les malades non ponctionnés. Cependant nous aurions certainement recouru à l'évacuation de l'hémarthrose au cas d'épanchement plus abondant et plus tenace. Chaque fois nous avons réalisé la contention dans une simple gouttière ouatée, certains chirurgiens préfèrent la gouttière plâtrée.

Quelle est l'avenir réservé à ces blessés ?

Il semble, si l'on en juge par nos observations, que le pronostic est assez bon, et que la gêne fonctionnelle restera le plus souvent minime. Il y a lieu, dans l'appréciation du pronostic, de tenir compte de l'âge des sujets, et de l'état général. Les gens âgés, les obèses faisant plus volontiers une arthrite chronique du genou, le traumatisme portant déjà quelquefois sur un genou pathologique.

De telles fractures sont toutes différentes dans leur pronostic des fractures plus complexes du plateau tibial. Chez nos blessés, il n'existait pas de dénivellation articulaire, et sur dix cas nous n'avons qu'une fracture fissuraire de la tubérosité interne. Or, les fractures du plateau tibial doivent être considérées comme plus sérieuses quand :

— elles portent sur le tubérosité interne à laquelle se transmet à peu près intégralement la pression du fémur,
— quand elles s'accompagnent de dénivellation articulaire.

Nous n'envisageons pas ici les fractures avec déplacement ou avec effondrement de l'assise spongieuse déterminant une dénivellement de l'interligne articulaire fractures dans lesquelles l'intervention sanglante est utile soit pour fixer un fragment déplacé soit pour relever par des greffons l'interligne articulaire abaissé.

Nous voulons seulement insister sur la nécessité de radiographier toute hémarthrose pour ne pas laisser inaperçues ces fissures tibiales.

Interférométrie. — De sa pratique et de sa collaboration avec Ch.-O. Guillaumin, A. Desaux conclut qu'à l'heure actuelle, — bien que susceptible de fournir, dans bien des cas, d'utiles renseignements, à condition d'être contrôlée par la clinique, — l'*interférométrie* doit rester dans le domaine de la recherche scientifique et ne pas être utilisée en pratique dermatologique courante. (*Neuvième Congrès international de Dermatologie*, Budapest, 1935.)

Bases expérimentales de la transfusion des leucocytes V.

Par J. HANAUSEK

De l'Institut d'Hygiène publique de Prague.
Section de Diagnostic microbiologique.

Je me permets d'abord de dire quelques mots d'ordre général sur le rapport existant entre la « transfusion des leucocytes » et la notion plus générale de « leucocytothérapie ». Les tentatives des médecins pour augmenter le nombre des leucocytes chez le malade sont de divers moyens tels que : injections de nucléine, de sels d'argent, de cholestrine, etc., ces tentatives sont connues de longue date et la bibliographie de la leucocytothérapie est très riche. Je dois pourtant souligner que j'apprécie l'efficacité des méthodes de leucocytothérapie mentionnées ci-dessus d'une façon différente de celle des autres auteurs.

Un organisme malade formerait en nombre suffisant des leucocytes de bonne qualité s'il pouvait le faire. Il envoie dans la bataille toutes les forces de ses troupes de choc — les leucocytes — mais il ne faut pas oublier que la maladie l'a déjà épuisé et pour cette raison les moyens mentionnés ci-dessus sont pour la plupart incapables de l'inciter à en produire de nouveaux. En énonçant cette opinion je ne veux pas dire que les injections de nucléine et d'autres préparations dont la pratique est courante à l'heure actuelle soient complètement sans valeur dans chaque cas. Grâce à l'influence massive des leucocytes les moyens en question peuvent en effet, dans certains cas, rares d'ailleurs, vaincre une infection, notamment une infection septique aiguë si celle-ci n'est pas trop étendue.

Il est pourtant impossible d'obliger un organisme malade à former de nouvelles légions de leucocytes, ou ceux-ci alors ne seraient pas de bonne qualité. Pour cette raison je crois qu'on a plus de chances de succès en fournissant à un sujet malade des leucocytes d'un sujet sain, c'est-à-dire des leucocytes mûrs et normaux, ceci dans les mêmes conditions qu'on observe en opérant la transfusion du sang complet. Si on veut réaliser l'opération en question il faut centrifuger du sang frais, maitenu à l'état liquide par l'addition de la solution de natrium citrique, recueillir les leucocytes du dépôt et les transfuser ensuite dans les vaisseaux, les plaies ou les ulcères.

Entre la leucocytothérapie, telle qu'on la définit jusqu'à l'heure actuelle dans les travaux scientifiques, et la transfusion des leucocytes propagées par l'auteur du présent article, il existe donc une différence considérable que l'on peut illustrer par la comparaison suivante : la leucocytothérapie pratiquée jusqu'à ce jour ou méthode dont l'essentiel réside dans les tentatives faites en vue d'augmenter chez le malade le nombre des leucocytes par les préparations dont nous venons de parler, peut être comparée au fouet à l'aide duquel un cocher s'efforce d'obtenir de son cheval épuisé qu'il tire un lourd fardeau. Quant à la transfusion des leucocytes, nous pouvons par contre la comparer à un cheval frais qu'on attelle pour aider son camarade fatigué.

Le plan général de mon travail peut être résumé comme suit : On peut appliquer la leucocytothérapie ou à titre de thérapie générale, ceci en transfusant des leucocytes dans les vaisseaux, ou comme une thérapie locale, opérant la transfusion des éléments en question dans des plaies, des ulcères, sur le péritoine ou la moelle osseuse suppurée, dans les articulations, dans des cas de pyarthrose, dans la cavité de l'utérus, dans la fièvre puerpérale, sur les tonsilles, la cornée et la conjonctive, etc. J'ai l'intention d'employer de grandes quantités de leucocytes — par exemple dans des cas de pyohémie, de transfuser journellement des leucocytes recueillis de trois litres et plus de sang, ce qui signifierait employer dans un seul cas et pendant quelques jours, le sang pris chez trente donneurs. Cette médication serait très coûteuse, mais à l'heure actuelle le problème qui m'intéresse c'est la possibilité théorique d'imprégner — si j'ose employer cette expression lapidaire — l'organisme malade de quantités énormes de leucocytes afin que ceux-ci soient capables de vaincre même une grave infection septique. Je me représente la thérapie mentionnée dans ce qui précède comme une sorte de *sterilisatio magna leucocytica*, opérée sans intervention de préparations toxiques mais à l'aide d'un antiseptique physiologique vivant. Ce ne serait que dans le cas où on réussirait en effet à obtenir des résultats thérapeutiques indubitables qu'un nouveau but entrerait en ligne de compte — celui de simplifier la méthode et de la rendre moins coûteuse en pratiquant des injections de nucléine au donneur afin d'augmenter le nombre des leucocytes dans le sang de celui-ci, ou en entreprenant des expériences de culture des leucocytes *in vitro*. Pour la transfusion des leucocytes dans des abcès, des plaies, des ulcères *ouverts* — j'insiste sur le terme, ouverts, — les leucocytes de certains animaux seraient probablement suffisants, de sorte qu'on pourrait par exemple, tous les jours transfuser dans la cavité péritonéale ou dans celle d'une articulation, les leucocytes recueillis de dix à vingt litres de sang de cheval.

Je crois qu'il n'y a pas lieu de craindre que les leucocytes d'animaux, introduits dans des abcès ouverts de l'homme, exercent la même action que des protéines étrangères. Ainsi, on peut se rappeler que les larves de mouches dans les plaies ne nuisent pas à l'organisme.

On pourrait peut-être de même, injecter dans des abcès fermés, par exemple dans les abcès froids, pour un cours laps de temps, une ou deux heures et même plus, des leucocytes d'animaux tant que ces leucocytes sont vivants, ceci sans craindre un effet nocif. Une quantité relativement peu importante de sang humain serait suffisante pour la transfusion des leucocytes dans certaines petites cavités du corps, par exemple dans le liquide céphalo-rachidien, dans la poliomyélite aiguë antérieure, etc., dans la chambre antérieure de l'œil ou dans des ulcères de la cornée, on peut éventuellement recourir à l'injection des leucocytes recueillis du sang du malade, c'est-à-dire à l'auto-leucocytothérapie.

Il semble que chez les enfants nous sommes en présence de conditions plus favorables à la leucocytothérapie. Je crois par exemple que dans des cas de tuberculose chronique des articulations, il serait possible d'effectuer toutes les deux semaines une transfusion intraveineuse des leucocytes pris chez un donneur adulte. Dans de pareils cas, les parents pourraient assumer à tour de rôle la tâche des donneurs — 3/4 de litre ou 1 litre de sang pris chez un adulte signifierait pour l'enfant une augmentation assez importante du nombre des leucocytes.

En ce qui touche la vitalité des leucocytes, j'ai facilement réussi à les maintenir assez longtemps vivants *in vitro* de sorte qu'au bout de cinq jours, ils conservaient encore leur faculté phagocytaire. Il est pourtant mieux d'opérer la transfusion du sang, le jour même de la prise. Quant aux globules rouges et au plasme, on peut les retransfuser, au moins chez les animaux, au donneur. Les leucocytes destinés à la transfusion doivent accuser une vitalité parfaite, bien que la possibilité de transfuser des leucocytes artificiellement altérés, par exemple pour des injections souscutanées ou intraveineuses ou par leur introduction dans des plaies ou des abcès ainsi que des plaquettes sanguines altérées, par exemple, par l'eau distillée — processus qu'on emploie dans l'autohémothérapie, cette possibilité entre aussi en ligne de compte.

Au cours de mes recherches sur les différentes sources possibles de leucocytes, j'ai eu aussi l'idée qu'il serait peut-être efficace de débarrasser ces éléments, recueillis du pus d'un abcès qu'on venait d'ouvrir, de la majorité des germes qu'ils renferment, et de retransfuser ensuite les

leucocytes dans le même abcès. Mes expériences *in vitro* ont montré que les leucocytes du pus, sont souvent vivants et capables de phagocyter, de sorte qu'après une élimination préalable des bactéries, des toxines et des particules nécrotiques purification, on peut penser à la retransfusion de ces éléments dans l'abcès. Ce problème est traité d'une façon plus détaillée dans ma communication : bases expérimentales de la transfusion des leucocytes (*IVe Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1935).

Les abcès dans la tuberculose des os et des articulations semblent présenter un des cas où la retransfusion des leucocytes pourrait être appliquée, puisque leur pus ne contient pas de bactéries, ni de tuberculose, ni d'autres, sauf les cas d'infection mixte. Il est facile, à l'aide d'une ponction, d'obtenir d'un abcès froid et d'en éliminer ensuite par voie de purification, les toxines et les fragments nécrotiques des tissus. Aux propres leucocytes du malade, lymphocytes destinés à la retransfusion, on peut éventuellement adjoindre des leucocytes, lymphocytes provenant du sang d'un donneur sain.

Il faut mentionner encore une source possible de leucocytes, un *abcès aseptique artificiel* provoqué chez le patient, par exemple, par voie d'injection sous-cutanée de térébenthine. On ne peut pourtant recourir à la méthode en question (formation d'un abcès artificiel en vue de la retransfusion des propres leucocytes du malade dans un foyer d'inflammation que s'il s'agit d'un malade non épuisé et d'un cas de foyer d'infection relativement restreint par exemple : ulcus corneæ, certaines formes de méningite, etc. Il faut aussi tenir compte de ce fait que les leucocytes provenant d'un abcès présentent une autre constitution que ceux qu'on recueille du sang. Rares seraient les cas où on pourrait provoquer chez le donneur un abcès artificiel en lui injectant de la térébenthine, et transfuser ensuite au malade les leucocytes recueillis par cette voie.

D'après mes expériences, mentionnées dans ce qui précède, ainsi que d'après les expériences de purification, la retranfusion des auto-leucocytes purifiés pourrait avoir dans certains cas un bon effet pratique, de sorte que j'ai l'intention d'effectuer de nouvelles expériences dans cette direction, il faut pourtant s'attendre à ce que dans certains cas les leucocytes, déjà peu actifs, prélevés du pus, ne seraient plus capables de vaincre une infection. Dans ce cas ce serait la transfusion simultanée des leucocytes pris chez un donneur sain qui entrerait en ligne de compte.

« En réfléchissant, je me demande comment il se trouve encore des confrères pour continuer à parler médecine à la T. S. F. et comment tous, sauf ceux qui y voient un profit immédiat, ne se récusent pas poliment, même les plus timides, quand on vient leur proposer de parler au micro.

« L'opinion unanime de tous mes correspondants, c'est qu'un médecin de valeur, un maître respecté, se déconsidère, en quittant sa chaire, pour venir parler en place publique, *car la T. S. F. c'est la place publique.*

« Oserait-il un jour de fête monter sur une estrade et devant une nombreuse assemblée parler de ses recherches, de ses découvertes, or la T. S. F. c'est cette estrade, la nombreuse assemblée, c'est tout le public qui est à l'écoute.

« Le conférencier parce qu'il est dans un studio bien ouaté, silencieux, se rend-il compte de la portée de ses paroles, de leur gravité, du trouble qu'elles vont jeter dans l'esprit des malades qui l'écoutent. » (R. Massart. — Anecdotes radiophoniques. *Le Concours Médical*, 11 août 1935.)

« La Maison du Médecin voudrait pouvoir étendre en France son action généreuse et cré[illegible] de province d'autres maisons de retraite régionales, où ceux qui sont du pays ne seraient pas obligés de quitter pour la région parisienne la province à laquelle ils sont attachés, et loin de laquelle il leur paraît triste de mourir. Nous sentons tous qu'il y a là une nécessité, sans laquelle notre Maison de retraite restera toujours une œuvre locale.

(Docteur Raphaël Massart. — La Maison du Médecin. *Le Concours Médical*, 3 novembre 1935.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A propos des effets antitoxiques du permanganate de potasse

On sait que le permanganate de potasse est souvent employé contre les venins et contre divers toxiques. « On a préconisé, dit Pouchet, l'emploi du permanganate de potasse à l'intérieur, comme antidote du phosphore, de l'acide cyanhydrique, de la muscarine, de la strychnine, de la colchicine, de l'essence de Sabine, de l'acide oxalique, de la morphine, du venin des serpents : mais les résultats obtenus ne paraissent pas encourageants. » C'est ce sujet que, récemment, Hatcher vient d'étudier (1). Cet auteur insiste sur l'incertitude des solutions employées du permanganate de potassium dans les cas d'intoxication telles que par les barbituriques ou les cyanures. A doses faibles elles se montrent inefficaces tout en étant irritantes ; avec des solutions concentrées, elles sont caustiques et, avec des doses massives, elles peuvent provoquer la mort (Smith).

Aussi Hatcher limite le champ d'application du permanganate dans les cas d'intoxication. Passant en revue les divers toxiques, notamment les alcaloïdes les plus souvent absorbés par la voie buccale, il conclut à l'utilité du permanganate dans les intoxications par l'aconitine, l'amidopyrine, l'antipyrine, la morphine et la strychnine, auxquelles il ajoute aussi la picrotoxine et les substances analogues à la picrotoxine. On peut également employer le permanganate de potassium pour la destruction de l'acide cyanhydrique et des cyanures de potassium ou de sodium dans l'estomac, mais seulement en solution alcaline.

La réaction du permanganate de potassium avec les divers poisons varie considérablement, suivant que ceux-ci se trouvent en solutions acides, neutres ou alcalines. Hatcher contrôle cette action sous ce triple point de vue. En outre il tient compte de la quantité de permanganate nécessaire pour décomposer un poids déterminé d'une substance donnée ; et inversement la quantité totale du permanganate de potassium qui se trouve décomposée par un poids déterminé d'une substance. Il étudie la concentration efficace du réactif ; de même l'influence des protéines, de la caféine et du tannin (thé et café) sur le pourcentage de destruction du poison.

La concentration d'une solution de permanganate de potassium a relativement peu d'influence sur le pourcentage de destruction de certains poisons. Suivant l'auteur, il faut administrer le permanganate par la voie buccale en concentrations variant de 1/2.000 à 1/5.000, dépendant de la dose requise à une concentration de 1/5.000 pour le lavage gastrique. Avec le permanganate de potassium, on ne doit pas avoir la prétention de détruire tout le toxique ; aussi son emploi doit-il être suivi de l'évacuation de l'estomac.

Analysant ces indications, Hatcher conclut que le permanganate de potassium est sans utilité dans les intoxications par l'atropine, la cocaïne ou le phosphore jaune, de même dans la plupart des intoxications par les hypnotiques. Il peut être utile en lavant l'estomac après intoxication par l'alurate, le dial et certaines autres substances analogues, mais non après empoisonnement après le barbital, le phénobarbital, l'amytal, le numal, le sulphonal ou le chlorhydrate de cocaïne. Le permanganate de potassium peut constituer un adjuvant dans les intoxications par l'acide phénique ou la créosote, mais on ne peut l'employer en quantités suffisantes et d'une manière inoffensive pour décomposer des doses fatales de ces produits.

L'auteur fait remarquer que la dose du permanganate de potassium et la concentration de la solution doivent être réglées par la nature et la quantité de la substance qu'il doit décomposer et en tenant compte du contenu de l'estomac. Ainsi le

(1) Hatcher. — L'action antidote du permanganate de potassium. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 17 août 1935, t. 105, n° 7, pp. 502-505.

permanganate de potassium décompose les protéines beaucoup moins rapidement qu'il ne décompose certains poisons ; le tannin (du thé et du café) se trouve décomposé presque instantanément, l'alcool dilué en quelques minutes et le sucre (sucrose) très lentement.

Contrairement à certains auteurs, Hatcher repousse comme complètement injustifié l'emploi du permanganate de potassium, pour la destruction d'un poison quelconque, par la voie intraveineuse, sous-cutanée ou intra-musculaire.

Grégoire CHICK.

Le traitement de certains traumatismes par les infiltrations anesthésiques

Dans le traitement des traumatismes articulaires sans lésions osseuses, M. LERICHE a préconisé l'infiltration locale par un anesthésique et de nombreux auteurs ont rapporté d'excellents résultats d'entorses traitées par cette méthode.

Après avoir appliqué la méthode de LERICHE dans le traitement des entorses des doigts, et après avoir obtenu une récupération fonctionnelle immédiate sans aucune séquelle douloureuse, M. F. CARCASSONNE (1) a traité par cette méthode des entorses tibiotarsiennes. A condition de pratiquer cette infiltration (10 à 20 c. c. de scurocaïne à 0,5 %) d'une façon très précoce, la marche est immédiatement possible, et la guérison rapide complète sans œdème et sans douleur tardive. Les échecs n'ont été donnés que dans les cas traités trop tardivement en s'accompagnant d'arrachement osseux ou de fracture. M. F. CARCASSONNE rapproche de ces faits l'action en tous points remarquable de l'infiltration anesthésique sur certaines séquelles de traumatisme articulaire et se manifestant sous forme de troubles physiopathiques post-traumatiques. Et il rapporte deux cas (flexion irréductible d'un doigt et d'un coude, post-traumatiques) guéris de cette façon.

Enfin, l'auteur préconise l'association de ces infiltrations anesthésiques à l'anesthésie générale, dans le traitement de certaines luxations difficiles à réduire, par les méthodes courantes. Tous les cas traités n'ont présenté aucune séquelle douloureuse et ont pu reprendre l'usage de leur membre et sans ces phénomènes de périarthrite si fréquents surtout au niveau de l'épaule.

La méthode de Silbert dans le traitement de la thrombo angéite oblitérante et des artérites

De nombreux agents médicamenteux ont été essayés dans le traitement de la thromboangéite oblitérante : injection de sérum de Ringer-Locke, de citrate de soude, de nitrate de soude, d'iodures, d'insuline, de protéines. Les injections salines hypertoniques intraveineuses (chlorure de sodium à 5 %) avaient donné, dans les mains de Silbert, des résultats tellement intéressants que d'autres auteurs ont, depuis, essayé sa méthode. C'est ainsi que les résultats des essais tentés par MM. Carcassonne, Marcel Amand et Haïmovici, L. Imbert et J. Dor ont fait l'objet de plusieurs communications à la Société de chirurgie de Marseille (2). Tous ces auteurs ont eu avec ces injections hypertoniques intraveineuses des incidents sérieux : élévation thermique, frissons, sueurs profuses, pouls petit et filant, sensation d'angoisse, état lipothymique, sans observer d'améliorations au niveau des accidents locaux de la maladie de Buerger.

Aussi tous ces auteurs attirent-ils l'attention sur les dangers que peut faire courir aux malades « une méthode que la lecture des traités ou que l'audition de rapports leur avait fait considérer comme bénigne et séduisante ».

Jean CHATAIN.

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Marseille*, tome IX, n° 6, juin 1935, p. 305.
(2) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Marseille*, tome IX, n° 6, juin 1935, pages 327, 329, 341.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935

(2e semestre 1934 - 1er semestre 1935)

(*Suite*)

Par

Paul BOYER et Lucien DUTHEIL
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne de Saint-Lazare

Médicaments de la nutrition

Insuline

AUBERTIN et CASTAIGNE (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 697) étudient comparativement l'action de l'insuline chez les mêmes chiens avant et après dépancréatisation. GAUJOUX, RECORDIER et ANDRAC (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 745 et 747) étudient l'hypoglycémie provoquée par l'insuline avant et après néphrectomie et l'influence de l'état du rein sur l'activité de l'insuline et RECORDIER (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, mai 1935) est d'avis que l'état du rein n'influence pas considérablement l'importance de l'hypoglycémie produite par l'insuline.

HIRSCH (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 706) étudie le comportement de la glycémie après injections d'adrénaline, après injections d'insuline et après injections d'adrénaline et d'insuline associées.

LABBÉ, ESCALIER et UHRY (*Presse méd.*, 18 et 25 juillet 1934, n° 57 et 59, 1153 et 1185) et PENSON et WOHL (*Presse méd.*, 12 janv. 1935, 63) étudient l'hypoglycémie insulinique provoquée chez les diabétiques.

MERLE (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 janv. 1935) rapporte un cas de diabète grave insulino-résistant avec réduction brusque et massive de l'insulinorésistance par irradiation de la région hypophysaire.

MARTIN et SCICLOUNOFF (*Presse méd.*, 1er déc. 1934, n° 96, 1936) étudient le rythme nycthéméral de la glyco-régulation et la sensibilité à l'insuline.

MAURIAC et TRAISSAC (*Paris méd.*, 7 juillet 1934, XXIV, n° 27) insistent sur l'instabilité de la glycémie au cours de la cure par l'insuline chez certains enfants diabétiques chez lesquels le traitement est par conséquent très délicat.

MOURIQUAND et SAVOYE (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 18 juin 1935) présentent un cas de diabète infantile soumis depuis onze ans à l'insulinothérapie. GAIREL (*Thèse Méd. Montpellier*, 1934) étudie six cas de diabète infantile évoluant chez des enfants traités par l'insuline.

CESPEDÈS (*Marseille méd.*, 5 mai 1935, n° 13, 571) et CASABLANCA et CESPEDÈS (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, 1er févr. 1935) rapportent une crise d'urticaire au cours d'une cure d'insuline chez une eczémateuse chronique.

LAMBRET, GRANDCLAUDE et DRIESSENS (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1068) ont constaté que l'insuline injectée par voie sous-cutanée au rat durant quinze jours avant la greffe amène une modification profonde de la réceptivité au sarcome de Jensen qui se traduit dans 75 % des cas par la disparition de la tumeur greffée dont la première étape du développement s'était effectuée normalement.

VÉLASQUEZ (*Thèse Paris*, 1935) a obtenu d'excellents résultats avec des doses très petites d'insuline dans les états de maigreur avec troubles nerveux.

VILLARD (*Soc. Chir. Lyon*, 21 févr. 1935) insiste sur les bons effets de l'insuline dans les suites opératoires des interventions sur les voies biliaires.

BARRAL (*Paris méd.*, 1934, XXIV, 28) étudie l'action cicatrisante de l'insuline.

Mme Poulain (*Thèse Méd. Paris*, 1934) envisage dans sa thèse l'emploi de l'insuline en gynécologie et (*Progr. méd.*, 1er déc. 1934, n° 49, 1949) étudie la valeur de cette hormone dans certains troubles ovariens.

Labbé (*Progr. méd.*, 28 nov. 1934, n° 48, 1867) insiste sur le gros intérêt des extraits végétaux insulinoïdes, en général très maniables et d'une administration facile et inoffensive avec quelques précautions élémentaires. Malheureusement ils sont encore imparfaits et insuffisamment purifiés.

Piotrowski (*Soc. Thér.*, 8 mai 1935) a constaté chez le lapin l'action hypoglycémiante d'un extrait de bardane, il semble que dans la racine de bardane existe une substance hypoglycémiante appartenant au groupe des vitamines B et proche parente de la vitamine B2 qui joue un rôle important dans le métabolisme des glucides.

Parturier et Hugonot (*Presse méd.*, 16 févr. 1935, n° 14, 258) étudie l'emploi du galéga dans le diabète, bons résultats, mais parfois inconstants, souvent action s'épuisant assez vite.

Maladies du foie

Chabrol et Charonnat (*Ann. de Méd.*, 1er janv. 1935, n° 1, 151) classent les cholérétiques en cholérétiques directs : atophansels biliaires, oléate de soude monochloracétate de soude, et de nombreusess labiées et cholérétiques indirects : hormone de la muqueuse duodénale, sulfate de soude, eaux minérales.

Pour Tixier (*Rev. méd. Fr.*, mai 1935, n° 5, 401) et Tixiers et Eck (*J. Méd. Fr.*, févr. 1935, n° 2, 56) l'artichaut agit sur le métabolisme de la cholestérine en empêchant la précipitation de ce corps dans les tissus et plus spécialement dans les parois vasculaires. Pour Picat (*Thèse Méd. Paris*, 1935) l'artichaut augmente la diurèse et la concentration de l'urée dans l'urine : il exalte la fonction uréogénique du foie et agit sur le métabolisme des lipides, en particulier sur celui de la cholestérine. Pour Georges (*Concours méd.*, 10 mars 1935, n° 10, 697) la feuille d'artichaut constitue un stimulant énergique des fonctions hépatiques et rénales. Ses effets favorables se sont faits sentir sur la plupart des manifestations cliniques du brightisme et sur le taux de la cholestérolémie et de l'azotémie.

Brugnère (*Concours méd.*, 30 déc. 1934, n° 52, 3596) préconise dans les cirrhoses ascitogènes l'opothérapie hépatique en association aux diurétiques mercuriels puis la diathermie du foie si ces deux méthodes semblent inopérantes. Bariéty (*Bull. méd.*, 11 mai 1936, n° 19, 336) emploie également dans les cirrhoses ascitogène les diurétiques, la diathermie et les purgatif hydragogues.

Lian et Kovatcheff (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 13 juillet 1934) et Lian et Jacquet (*Concours méd.*, 17 février 1935, n° 7, 494) préconisent la thyroxine dans le traitement de l'hypercholestérolémie des affections artérielles.

Debray et Codounis (*J. méd. Fr.*, févr. 1935, n° 2, 62) sont d'avis que l'abaissement de la cholestérinémie sous l'influence des injections de peptone est dû à une intervention du foie.

Lamarque (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux* (13 mai 1935, n° 19, 291) signale que l'huile de pépins de raisin est laxative et purgative, antispasmodique et cholagogue et possède un effet sédatif en applications externes dans les brûlures et les plaies atones.

Meeserman, Perrot et Franque (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 931 et 934) étudient l'insuffisance hépatique expérimentale chez le cobaye au cours de l'intoxication aiguë par le phosphore, le chloroforme et le tétrachloréthane.

Traitement des ulcères digestifs par les acides aminés

Desplas, Lenormand et Fournial (*Soc. Chir.*, 13 févr. 1935) ont obtenue de bons résultats dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'histidine. Cet acide aminé semble surtout indiqué dans le traitement pré- et postopératoire des ulcéreux et surtout des malades chez qui l'hyperchlorhydrie provoque des accidents importants. Stolz et Weiss (*Soc. Chir.* et *Soc. Thér.*, 13 févr. 1915) concluent de toute une série d'expériences tant chez l'animal que chez l'homme que l'histidine en plus des effets immédiats qu'elle exerce d'une façon presque constante sur les poussées ulcéreuses est capable d'influencer très heureusement le rythme des crises évolutives et leur intensité, à condition d'etre administrée de façon suivie. L'histidine exerce sur la muqueuse digestive l'action trophique d'une hormone ou d'une vitamine. Elle favorise la cicatrisation des ulcères et apparaît en particulier, malgré quelques échecs comme le traitement de base des ulcères gastriques. Pour Lacroix (*Concours méd.*, 28 avril 1935, n° 17, 1248) l'histidine agit très bien sur les douleurs et active la cicatrisation, mais néanmoins ne constitue pas un traitement spécifique des ulcères.

Aron (*Gaz. méd. France*, 15 oct. 1934, n° 17, 861) préconise l'histidine en plus des ulcères, dans les anémies, les déficiences organiques et la maladie de Basedow.

Truelle (*Thèse méd. Paris*, 1935) signale qu'un grand nombre d'algies est susceptible d'être amélioré et même guéri par les injections d'histidine.

Busson (*Bull. méd.*, 24 nov. 1934, n° 47, 724), Conusioneru (*Thèse Méd. Paris*, 1935) et Tison (*Concours méd.*, 21 juil. 1935, n° 29, 2126) envisagent les traitements actuels des ulcères digestifs et en particulier le traitement par les acides aminés.

Pallier (*Bull. méd.*, 11 août 1934, n° 32, 493) fait de l'ulcus une maladie endocrinienne et préconise le traitement par l'extrait parathyroïdien.

Signalons pour terminer ce chapitre le numéro spécial du *J. Méd. Fr.* (mars 1935, n° 3) consacré à la thérapeutique moderne de l'ulcus gastrique dans lequel Loeper et Fau étudient le traitement mucogène, Debray le traitement par la pepsine, Castaigne et Chammerliac le traitement par l'histidine, Cade et Barral le traitement par l'insuline et Girault la vaccinothérapie.

Hyperthyroïdies

Jeanneney (*La Médecine*, déc. 1934, n° 18, p. 1 à 44) nous donne une très intéressante monographie sur le traitement actuel de la maladie de Basedow, il étudie les traitements médicaux et conseille en cas d'échecs de recourir à la radiothérapie et à la chirurgie.

Lesure (*Paris méd.*, 1er déc. 1934, n° 48, 454) cite toutes les formules qui sont connues sous le nom de solutions de Lugol et signale que la Société de thérapeutique a émis le vœu que le nom de solution de Lugol soit réservé à la solution suivante : I : 1 gr. ; KI : 2 gr. ; eau distillée : 20 c.c.

Benech (*Concours méd.*, 31 mars 1935, n° 13, 971) est d'avis que la diiodotyrosine présente une grosse supériorité sur la solution de Lugol dans le traitement des hyperthyroïdies. La diiodotyrosine est très bien tolérée et peut servir de traitement de « pierre de touche ».

Segond (*Gaz. méd. de France*, 1er janv. 1935, n° 1, 92) estime qu'il y a parallélisme entre les phénomènes de la ménopause, en particulier les métrorragies et l'hyperthyroïdisme. Il conseille la médication frénatrice par la diiodotyrosine qui lui a donné de bons résultats.

Debray et Domart (*Soc. Thér.*, 9 janv. 1935) confirment les bons résultats obtenus par Loeper avec le borate de soude dans le goitre exophtalmique.

Piatot (*L'Hôpital*, avril 1935, B, n° 380, 25) nous donne une revue générale sur le traitement actuel de la maladie de Basedow.

Imidazols

Loeper, Mougeot et Parrod (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 405, 510 et 619) étudient l'action hydropigène, l'action toxique et l'action sur la muqueuse gastrique de quelques imidazols.

Dinitrophénol

Rothéa (*Thèse Paris*, 1935) estime que l'alpha-dinitrophénol est un accélérateur puissant des combustions cellulaires et d'un maniement facile. Il élève le métabolisme basal pendant le traitement sans déterminer de troubles cardio-vasculaires, sans action réductrice sur l'hémoglobine. Salmon (*Presse méd.*, 2 mars 1935, n° 18, 341) signale de bons résultats également avec l'emploi en thérapeutique du dinitrophénol.

Jonnard (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 618 et *Soc. Méd. lég. de France*, 10 déc. 1934) a observé sur l'animal des lésions chroniques du rein au cours de l'intoxication chronique par les nitro-dérivés, ces lésions chroniques rénales se produisent chez le cobaye même à des doses voisines des doses thérapeutiques humaines. Il y a donc lieu de prendre pour cet auteur quelques précautions dans l'emploi de ces médicaments et d'en interdire l'usage en dehors du contrôle du médecin.

Lande, Dervillée et Collet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 363 et *Soc. Méd. lég. de France*, 8 avril 1935) recommandent de la prudence dans l'emploi du dinitrophénol en thérapeutique humaine, car même chez les sujets dont le foie et les reins paraissent normaux du point de vue fonctionnel, des accidents d'intolérance sont toujours à redouter. La marge de sécurité qui semble assez étendue du point de vue expérimental peut se trouver notablement réduite chez certains sujets, d'où importance de la surveillance médicale au cours du traitement, surveillance qui, seule, permettra de dépister les premiers signes d'intolérance.

(A suivre.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Diagnostic

Le palper bimanuel dans l'examen des tumeurs du rectum haut placées, semble un peu trop négligé par beaucoup de médecins. Il peut rendre au praticien de médecine générale des services considérables et lui permettre de faire un diagnostic que d'autres moyens (endoscopie, radiographie) ne feront que confirmer :

« Le malade étant couché sur le dos, le siège un peu élevé sur les poings fermés, les cuisses demi-fléchies et écartées, le médecin, placé à sa droite, introduit l'index dans le rectum, puis, avec la main gauche, il déprime la paroi abdominale au-dessus du pubis. Si cette paroi n'est pas surchargée de graisse et si l'on obtient du malade qu'il ne contracte pas sa paroi, on arrive à sentir des tumeurs de la partie supérieure de l'ampoule; bien plus, il m'est arrivé souvent, par ce procédé simple, de reconnaître des tumeurs de la partie terminale du côlon pelvien. On n'amène évidemment pas le doigt au contact direct du néoplasme, mais on sent nettement à travers la paroi rectale antérieure une petite tumeur dure, légèrement sensible à la pression. L'intervention, faite après cette constatation, m'a toujours permis de constater l'existence d'un cancer assez haut situé pour que j'ai pu en faire l'ablation par voie abdominale. »

(Henri Hartmann. Le palper bimanuel dans les tumeurs hautes du rectum. *Journal des Praticiens*, 14 septembre 1935.)

La ponction de la rate est une biopsie d'une utilité incontestable pour le diagnostic de certaines splénomégalies, en particulier des « cryptoleucémies » dont la connaissance clinique est impossible sans elle. Avec une technique rigoureuse et sévère, on doit la pratiquer systématiquement lorsqu'on est en présence d'une grosse rate de nature indéterminée, car le splénogramme seul précisera la nature de la splénomégalie et permettra ainsi une conduite thérapeutique appropriée.

(S. Perles. La ponction de la rate dans les maladies du sang. *Paris Médical*, 21 septembre 1935.)

Appareil circulatoire

Les anévrysmes artério-veineux en tant qu'ils intéressent des vaisseaux d'un certain calibre, peuvent provoquer des troubles cardiaques dont les principaux sont : 1° l'augmentation de la pression veineuse ; 2° la tachycardie ; 3° la diminution de la pression diastolique ; 4° l'augmentation du débit circulatoire ; 5° la dilatation hypertrophique du cœur dans son ensemble ; 6° l'insuffisance cardiaque.

Parmi ces phénomènes, la tachycardie est due à l'augmentation de la pression veineuse, comme nous venons de le démontrer, et la dilatation hypertrophique à l'augmentation du débit circulatoire, ainsi qu'il résulte des travaux de P. Gley et D. Gomez.

(N. Kisthinios. Contribution à l'étude du mécanisme des troubles cardiaques des anévrysmes artério-veineux. *La Presse Médicale*, 24 août 1935.)

Cholécystites

Il existe des cholécystites toxiques. — Or, les traités sont absolument silencieux sur ce sujet. Les cholécystites aiguës infectieuses sont connues ; les cholécystites chroniques sont presque toujours attribuées à des infections torpides ou à l'évolution d'une lithiase biliaire ; on ne met pas en relief l'existence de cholécystites toxiques, ils séjournent dans la vésicule à un taux élevé de concentration.

La preuve de leur action sur la vésicule dont l'épithélium est d'une extrême fragilité nous est fournie par l'étude histologique des parois du cholécyste. En clinique comme en expérimentation, les toxiques déterminent des altérations très spéciales qui ne sont aucunement comparables à celles que créent les processus infectieux et lithiasiques.

En clinique, les cholécystites toxiques groupent des faits certains et des faits probables.

Les faits certains concernent les cas qui sont consécutifs à des intoxications exogènes. Les faits probables réunissent les cas imputables à des intoxications endogènes.

Mais, bien que leur limite soit imprécise, tous ces faits peuvent être groupés sous la terminologie des cholécystites toxiques.

(Noël Fiessinger et Michel Albeaux-Fernet. Les cholécystites toxiques. *La Presse Médicale*, 3 avril 1935.)

Colites

L'importance croissante de la lambliase dans l'étiologie des colites est mise en évidence par la statistique suivante dont les éléments ont été fournis par des malades venus de Châtel-Guyon.

Sur 318 cas de cholites chroniques à selles molles ou liquides, il a été trouvé 70 fois des lamblias sous leur forme végétative, 32 fois des kystes de lamblias, 4 fois des amibes dysentériques vivantes et 11 fois leurs kystes, 10 fois des amibes du côlon végétatives et 35 fois leurs kystes.

A retenir de cette statistique l'énorme proportion, jusqu'ici insoupçonnée, de la lambliase, et ce fait nouveau que les lamblias vivantes sont deux fois plus fréquentes que les formes kystiques. Cependant, à remarquer que les éléments de cette statistique sont faussés par le fait qu'à Châtel-Guyon, on a un recrutement tout à fait spécial de malades chroniques qui traînent souvent depuis des années de très anciennes colites. Néanmoins cette proportion de 70 cas de lambliase végétative pour 32 formes kystiques est contraire à toutes les données classiques. Il faut faire observer également que parmi les 32 formes kystiques, il existait deux fois coexistence de lamblias vivantes.

Cette fréquence du parasitisme par les lamblias explique, tout au moins pour une part, la fréquence des heureux résultats que donnent le stovarsol et le tréparsol dans le traitement des colites chroniques et en particulier dans les formes fermentatives.

Ce qui caractérise les lambliases chroniques et peut servir à orienter le diagnostic, c'est la fréquence des troubles hépato-vésiculaires, sensibilité vésiculaire, parfois même un léger subictère et un état nauséeux.

Les colites à lamblias sont d'une ténacité parfois désespérante, on ne peut arriver à un résultat favorable que par la régularité et la continuité du traitement antiparasitaire. Si on donne le stovarsol ou le tréparsol au hasard, sans la base d'un examen coprologique, on aura naturellement tendance à abandonner la médication dès que l'amélioration se sera affirmée et, faute de preuve, il nous sera difficile d'exiger du malade qu'il suive pendant plusieurs années une thérapeutique recommandée par une simple impression. On prépare ainsi le terrain pour des rechutes éventuelles. De plus, ces médications ne sont pas anodines et ne peuvent être administrées sans surveillance chez les insuffisants hépatiques.

(Docteur H. Gachlinger. L'importance croissante de la lambliase dans l'étiologie des colites. *Paris Médical*, 31 août 1935.)

Larynx

Le cancer du larynx se présente, chez le vieillard, avec une physionomie clinique un peu particulière. Si les symptômes subjectifs fonctionnels ou objectifs sont semblables à ceux qu'offrent les cancéreux laryngés plus jeunes, l'évolution se fait, chez les gens âgés, avec une torpidité qui a, depuis longtemps, attiré l'attention des cliniciens.

L'examen histologique de nombreuses tumeurs du larynx chez le vieillard, tant au point de vue du tissu épithélial que du stroma, ne permet pas d'expliquer la lenteur d'évolution du cancer en pareil cas. Il apparaît que ces tumeurs possèdent les mêmes caractères de malignité que chez les sujets jeunes ou adultes. Certaines préparations revêtent même un caractère de malignité particulière. Il semble que l'évolution clinique des cancers du larynx chez le vieillard soit commandée par des facteurs dont l'examen histologique ne peut indiquer la nature.

Cette constitution nous montre la nécessité d'associer la connaissance clinique de l'évolution de la tumeur aux renseignements fournis par l'anatomie pathologique. On s'apercevra que le nombre des mitoses n'a aucune importance, par lui-même. Il ne prend quelque valeur que par comparaison avec le nombre des foyers de nécrose (pycnose, évolution cornée).

Si l'on ajoute à ces considérations la notion de tumeurs encapsulées, telles que celles du testicule et celles de l'œil, notion

partiellement applicable aux cancers endolaryngés, on peut comprendre l'évolution prolongée de ces tumeurs, surtout chez l'organisme à vitalité diminuée des vieillards.

(Georges Portmann, Mougneau et Barraud. — Considérations cliniques et anatomo-pathologiques sur le cancer du larynx chez le vieillard. *La Presse Médicale*, 24 juillet 1935.)

Psychiatrie

La manie périodique, même dans ses formes les plus pures, est presque constamment méconnue des médecins. Chez un malade interné seize fois ; jamais le diagnostic de manie n'a été porté par le médecin chargé de la rédaction du certificat d'admission, sauf deux fois, sur notre conseil. Il a été déclaré affecté de délire de la persécution, de monomanie religieuse, de folie religieuse, de folie antireligieuse, de délire aigu, d'hallucinations, d'alcoolisme (naturellement), et enfin de début de myélite ascendante diffuse (!). Ne serait-il pas temps, tout de même, que le praticien sache reconnaître un délire, une démence, une manie ? Bien sûr, il y a des cas très difficiles, mais les cas simples sont les plus communs. Pardonnerait-on à un médecin de confondre une insuffisance aortique et un rétrécissement mitral ? Rappelons la paresse que comporte l'étiquette alcoolisme. Pauvre diagnostic étiologique, écho populaire, il couvre bien des ignorances scientifiques.

(R. Benon. — De la manie périodique. *Le Bulletin Médical*, 14 septembre 1935.)

Fractures

En présence d'une fracture de l'humérus que l'examen clinique et électrique montre compliquée de paralysie radiale primitive, l'indication opératoire est formelle. Le nerf radial sera exploré, libéré, suturé suivant les cas : il sera soigneusement isolé du foyer de fracture qui sera lui-même traité par ostéosynthèse.

Il pourra arriver évidemment que l'on trouve une simple contusion du nerf. Le radial ne souffrira pas de cette intervention exploratrice, pas plus que les viscères abdominaux ne souffrent d'une « laparotomie exploratrice ». Ne vaut-il pas mieux pour le chirurgien risquer une intervention inutile, mais encore une fois non nuisible plutôt que d'attendre pendant des semaines une régression de la paralysie, régression qui, trop souvent, ne peut se faire du fait des lésions du radial. Cette attente, véritable expectative désarmée, compromet gravement l'avenir fonctionnel du blessé et nous la rejetons formellement.

En somme, la ligne de conduite est simple. La constatation d'une paralysie radiale primitive ou secondaire dans une fracture de la diaphyse humérale est pour nous une indication opératoire dès que le diagnostic en est posé.

(Ch. Clavelin. — Au sujet des paralysies radiales dans les fractures de la diaphyse humérale. *Le Bulletin Médical*, 7 septembre 1935.)

Vaccinothérapie

Grâce aux découvertes et aux techniques de plus en plus perfectionnées du laboratoire, qui permettent l'obtention d'antigènes-vaccins aisément contrôlables dans leur innocuité et dans leur efficacité, de nouvelles méthodes thérapeutiques se substituent peu à peu aux anciens procédés à la vérité plus ou moins empiriques et mettant en œuvre des produits de valeur incertaine et non vérifiable. Lorsqu'on injecte par exemple un vaccin microbien renfermant quelques milliards de microbes tués, que sait-on de ses propriétés immunisantes ? Sur quel critérium baser son action ? Par contre, avec les anatoxines, on est en possession de « vaccins » dont le pouvoir antigène intrinsèque peut être évalué avec précision et dont l'effet immunisant peut être prévu d'avance et est, de plus, aisément vérifiable. C'est d'ailleurs la méthode même (floculation) qui a présidé à la découverte des anatoxines qui permet de mesurer leur activité. A l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique, qui, à l'heure actuelle, ont fait leurs preuves dans la prévention de deux maladies infectieuses redoutables, s'ajoute maintenant l'anatoxine staphylococcique qui peut être utilisée avec succès — leurs essais et leurs résultats joints à ceux de P. Nélis le prouvent bien — dans le traitement spécifique de diverses affections dues au staphylocoque.

(G. Ramon, A. Bocage, R. Richou et P. Mercier. L'anatoxine staphylococcique et son emploi dans le traitement spécifique de certaines affections dues au staphylocoque. *La Presse Médicale*, 17 juillet 1935.)

Une contribution en faveur de la vaccinothérapie par l'anatoxine staphylococcique est apportée par M. Nélis qui a utilisé cette méthode dans une centaine de cas de staphylococcies. Le traitement par l'anatoxine des différentes affections à staphylocoques et particulièrement de la furonculose en provoque, dans un grand nombre de cas, la guérison ou tout au moins l'amélioration.

On est actuellement en droit de penser que cette vaccinothérapie présente une supériorité manifeste sur tous les autres traitements ou vaccins préconisés jusqu'ici, pour la thérapeutique de ces affections.

(P. Nélis. Une nouvelle thérapeutique des staphylococcies : la vaccinothérapie par l'anastaphylotoxine. *La Presse Médicale*, 17 juillet 1935.)

Chirurgie expérimentale

La ligature des pédicules venant des troncs mésentériques sans ligature du vaisseau parallèle est bien supportée quand elle intéresse une longueur limitée d'intestin (chez le chien, 30 centimètres). Elle entraîne pour une longueur plus grande des lésions nécrotiques limitées à une petite lésion du territoire intestinal intéressé.

Chez le chien, la ligature de l'artère, de la veine ou des deux vaisseaux des pédicules venant des troncs mésentériques avec ligature du vaisseau parallèle entraîne à coup sûr un infarctus hémorragique mortel en quelques heures.

Chez le lapin, les mêmes expériences n'entraînent pas d'infarctus hémorragique typique, mais des lésions congestives et surtout un sphacèle rapide. Les troubles cliniques sont insignifiants.

La structure et la vascularisation des tuniques intestinales paraît être le facteur essentiel de la forme anatomique des lésions.

Ce facteur, variable suivant les espèces animales, l'est peut-être suivant les individus d'une même espèce, d'où la possibilité chez eux de trouver des types lésionnels différents.

(Raymond Dieulafé. — Contribution à la pathogénie de l'infarctus intestinal segmentaire. *Paris Médical*, 29 juin 1935.)

Varia

Évitez surtout de dire (comme nous l'avons entendu trop souvent) qu'une maladie est chronique ou incurable. Cette formule réalise également une erreur psychologique et plus encore. En effet, la médecine progresse chaque jour et le pronostic de fatalité peut être atténué ou transformé par une découverte nouvelle.

Enfin, une erreur de diagnostic est encore possible, nous en avons tous commis.

L'affirmation de chronicité ou d'incurabilité enlève au malade sa résistance morale et nous n'avons pas à dire ici le rôle curateur ou auxiliaire pour le médecin de l'espoir entretenu dans l'esprit d'un patient.

(G. et R. Leven. Les variations de l'activité médicamenteuse. *La Presse Médicale*, 24 août 1935.)

Il y a quelque temps (c'était au début du printemps), j'eus besoin, un dimanche matin, du secours d'un chirurgien. Ce fut en vain que je fis appel à trois jeunes chirurgiens : tous étaient partis du samedi au lundi, et je fus obligé de me rabattre — sans aucun regret, je vous prie de le croire, — sur un chirurgien arrivé, qui, lui, était là le dimanche ! Autrefois, les vieux s'absentaient, les jeunes restaient ; c'est maintenant le contraire ! [illegible]

[illegible]

(J. Vergely. — Dimanches. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 août 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 décembre 1935

L'Assemblée générale a élu pour l'exercice 1936-1937 : *Président*: M. le Professeur MAIGNON ; *Vice-président*: M. le Professeur RATHERY.

Le Prix *Antoine Courtade* a été décerné à M. Jacques ODINET pour l'ensemble de ses travaux sur la Thérapeutique thymique.

Traitement de l'hypertension par l'hémocrinothérapie. — ***M. Filderman***, qui a présenté à la Société, il y a deux ans, six malades atteints d'artérites oblitérantes, en présente deux autres, le dernier du service de M. Hercher de l'hôpital Lariboisière. Tous ces malades ont été soumis à l'hémocrinothérapie ovarienne ou pancréatique. Leur état a été nettement amélioré.

L'auteur applique l'hémocrinothérapie à l'hypertension artérielle avec un succès constant depuis quatre à cinq ans. Il relate ses 34 observations, dont trois seulement sans résultat; dans ces trois cas, aucune médication n'a réussi. C'est un traitement simple, facile, pratiqué avec les solutions opothérapiques du commerce. Ses effets persistent des mois et, le plus souvent, des années. En cas de récidive un petit nombre d'injections produisent le même effet. Cette méthode donne d'excellents résultats aussi dans l'angine de poitrine, meilleure que les autres médications. Elle est également efficace contre les syndromes fréquemment associés à l'hypertension : obésité, diabète, asthme, eczéma, anthrax, furonculoses, etc... Ceci est particulièrement intéressant pour la physiologie endocrinienne.

L'hormone lutéinique. — ***MM. H. Penau*** et ***H. Simonnet***, rappellent d'abord le rôle physiologique du corps jaune, ils décrivent rapidement les propriétés pharmacodynamiques des extraits de corps jaune et insistent plus particulièrement sur celles de la progestine. Ils donnent la méthode de dosage qu'ils ont employée pour titrer leurs extraits. Ils exposent enfin les résultats cliniques qu'ils ont obtenu par l'emploi de cette hormone.

L'emploi thérapeutique de l'hormone lutéinique est fondé sur ses propriétés biologiques, elle est indiquée particulièrement comme adjuvant dans le traitement des aménorrhées, son action antihémorragique dans les ménorragies et les métrorragies est remarquable, elle est utile dans certains cas de stérilité, ainsi que dans l'avortement habituel.

Influence de l'exercice considéré comme agent thérapeutique dans les maladies de la nutrition. — ***M. M. Boigey***, constate que l'exercice accroît la quantité d'oxygène fixé dans les tissus. Sous l'influence de cette suroxygénation sanguine et tissulaire, les organes glandulaires réagissent les premiers. Les reins, le foie, la nappe glandulaire intestinale et l'émonctoire cutané sont vivement sollicités. L'exercice provoque, en somme, une stimulation générale de toutes les fonctions.

On a un peu perdu de vue l'importance de l'émonctoire cutané que l'exercice met fortement en œuvre. En recourant systématiquement à la sudation provoquée par le mouvement, on obtient des résultats décisifs dans le traitement des maladies de la nutrition. La fonction d'élimination cutanée a des rapports tellement étroits avec celle de tous les autres organes, qu'on ne peut concevoir un état de nutrition vraiment en équilibre, sans la participation incessante de la fonction sudorale.

Action favorable de quelques tentatives de pneumothorax sans insufflations. — ***M. Georges Rosenthal*** a vu survenir des améliorations cliniques notables chez des malades justiciables de pneumothorax ; poussant l'hypothèse du pithiatisme, il attribue ces faits au développement d'une sclérose pulmonaire diffuse qui oriente la lésion vers la guérison.

Injections intraveineuses de levure de bière vivante à 37°. — ***M. Georges Rosenthal*** cultive la levure de bière sur les milieux classiques, en particulier sur la gélose de Sabouraud, et les géloses lactosée et glucosée.

L'inoculation intraveineuse répétée à quelques jours, comme à deux mois de distance de 2 centimètres cubes de culture riche dans la veine marginale de l'oreille du lapin a été absolument tolérée. Des mises en culture ultérieure du sang des lapins inoculés après 10 et 30 minutes, ont montré l'épuration rapide du milieu sanguin. L'expérimentation, en démontrant la tolérance de la voie intravasculaire, ouvre ainsi une voie nouvelle d'applications des levures à la thérapeutique, d'autant plus que les injections hypodermiques ne déterminent aucune réaction locale appréciable, fait antérieurement connu.

Actions comparées du charbon actif et de diverses substances médicamenteuses sur la flore intestinale, la formation de l'indol et l'indoxylurie. — ***MM. Maurice Debray*** et ***A. Grigaut*** ont recherché l'action du charbon actif sur le colibacille et sur l'indol. Une culture de quarante-huit heures de colibacilles sur eau peptonée, additionnée du vingtième de son poids de charbon, subit une clarification presque totale, et l'indol y disparut complètement. Dans d'autres expériences le charbon fut ajouté avant l'ensemencement, et l'on constata après quarante-huit heures d'étuve, l'absence totale d'indol et un développement microbien extrêmement réduit.

Ces constatations expérimentales confirment les résultats cliniques. Le charbon actif rétablit l'équilibre normal entre les fermentations et les putréfactions. Son action n'est pas directement antiseptique, il agit en fixant par adsorption une proportion importante de germes intestinaux, fixe les toxines et les ptomaïnes. En particulier, il absorbe l'indol et fait rapidement disparaître l'hyperindoxylurie.

Marcel LAEMMER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 décembre 1935

Disparition de la pigmentation d'une cirrhose pigmentaire par ingestion d'acide ascorbique. — ***M. Ravina*** a traité un cas de cirrhose pigmentaire avec pigmentation très intense par l'acide ascorbique. Il a obtenu un blanchissement complet avec persistance seulement de quelques pigmentations des muqueuses. Le syndrome cirrhotique ne fut pas modifié. L'acide ascorbique semble avoir agi comme agent oxydant.

Sur les bradycardies sinusales d'origine digestive. — ***MM. G. Marchal, P. Soulié*** et ***A. Roy***.

Le secrétaire général, M. Rivet, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société décédés pendant l'année : MM. Vaillard, Gaillard, Lacombe, Jeanselme, Morax et Ménétrier.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1935

A propos des côtes cervicales. — ***M. Picot*** apporte une observation d'artérite du membre supérieur droit : l'histoire du malade révèle des accidents d'asphyxie locale, puis de gangrène localisée. La radiographie montra l'existence d'une côte cervicale bilatérale, très développée. A l'intervention, ablation de cette côte surnuméraire. On trouve une gangue épaisse autour de l'artère sous-clavière, d'ailleurs très dilatée en dehors de la côte cervicale. Dès le lendemain le malade ne souffrait plus de sa main réchauffée et indolore.

Suites de la gastro-jéjunostomie. — Chez une malade qui présentait des troubles douloureux, de l'amaigrissement, ***M. Abel Pellé*** (Rennes) trouva à la radiographie et à l'intervention un bouton anastomotique qui était *in situ* depuis quatre ans. ***M. Bazy*** (rapporteur) a vu également un bouton anastomotique de jéjuno-jéjunostomie complémentaire remonter au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Le rapporteur fait un court résumé des avantages et des inconvénients des boutons anastomotiques.

Tumeur métastatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. — ***M. Braine*** a vu une tumeur de la surrénale donner lieu à une lésion osseuse métastatique quatre ans avant que la tumeur primitive ne se révèle à l'examen clinique.

La tumeur métastatique se montra radiosensible alors que la tumeur primitive n'est pas radiosensible.

L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic radiologique des tumeurs osseuses et les dangers des ostéotomies exploratrices.

Epiphysite de la crète iliaque. — *MM. Sorrel, Derieux* et *Boelle* apportent deux nouveaux cas de cette dystrophie osseuse de croissance. Traumatisme léger initial, puis syndrome douloureux. La radiographie chez ces malades a montré des lésions d'épiphysite vertébrale, et d'apophysite calcanéenne. La coexistence de ces lésions montre une fois de plus les liens qui unissent les différentes dystrophies osseuses de la puberté. L'origine endocrinienne de ces troubles est probable.

M. Mathieu ne pense pas que l'on puisse rapprocher les scaphoïdites et les épiphysites. Les premières pouvant survenir aussi chez l'adulte et sous l'action de causes diverses.

Valeur de la réaction de Vernes résorcine au cours des tuberculoses ostéo-articulaires de l'enfant. — *MM. Richard, Mozer* et *Mlle Poidevin* ont étudié sur 120 enfants la valeur diagnostique de cette réaction : dans 25 % des cas seulement, elle était positive, alors que ces enfants étaient sûrement tuberculeux. Inversement dans des cas d'ostéo-myélite chronique non-tuberculeuse elle était positive dans la moitié des cas. Cette réaction n'a donc aucune valeur diagnostic. De même elle n'a aucune valeur pronostique, ne traduisant pas l'aggravation de la lésion ou étant plus tardive que les signes radiologiques ou cliniques.

Quatre cas de cancers du colon gauche enlevés en un temps. — *M. Moulonguet* fait un rapport sur un travail de *M. Raymond Bernard*. Celui-ci ajoute à la suture de l'intestin extériorisé, une entérostomie préventive du grêle à la Witzel, située assez haut.

Anévrysme artério-veineux carotido-caverneux. Exophtalmos pulsatile. — *M. Petit-Dutaillis* rapporte une observation de *MM. Monteiro* et *Filho* (Rio-de-Janeiro). Il s'agit d'un malade spécifique qui fit à l'occasion d'un traumatisme un anévrysme carotido-caverneux. Les auteurs firent d'abord une ligature de la carotide primitive qui aboutit à un échec partiel. Un an après réapparait l'exophtalmos pulsatile. Les auteurs firent une ligature de la carotide externe et de la thyroïdienne supérieure qui entraîna le succès. En somme ils ont fait indirectement une ligature de la carotide interne.

Le rapporteur fait une revue générale du traitement de l'exophtalmos pulsatile. Il préfère à la ligature de la carotide primitive, la ligature de la carotide interne qui semble donner des résultats plus favorables malgré quelques échecs graves. Il faut laisser s'installer une circulation collatérale suffisante, employer des séances de compression progressivement augmentées et prolongées, et la ligature complétée en deux temps.

J. Calvet.

« On s'instruit en voyageant. C'est ainsi que nous apprîmes que les droits sur les bouteilles d'eau venant des grandes sources thermales sont de vingt centimes par unité, tandis que ces droits s'abaissent à dix centimes s'il s'agit d'une eau venant de sources qui pourraient être secondaires n'en portent pas moins le même nom vu la localité du captage.

Cette anomalie est injuste car les sources secondaires bénéficient de la propagande faite par leurs sœurs aînées sans y contribuer le moins du monde. Mais on m'a assuré qu'il serait difficile de changer cet état de chose parce qu'il profite, un peu partout, à des gens bien en cours.

La resquille est vraiment l'emblème du régime. » (J. Crinon. — Notes d'un congressiste. *L'Informateur médical*, 6 octobre 1935.)

« Il y a trente ans à peine la médecine américaine en tant que science autochtone était pratiquement inexistante et la prédiction d'Osler, suivant laquelle le flot des médecins américains allant faire leurs études en Europe sera suivi un jour par un flux en sens contraire, est en pleine voie de réalisation. »

(Ch. Oberling. — Impressions d'un voyage d'études aux Etats-Unis d'Amérique. *La Presse Médicale*, 6 novembre 1935.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les rayons infra-rouges dans le traitement des otites et des sinusites

Ils donnent des résultats favorables dans le traitement des otites et des sinusites.

Leur effet analgésique et leur action résolutive puissante sont à retenir. M. G. Worms (*XLVIIIe Congr. fr. d'O.-R.-L.*), les considère comme particulièrement indiqués dans l'infiltration inflammatoire, furonculeuse ou autre, du conduit auditif, le catarrhe tubotympanique, les otites moyennes traînantes, sans ostéite de la caisse ou de la mastoïde, les plaies mastoïdiennes post-opératoires dont la cicatrisation est grandement accélérée.

Le coryza aigu banal peut être jugulé en deux ou trois séances.

Au cours des sinusites aiguës, les infra-rouges provoquent une détente rapide et considérable des douleurs et favorisent la résorption des sécrétions intracavitaires, ainsi que le prouve la prise de radiographies successives.

Cette thérapeutique peut être appliquée au traitement de certains troubles circulatoires du pavillon de l'oreille et du lobule du nez (acrocyanose) ou intéressant un domaine plus profondément situé (labyrinthe).

Un cas de méningite syphilitique

Il a été rapporté par M. G. Blechmann à la Société de Pédiatrie (15 octobre 1935). Il s'agissait d'une fillette de huit ans hospitalisée antérieurement à Berck pour un mal de Pott. Cette enfant était dans le coma et le diagnostic de méningite tuberculeuse avait été posé, mais la B. W. étant fortement positive. Un traitement énergique fut institué et la guérison fut obtenue après une série d'injections intraveineuses arsenicales.

Œdème du larynx au cours des oreillons

Cette complication des oreillons ne paraît pas avoir retenu l'attention des auteurs classiques. M. Reverchon (*S. de laryng. des hôpitaux de Paris*, 20 mai 1935) signale qu'il a observé quatre fois un œdème aigu du larynx au cours des oreillons :

Deux cas bénins.

Un cas ayant nécessité la trachéotomie.

Un cas suivi de mort.

Dans tous ces cas, il s'agissait d'oreillons sous-maxillaires.

Constatations radiologiques à propos des lavements

M. Delort (*S. méd. ch. des hôp. libres*, 3 octobre 1935) attire l'attention sur les inconvénients du lavement, sur le danger qu'il peut présenter même employé une seule fois sans direction éclairée. Au cours d'examen radiologique, l'auteur a pu se convaincre que le lavement employé si fréquemment sans délibération pour vider l'intestin :

1° Provoquait une série de phénomènes auxquels on pouvait ne pas s'attendre : refoulement vers les parties supérieures du tube digestif de la matière à évacuer, contractions violentes, etc...

2° Ne vidait qu'incomplètement le gros intestin.

3° Paraissait n'agir qu'en provoquant un réflexe dont le résultat n'est pas différent de celui obtenu par les laxatifs et les purgatifs.

Furoncles de la lèvre supérieure traités par la rœntgenthérapie

Deux furoncles, l'un de la lèvre supérieure, l'autre de l'aile du nez, traités par la radiothérapie, ont guéris. Dans l'un de ces cas, le traitement a été entrepris alors qu'il existait déjà des signes de thrombo-phlébite extensive. (Y. Lemaître. *S. de laryng. des hôp. de Paris*, 20 mai 1935.)

Maladie de Bouillaud à forme typhoïde

Une jeune fille de quinze ans se présente avec le tableau clinique d'une fièvre typhoïde. Les examens de laboratoire sont négatifs. Malgré l'absence de toute manifestations articulaire, MM. Recordier et G. Dumon (*Com. Méd. des B.-du-R.*, 1er février 1935), constatant l'apparition de signes endocarditiques, pensent à la possibilité d'une étiologie rhumatismale. La thérapeutique salicylée, dont l'installation a coïncidé avec la chute thermique, a entraîné avec la disparition presque complète des signes cardiaques.

Echos et Glanures

> Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.
>
> MONTAIGNE.

L'enseignement supérieur est-il pratique ? La Médecine. — *Faisant une enquête sur ce sujet, pour l'*ÉCHO DE PARIS *(7 décembre 1935), M. Jean-Jacques Gauthier a posé la question suivante à M. D..., interne des hôpitaux et au Docteur Cibrie :*

Un étudiant sorti de la Faculté de médecine est-il capable, à la fin de ses études, de faire un bon praticien ?

Voici la réponse du Docteur Cibrie :

Les études supérieures, pose en principe le Docteur Cibrie, apportent un bagage de base, nullement pratique.

Le docteur qui, nanti de son diplôme, sort de la Faculté, n'a pas, en effet, la ressource, comme l'élève qui sort de l'École polytechnique, de passer par l'une des multiples Écoles d'application qui fourniront à celui-ci le *savoir professionnel*. Le jeune docteur en médecine ne pourra pas, comme l'élève sortant de la Faculté de droit se former à la pratique par un stage dans une étude d'avoué, ni par les fonctions de secrétaire d'un avocat. Son cas ressemble plutôt à celui de l'élève de l'École Centrale qui, le lendemain de sa sortie de l'École, entre directement dans le métier. Mais, l'élève de l'École Centrale a la bonne fortune de trouver autour de lui, là où il arrive, des camarades et des supérieurs pour l'encadrer.

Rien de pareil pour le médecin qui s'installe et va commencer à faire de la clientèle.

Il ne devrait donc y avoir aucune séparation entre l'hôpital et la Faculté, puisque c'est l'hôpital, bien plus encore que la Faculté, qui prépare le futur médecin.

Or, l'humble stagiaire reste derrière... Il ausculte de temps à autre, mais on ne lui confie pas une seringue, un bistouri. Il y a un écran entre le malade et le futur médecin...

Et le Docteur Cibrie me cite ce passage d'un article du Professeur Chalier, médecin des hôpitaux de Lyon :

Le stagiaire a une tendance naturelle — même s'il est assidu — à ne pas examiner les malades. Il s'intéresse souvent à l'exposé que fait le chef de service des symptômes, de leur groupement en vue du diagnostic et du pronostic ; il entend une leçon clinique qui n'est pas sans profit, mais il ne cherche pas à retrouver sur le malade ce que l'on vient de signaler, à plus forte raison ne va-t-il pas jusqu'à l'effort que nécessite l'examen d'un malade dont il ignore tout. Cette critique souffre sans doute d'heureuses exceptions, mais elle reste vraie dans l'ensemble.

En réalité, on aurait meilleur compte à donner à chaque externe un certain nombre d'auxiliaires ; ceux-ci se familiariseraient avec la pratique de la petite chirurgie, avec l'examen des malades ; ils auraient la notion d'être enfin quelque chose dans les rouages du service, et leur instruction clinique en subirait l'heureuse influence.

Il serait donc nécessaire, conclut le Docteur Cibrie, qu'au cours d'une sixième année de stage, tous les hôpitaux publics et un certain nombre d'hôpitaux privés soient mis à la disposition des Facultés, de manière que la plupart des étudiants exercent les fonctions d'internes, un internat sans concours, et durant les vacances, *l'étudiant devrait être placé pendant un mois auprès d'un médecin praticien ; non pas, et j'y insiste, pour remplacer celui-ci, mais pour vivre avec lui la vie médicale.* Il assisterait aux consultations, aux visites de jour et de nuit, connaîtrait les difficultés de la médecine pratique, apprendrait comment on les résoud, saurait comment se réalisent, selon les cas et les milieux, les rapports avec la clientèle, car, voyez-vous, il ne s'agit pas de faire des savants, encore moins des bibliothécaires, des archivistes du savoir médical contemporain. Il faut en faire des gens de grand bon sens, capables de résoudre sainement les problèmes pratiques avec lesquels, ils se trouveront chaque jour aux prises. — (*L'Écho de Paris.*)

Les étudiantes. — *Passage détaché d'une conférence de M. Gaston Rageot aux Annales intitulée :* OÙ EN SONT NOS ÉTUDIANTES (CONFERENCIA, 1er décembre).

En 1920, à la Sorbonne, à l'École de droit, à la Faculté de médecine, dans tous les endroits enfin où pouvaient fréquenter les étudiantes, il y en avait 2.586. En 1931, nous étions déjà montés à 8.157. Enfin, en 1934, hier, nous avions atteint le chiffre de 10.514.

Comme j'ai pris soin d'écrire ces chiffres, je voudrais vous en donner encore deux ou trois autres qui vont nous montrer comment se diversifiait la curiosité des étudiantes. Vous pensez bien que ce qui les attirait le plus, c'étaient les lettres. Après vient le droit. D'une manière générale, et sans en médire, le droit, pour les deux sexes, est une des carrières que l'on choisit généralement par élimination ; quand on n'a pas d'aptitude particulière pour telle ou telle matière, on dit :

Eh bien ! faisons notre Droit !

Pour le droit, il y en a 1.928. La médecine vient après, avec 1.610, et, enfin les sciences tombent à 1.351.

Il n'y a rien de plus éloquent, je le pense, que ces chiffres ; et les citer, c'est dire que nous sommes arrivés à ce tournant redoutable dont je vous parlais tout à l'heure, où tant d'espoirs, tant de bonnes volontés, tant de succès, aboutissent au contraire à la déception.

Nous étions partis pour conquérir non pas le monde, mais la vie, et nous nous heurtons maintenant, en 1934 à l'impossibilité d'avancer, à l'impossibilité de passer. Nous entrons dans la période des déboires tragiques.

Là encore, en effet, j'ai été aux sources. Je suis allé consulter, notamment la directrice de l'Institut d'orientation professionnelle, récemment fondé par Mme Charléty, femme du recteur de l'Université de Paris, qui est destiné à donner des conseils aux jeunes filles faisant leurs études.

Là, j'ai constaté que presque toutes les carrières qui peuvent actuellement s'offrir à la jeune fille sont obstruées.

Dernièrement, dans un voyage en province, je me suis trouvé dans le cabinet d'un inspecteur d'Académie, ancien camarade d'École normale, à qui j'étais allé faire une visite. J'ai vu là des femmes de trente, quarante ans, femmes de voyageurs de commerce, d'agents d'automobiles, d'agents de toute sorte, dont les maris avaient gagné des sommes considérables et qui, maintenant pour nourrir ce mari et leurs enfants, étaient obligées de se souvenir qu'elles avaient passé autrefois leur brevet supérieur et cherchaient à exercer un métier quelconque, pour remplir une fonction rémunératrice. Elles venaient demander à l'inspecteur d'Académie s'il ne pourrait pas leur trouver quelque emploi dans l'enseignement. Je n'ai pas besoin de vous dire que le pauvre inspecteur d'Académie, et il n'est pas le seul dans ce cas, ne pouvait rien offrir à ces désespérées.

Ludibria venti. — *G. Espé de Metz, esprit universel, est poète à ses heures. Du recueil qu'il vient de publier chez René Debresse voici une pièce, à l'allure hautaine et désenchantée, qui rappelle la manière d'un autre poète médical, Sylvain de Saulnay (J. Renaud) et ferait fort bonne figure dans une anthologie :*

REMORDS... REGRETS TARDIFS

J'ai trop longtemps souffert des labeurs quotidiens,
J'ai trop souvent rêvé des mers lointaines ;
J'ai subi trop longtemps un sort tissé de riens
Sans amours et sans haines.

J'ai trop longtemps porté les poids morts du devoir,
J'ai trop souvent désiré l'aventure :
J'ai traîné trop longtemps dans le gris, dans le noir
Une existence obscure.

Je n'ai jamais souffert ni la soif ni la faim,
Jamais chargé dans des combats épiques :
Je ne me suis jamais enivré du parfum
Des fleurs sous les tropiques.

A quoi bon la vigueur et des muscles d'acier,
La volonté sereine, l'âme ardente,
Pour égrener le temps à noircir du papier
D'une main nonchalante ?

Jour après jour, courbé comme un bœuf asservi,
J'ai supporté la charge monotone ;
Et voilà que s'annonce au cœur inassouvi
Le frisson de l'automne...

Pour moi l'heure sonnant ses éternels accords
N'a plus qu'un son plaintif de mélopée...
Et j'étais fait, foulant aux pieds or et trésors,
Pour vivre l'Épopée !

Regrets tardifs, remords du pantin décrépit
Se consumant étreint par la poussière,
Comme sous un filet d'eau, coulant sans répit,
S'effrite un bloc de pierre !

Je n'ai pas su, lorsqu'il en était temps encor,
Me délivrer du joug, rompre mes chaînes :
J'ai conservé, comme un tissu collant au corps,
L'étau des œuvres vaines.

Révolté, j'aurais pu créer des souvenirs ;
Je suis resté ployé sous les fadaises...
Ma mort provoquera quelques pauvres soupirs,
Des paroles niaises,

Des mots voilant à peine un sentiment moqueur
Pour l'homme qui n'osa pas être un homme,
Pour l'être qui ne fut ni vaincu ni vainqueur
Qu'une bête de somme !

La septicémie en thérapeutique. — *Passage détaché de la leçon d'ouverture de M. le Professeur Harvier publiée par* PARIS MÉDICAL (30 novembre 1931) : LE BON SENS EN THÉRAPEUTIQUE.

Quelle est la valeur de la thérapeutique ? Peut-on lui faire confiance ?

Un certain nombre de médecins ne croient pas à la thérapeutique, quoiqu'ils en vivent. Permettez-moi d'examiner rapidement devant vous les raisons de ce scepticisme :

Les uns sont sceptiques par nature ou par caractère ; ils doutent de tout, « ne doutent que pour douter et affectent d'être toujours irrésolus ».

D'autres sont sceptiques par esprit d'imitation, par une sorte de mimétisme ; ils ont été sous la coupe de Maîtres qui ne croyaient pas à la thérapeutique, et depuis... ils n'ont pas appris à regarder autour d'eux.

D'autres sont sceptiques par expérience : découragés par les hésitations et les incertitudes de nos médications, ils n'ont pas su ni voulu comprendre la thérapeutique.

Et je laisserai, naturellement, de côté ceux qui sont sceptiques par ignorance.

A l'opposé des sceptiques, se placent les crédules, ceux qui croient trop à la thérapeutique, qui s'exaltent vite et qui admettent tout, sans prendre la peine de chercher si leur enthousiasme repose sur des réalités et si leur conviction s'appuie sur des bases suffisamment solides.

La vérité est qu'un médecin, doué de bon sens, doit se tenir à égale distance d'un scepticisme déprimant et d'une crédulité exagérée, dont la naïveté n'est pas sans danger, puisqu'elle conduit naturellement à une thérapeutique inutile, sinon inopportune.

Il doit se tenir dans cet état d'esprit qui caractérise « le doute méthodique », ou « scientifique ».

Si le doute est justifié en médecine par la complexité et les difficultés de la recherche, par l'évolution constante de nos théories et de nos idées, qui fait que la vérité d'aujourd'hui sera peut-être l'erreur de demain, il l'est bien davantage encore en thérapeutique, surtout lorsqu'on abuse de ces médicaments nouveaux, dont les soi-disant vertus n'ont pour base que des assertions ha-

sardées, presque toujours démenties par les faits ultérieurs mieux étudiés.

Le médecin, doué de bon sens, se refuse d'avoir des opinions définitives. Il sait que son esprit est faillible : il connaît les limites de son savoir. Il n'obéit à aucune théorie et ne s'en laisse imposer que par les faits bien observés.

Le doute méthodique n'est pas une attitude : c'est un procédé d'étude et d'analyse, générateur de progrès.

Peut-on, en toute bonne foi, nier que la thérapeutique — je ne parle que de la thérapeutique médicale — guérisse les malades.

Impressions d'un voyageur retour d'Italie. — *Sous ce titre un article de M. le Docteur Maurice Heitz-Boyer dans* Le Matin (2 décembre 1935) :

Un séjour d'une semaine en Italie m'a amené au contact intime d'une partie très représentative de ce pays, dans un Congrès qui réunissait l'ensemble des médecins et chirurgiens italiens ; un tel contact m'a conduit à faire certaines constatations qu'il n'est peut-être pas inutile de rapporter aux Français dans un moment aussi grave.

Pour donner à mon exposé toute l'objectivité désirable, on me permettra, par habitude professionnelle, de recourir à notre classification en diagnostic, pronostic et thérapeutique — sans aucune prétention à l'infaillibilité.

* * *

Au point de vue diagnostic, trois constatations s'imposent.

Première constatation : *Derrière Mussolini existe actuellement l'unanimité absolue, complète de tous les Italiens.* De cela, j'en ai trouvé le témoignage chez tous les médecins que j'ai rencontrés, et il y en avait beaucoup parmi eux, qui jusqu'ici étaient loin d'être de fervents mussolinistes. Ce qui est aujourd'hui en jeu chez tout Italien, c'est une question nationale : c'est l'Italie tout entière « régénérée » qui veut atteindre un but. Les moins fascistes de nos collègues ne pensent pas aujourd'hui autrement que les plus ardents des chemises noires de la première heure. Ce sentiment unanime ne l'exprime pas seulement de vive voix, mais par des manifestations écrites, telles que l'appel vibrant adressé récemment par un esprit aussi pondéré que le Professeur Sanarelli, élève de notre Institut Pasteur, de mentalité foncièrement libérale, savant estimé du monde entier : en lisant les lignes qu'il a adressées aux scientifiques des pays latins, ceux qui ont entendu certains propos tenus par lui il y a encore deux ans, s'en trouvent troublés et, j'ajoute, émus. D'ailleurs, n'a-t-on pas lu la déclaration fervente qu'adressait au duce un intellectuel aussi raffiné que Pirandello, qui ne saurait lui aussi être classé comme un emballé ou un forcené.

Cette unanimité que j'ai constatée chez les médecins, je l'ai retrouvée partout dans le peuple... Du haut en bas de l'échelle sociale, le son est le même, et je défie tout esprit libre et objectif de ne pas être remué jusqu'au fond de lui-même. Donc, premier fait indiscutable, qu'il faut se mettre dans la tête : aucun malentendu ne sépare aujourd'hui Mussolini de la nation, tout entière derrière lui.

Deuxième constatation. Cette unanimité se traduit par une *résolution froide.* Ce peuple, soi-disant exubérant, ne dit rien : durant mon séjour, il ne se plaignait même pas.

Troisième constatation. *Tous les yeux sont tournés vers la France.* Avec cette perception des nuances si vive chez le populaire de nos deux pays, on rend hommage unanimement à la situation difficile et si délicate de M. Laval, à ses efforts obstinés de conciliation. Tout au moins pendant que j'étais là, pas une note discordante ne s'élevait sur ce point.

Passant au pronostic, peut-on prévoir ce que va faire ce peuple dans un avenir proche ? Une première certitude s'impose encore : *le peuple italien, ainsi absolument uni, ne cédera pas à une pression dirigée contre lui.* D'abord, il l'estime suprêmement injuste : « Deux poids et deux mesures », répète-t-il inlassablement et cela le heurte profondément. Mais ce qui est plus grave, c'est qu'il a l'impression qu'on veut le faire « s'agenouiller » ; ce mot, je l'ai retrouvé sur toutes les lèvres, celles de l'intellectuel comme sur celles du porteur de la gare de Florence ; et cela est grave, car les yeux alors deviennent durs.

. . . .

J'arrive alors au troisième paragraphe qui termine dans notre carrière tout examen méthodique : c'est la question de la thérapeutique à appliquer. Ici, me faisant encore plus modeste pour ne pas risquer de soulever l'ironie des politiques et des diplomates, je rapporterai très simplement une impression recueillie un peu partout : on donnerait, semble-t-il, satisfaction à ce pays, *en lui accordant pour l'Ethiopie ce qu'on a accordé pour la France au Maroc.*

. . . .

Dès lors, à l'heure actuelle, peut-on, au nom de très beaux principes l'étouffer, le meurtrir, arriver à le fouler aux pieds, comme on va finir par le faire, si on ne veut pas *prêter l'oreille à la voix non pas d'un dictateur mais de tout un pays* ? Poussé à bout et se révoltant alors il ira aux pires extrémités. C'est ce dernier élément si grave que ces quelques lignes auront voulu montrer.

BIBLIOGRAPHIE

Calendrier « Art religieux » 1936. — Calendrier « Beaux arts » 1936. — Calendrier « Beaux pays » 1936, chaque calendrier est entièrement illustré en héliogravure. Prix du calendrier : 10 francs. B. Artaud, éditeur à Grenoble.

Un concours est organisé entre tous les acheteurs de ce calendrier. De nombreux prix de valeur : appareil photographique, jumelle à prismes, etc.

Brigitte, l'étrangère (Roman), par Roger Couderc. Gallimard, édit., Paris.

Mon maître [illegible] que la médecine est la science de l'homme et que la philosophie est une branche de la médecine. Ces mots me [illegible] livre de Roger Couderc. Roger Couderc est médecin, médecin dans un coin des Causses demi-déserts, tour à tour, suivant l'heure, [illegible] ou plaisants. Il est fin, lettré, [illegible] le médecin qui connaît les mala-[illegible] Il a publié, déjà, un roman de grand [illegible] une belle tenue dramatique [illegible] émotion. Il nous décrit, [illegible] qui est la personne étrangère à [illegible] sans qu'elle s'en doute. Elle [illegible] le charme que peut avoir la vie. [illegible]

Henri Vignes.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

TABLE DES MATIÈRES

I. Articles originaux Analyses Sociétés Savantes

A

B

C

D

E

F

K

L

M

P

T

U

V

W

X

Y

Z

II. Nouvelles — Variétés — Bibliographie

D

E

F

G

H

I

J

L

M

Q

R

S

T

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

C

D

E

F

G

H

I

J

Q

R

S

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE